



Regierungskommission

für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

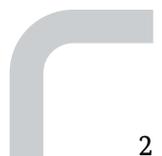
**Zwölfte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

***Zukunftsfähige flächendeckende
geburtshilfliche Versorgung***



INHALTSVERZEICHNIS

1. Ausgangs- und Problemlage	3
1.1 Demografische Entwicklung.....	3
1.2 Versorgungsstruktur und Finanzierung der Geburtskliniken.....	3
1.3 Entfernungen zu einer Geburtsklinik.....	4
1.4 Struktur und Qualität der geburtshilflichen Versorgung.....	5
1.5 Mindestmengenerhöhung.....	8
1.6 Personelle Ressourcen der geburtshilflichen Betreuung.....	9
2. Ziele	11
2.1 Regionalisierte Neustrukturierung von Geburtshilfe und Perinatalmedizin.....	11
2.2 Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Verbesserung der Personalausstattung.....	11
2.3 Finanzierung der Geburtshilfe.....	11
3. Empfehlungen	12
3.1 Perinatalmedizinische Kompetenzverbünde.....	12
3.2 Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Personalausstattung.....	15
3.3 Finanzierung der perinatalmedizinischen Kompetenzverbünde.....	15
3.4 Evaluation.....	16
Impressum	18





Übergeordnetes Ziel der Organisation der Geburtshilfe ist die Sicherung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung von Mutter und Kind. Unter den Bedingungen des demografischen Wandels, der zunehmend begrenzten personellen Ressourcen und der regionalen Ungleichgewichte zwischen wachsenden Ballungszentren und Regionen mit Bevölkerungs- und Geburtenrückgang ist eine in perinatalmedizinischen Kompetenzverbänden organisierte regionale Versorgungsstruktur ein entscheidender Lösungsansatz.

1. Ausgangs- und Problemlage

1.1 Demografische Entwicklung

Die Zahl der Geburten war in Deutschland lange Jahre rückläufig. Nach noch über 900.000 Geburten in Gesamtdeutschland im Jahr 1990 erreichte sie im Jahr 2011 den Tiefstwert von 663.000 Geburten. 2021 wurde mit über 795.000 Geburten der zwischenzeitliche Höchstwert erreicht. Seither gingen die Geburten wieder zurück auf knapp 739.000 im Jahr 2022 und 693.000 im Jahr 2023.¹ Zur weiteren Entwicklung der Geburtenhäufigkeit gibt es unterschiedliche Annahmen.² Dabei wird es große Unterschiede zwischen geburtenstarken und geburtenschwachen Regionen geben.

1.2 Versorgungsstruktur und Finanzierung der Geburtskliniken

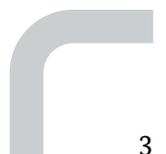
Im Jahr 1991 gab es noch 1.186 Krankenhausstandorte mit Geburten. Laut IGES-Gutachten „Stationäre Hebammenversorgung“ ging die Anzahl der Krankenhausstandorte mit einer Geburtsklinik auf 672 im Jahr 2017 zurück.³ Im Jahr 2023 gab es noch 606 solcher Standorte. Von allen Kliniken hatten im Jahr 2023 62 Kliniken durchschnittlich weniger als eine Geburt pro Tag, und 119 Standorte haben weniger als 500 Geburten pro Jahr versorgt.⁴

1 www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/lrbev04.html#242408

2 www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/annahmen.pdf?__blob=publicationFile

3 IGES-Analyse „Stationäre Hebammenversorgung“, 2019. www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2020/hebammen/index_ger.html

4 Geburtenliste 2023. www.nutricia.de/content/dam/sn/local/dach/hc/none-brand/download-hcp/Geburtenliste2023.pdf





Letzteres wird als eine Grenze angesehen, bei deren Unterschreitung die Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit gefährdet sind. Möglicherweise liegt diese kritische Grenze sogar höher.⁵ Kleine Geburtskliniken haben weniger Erfahrungen mit Geburten, insbesondere mit Komplikationen, und oft besonders große Schwierigkeiten, ausreichend Personal für eine 24/7-Bereitschaft zu finden. Letzteres auch, weil eine Klinik mit wenig Geburten von Fachpersonal oft als unattraktiv angesehen wird.

Um die Standorte vorübergehend zu sichern, wurde – unter Betonung der besonderen Bedarfsnotwendigkeit flächendeckender Geburtshilfe – auf der Basis der ersten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission vom 8.7.2022⁵ im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) zusätzlich zu den DRG-Erlösen eine Art Sicherstellungszuschlag für die Jahre 2023 und 2024 in Höhe von jeweils 120 Millionen Euro vereinbart, der nach der Entscheidung des jeweiligen Bundeslandes an einzelne oder alle geburtshilflichen Standorte im Bundesland verteilt wird. Dieser Zuschlag ist, auch aufgrund fehlender bundeseinheitlicher Kriterien für die Vergabe, nicht zielgenau und qualitätsdifferenzierend und somit aus Sicht der Regierungskommission nur eine Zwischenlösung, aber kein geeignetes Instrument, um eine dauerhaft effiziente und qualitativ hochwertige flächendeckende geburtshilfliche Versorgung für die Zukunft zu erreichen. Im Zuge der geplanten Krankenhausreform soll der jährliche Zuschlag von 120 Millionen Euro verstetigt werden. Die Regierungskommission spricht sich dafür aus, diese Finanzmittel ziel- und qualitätsgerichtet zu verteilen.

1.3 Entfernungen zu einer Geburtsklinik

Die Erreichbarkeit der nächstgelegenen Geburtsklinik liegt derzeit für 78,8% aller Frauen im gebärfähigen Alter bei weniger als 15 PKW-Fahrminuten (durchschnittliche Fahrzeit 10,2 Min.; 9,0 km).⁶ Keine Frau im gebärfähigen Alter benötigt in Deutschland länger als 60 Minuten, um eine Geburtsklinik zu erreichen. Eine Konzentration der Versorgung in Geburtskliniken mit mehr als 600 Geburten und angeschlossener Kinderklinik führt laut Modellrechnung im Gutachten „Krankenhauslandschaft NRW“ auf Basis der Daten von 2017 durch eine überwiegende Erreichbarkeit innerhalb von 40 Minuten in einem großen Flächenland nicht zu Versorgungslücken.⁷ Aktuell wurde für Thüringen ermittelt, dass rund 95% der Bevölkerung im Jahr 2022 den wohnortnächsten Versorger der Geburtshilfe in Thüringen in maximal

5 www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/220708_Empfehlung_AG_Paediatrie_und_Geburtshilfe_zu_Paediatrie_und_Geburtshilfe.pdf

6 IGES-Analyse „Stationäre Hebammenversorgung“, 2019. www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2020/hebammen/index_ger.html

7 Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“, 2019. https://broschuerenservice.nrw.de/mags/shop/Gutachten_Krankenhauslandschaft_Nordrhein-Westfalen, S. 548 ff.

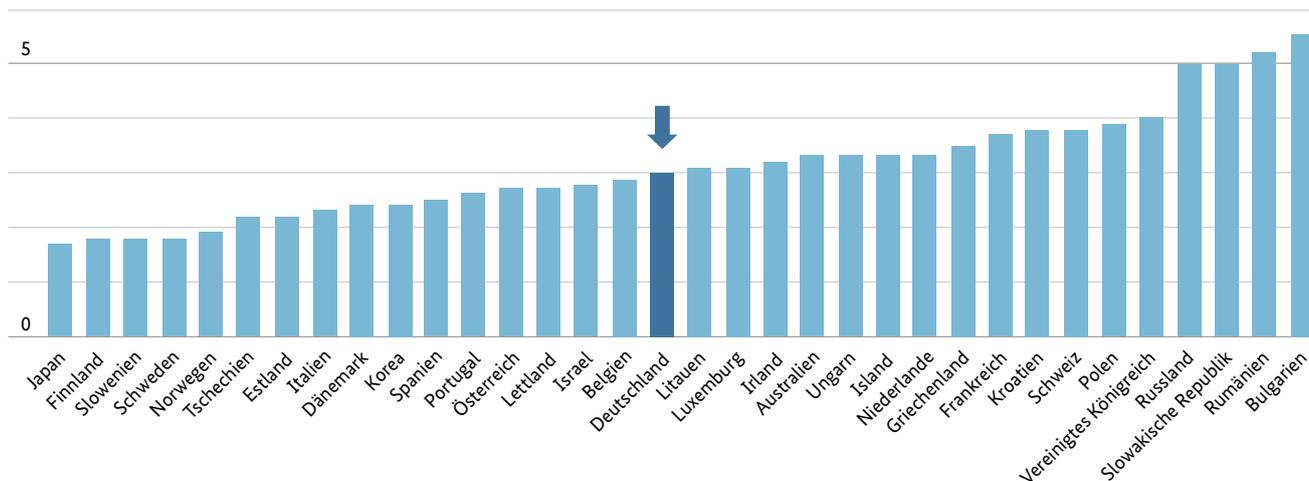




40 Minuten erreichen können. Die durchschnittliche tatsächliche Fahrzeit schwankt zwischen 10 und 40 Minuten und befindet sich im Mittel bei 20 Minuten für den Freistaat.⁸ Der G-BA spricht von einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung, wenn die nächstgelegene Geburtshilfe mehr als 40 Minuten entfernt ist. Einzelne Regionen bedürfen dabei einer gezielten länderübergreifenden Rettungswesen- und Krankenhausplanung.

1.4 Struktur und Qualität der geburtshilflichen Versorgung

Deutschland liegt nach OECD-Daten in der Qualität der perinatologischen Versorgung im europäischen Mittelfeld oder erreicht noch geringere Qualität, zum Beispiel bei der Säuglingssterblichkeit (Abb. 1).



› **Abbildung 1:**
**Säuglingssterblichkeit in Promille in europäischen Ländern,
OECD-Daten (2022 oder jüngste verfügbare)⁹**

⁸ Hierbei blieb unberücksichtigt, wenn Frauen in grenznahen Regionen eine Geburtshilfe in einem benachbarten Bundesland schneller erreichen können. www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Unser_Krankenhaus_von_morgen/Gutachten_Krankenhausplanung_Thueringen.pdf

⁹ <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm>



Es finden sich in Deutschland unter anderem im Vergleich zu Skandinavien eine höhere perinatale Mortalität, Frühgeburtlichkeits- und Kaiserschnitttrate. In den skandinavischen Ländern Finnland und Schweden werden bei starker Zentralisierung und zum Teil deutlich längeren Anfahrtswegen bessere Ergebnisse in Bezug auf die Säuglingssterblichkeit erreicht als in Deutschland. Portugal zeigte durch rigorose Reorganisation mit Schließung kleiner Geburtskliniken und der Vorgabe, Geburtskliniken nur in Verbindung mit einer Pädiatrie mit neonatologischer Versorgungskompetenz zu betreiben, einen Rückgang der Säuglingssterblichkeit von 4,3 (2001–2005) auf 3 pro 1000 Lebendgeborene (2014–2018).¹⁰

Wesentliche Qualitätsmerkmale der geburtshilflichen Betreuung sind die vorgehaltene Ausstattung und Struktur – etwa Verfügbarkeit von Pädiatrie mit neonatologischer Versorgungskompetenz am Standort – sowie die Qualifikation und Anzahl des geburtshilflichen Personals im Verhältnis zu den zu versorgenden Frauen. Die erheblichen Unterschiede in den Strukturvoraussetzungen und wachsender Personalmangel finden ihren Niederschlag in der unzureichenden Ergebnisqualität besonders bei kleinen Einheiten.

Die Mehrzahl der Studien zeigt eine statistisch signifikant höhere perinatale Mortalität in kleineren Geburtskliniken (weniger als 500 oder weniger als 1000 Geburten pro Jahr) im Vergleich zu Kliniken mit einer höheren Zahl an Geburten.¹¹ In einzelnen Studien war die perinatale Mortalität dabei um bis zu mehr als das Dreifache erhöht.¹² Auch wurde in einigen Vergleichsuntersuchungen eine höhere Rate an Kaiserschnitten in Kliniken mit weniger als 750¹³ bzw. 1000 Geburten¹⁴ pro Jahr im Vergleich zu größeren Geburtskliniken gefunden. Mehr als 20 % normalgewichtiger Neugeborener aus Kliniken mit weniger als 700 Geburten im Jahr mussten nach der Geburt aufgrund perinataler Morbidität in Kinderkliniken verlegt oder wiederaufgenommen werden.^{15, 16} Risiken für ein im Notfall sofort zu versorgendes Kind – zum Beispiel nach Sauerstoffmangel unter der Geburt, vorzeitiger Plazentalösung

10 www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE

11 Walthers et al. Are birth outcomes in low risk birth cohorts related to hospital birth volumes? A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2021;21:531.

12 Heller G 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.

13 Hemminki E, Heino A, Gissler M. Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalised health care in Finland. *BJOG Int J Obstetr Gynaecol* 2011;118:1186–1195.

14 Fumagalli S, Nespoli A, Panzeri M, Pellegrini E, Ercolanoni M, Vrabie PS, Leoni O, Locatelli A. Intrapartum quality of care among healthy women: A population-based cohort study in an Italian region. *Int J Environ Res Public Health* 2024;21:629.

15 IQTiG, Geburtshilfe – Qualitätsindikatoren zum Erfassungsjahr 2015. www.iqtig.org/downloads/auswertung/2015/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2015_BUAW_V02_2016-07-07.pdf

16 Schmitt J, Bieber A, Heinrich L, Küster D, Walther F, Rüdiger M. Neue Volume-Outcome-Ergebnisse in der Perinatalmedizin. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg.). *Qualitätsmonitor 2019. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (Berlin)*. S. 105–132.





oder Uterusruptur – entstehen durch verzögerte kinderärztliche Diagnostik und Behandlung. Der Transport des kranken Kindes in eine Kinderklinik trägt ebenfalls dazu bei.^{17, 18, 19}

Eine aktuelle Registerstudie, die alle Krankenhausgeburten in Deutschland von 2016 bis 2021, bei denen es zu einer Sauerstoffunterversorgung unter der Geburt kam, untersuchte (25.914 Neugeborene), zeigte, dass Kinder, die zur Behandlung in eine andere Klinik verlegt werden mussten, ein vierfach erhöhtes Sterberisiko, ein dreifach erhöhtes Risiko für epileptische Anfälle und ein 1,8-fach erhöhtes Risiko für eine chronische Schädigung (PCCC-Index²⁰ > 2) hatten im Vergleich zu Kindern, die nicht zur Behandlung verlegt werden mussten (OR [95%-CI]²¹: 4,08 [3,41–4,89], 2,99 [2,65–3,38] und 1,76 [1,52–2,05]).²² Die bei einem Transport entstehende Trennung von Mutter und Kind widerspricht zudem der globalen „Zero Separation Strategy“, die für eine gesunde Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung zu fordern ist.²³

Der G-BA hat 2005 erstmals *Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen* beschlossen und 2014 die Richtlinie über diese Maßnahmen (QFR-RL) erlassen. Hierin hat er verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen sowie Zuweisungskriterien für Schwangere nach dem Risikoprofil von Mutter und Kind entsprechend einem Stufenkonzept definiert.²⁴ Laut IQTIG existierten 2023 165 Level-I-Perinatalzentren (Geburts- und Kinderklinik mit neonatologischer Maximalversorgung), 42 Level-II-Zentren (Geburts- und Kinderklinik mit neonatologischer Spezialversorgung), 129 perinatale Schwerpunkte (Geburtsklinik mit neonatologischer Grundversorgung) und 270 Geburtskliniken ohne Pädiatrie mit neonatologischer Versorgungskompetenz.²⁵ Es ergibt sich also eine unausgewogene Relation zwischen vielen Level-I- und wenigen Level-II-Zentren.

17 Beck J et al. Healthcare organizational factors associated with delayed therapeutic hypothermia in neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy: the LyTONEPAL cohort. *Eur J Pediatr* 2023;182:181–190.

18 Natarajan G et al. Effect of inborn vs. outborn delivery on neurodevelopmental outcomes in infants with hypoxic-ischemic encephalopathy: secondary analyses of the NICHD whole-body cooling trial. *Pediatr Res* 2012;72:414–419.

19 Stetson R C et al. Association of outborn versus inborn birth status on the in-hospital outcomes of neonates treated with therapeutic hypothermia: A propensity score-weighted cohort study. *Resuscitation* 2021;167:82–88.

20 Pediatric Complex Chronic Conditions.

21 OR = Odds Ratio; 95 %-CI = 95 %-Konfidenzintervall.

22 Bruns N, Feddahi N, Hojeij R, Rossi R, Dohna-Schwake C, Stein A, Kobus S, Stang A, Kowall B, Felderhoff-Müser U. Short-term outcomes of asphyxiated neonates depending on requirement for transfer in the first 24 h of life. *Resuscitation* 2024;202:110309. doi: 10.1016/j.resuscitation.2024.110309

23 www.glance-network.org/news/details/zero-separation-global-campaign/, www.efcni.org/news/zero-separation-together-for-better-care-infant-and-family-centred-developmental-care-in-times-of-covid-19-a-global-survey-of-parents-experiences

24 www.g-ba.de/richtlinien/41/ – Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1, Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2, Versorgungsstufe III: perinatale Schwerpunkt, Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik.

25 IQTIG-Strukturabfrage gemäß QFR-RL, Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2020, Stand: 8. Oktober 2021. IQTIG 2022. www.perinatalzentren.org





Die bisherige schichtgenaue Festlegung der pflegerischen Besetzung in der QFR-RL wird von den Perinatalzentren überwiegend als rigide und schwer erfüllbar wahrgenommen.²⁶ Die Vorgaben werden von den meisten Zentren zumindest zeitweise verfehlt.²⁷ Insbesondere aufgrund fehlender personeller pflegerischer Voraussetzungen haben im Jahr 2020 189 Perinatalzentren mindestens vorübergehend die Mindeststrukturvorgaben nicht erreicht.²⁸ So lag der Erfüllungsgrad im pflegerischen Bereich im Jahr 2021 für Perinatalzentren des Levels II bei 91,1% und für Perinatalzentren des Levels I bei 80,9%.²⁹ Die Nichterfüllung führt zur Abweisung oder Verlegung von Schwangeren und Neugeborenen. Die anschließenden sogenannten klärenden Dialoge und Zielvereinbarungen erzeugen einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand und bringen seit Jahren keine Qualitätssteigerung, sondern dokumentieren letztendlich nur den vorherrschenden Personalmangel.

Neben den Kliniken betreuen nach geschätzten Angaben circa 100 bis 120 Hebammengeleitete Geburtshäuser circa 1 bis 2% aller Geburten. Eine Geburt in einem Geburtshaus entspricht dabei oft dem expliziten Wunsch der Schwangeren oder des Paares. Geburtshäuser können aber nicht in gleichem Umfang Sicherheit für Mutter und Kind sowie schnelle und angemessene Maßnahmen bei Komplikationen bieten wie Kliniken mit Kinderklinik (mit neonatologischer Versorgungskompetenz) auf dem Gelände. Jede fünfte außerhalb einer Klinik begonnene Geburt muss abgebrochen und die Gebärende verlegt werden.³⁰ Verlegungen von Mutter und/oder Kind erhöhen das Risiko.

1.5 Mindestmengenerhöhung

Circa 5200 Neugeborene werden jährlich in Deutschland mit einem extrem geringen Geburtsgewicht von unter 1250 g geboren.³¹ Die Mindestmengenerhöhung durch den G-BA für die Versorgung dieser sehr kleinen Frühgebore-

26 www.g-ba.de/downloads/62-492-3004/QFR-RL_2022-10-20_iK-2023-01-01.pdf

27 Augurzky B, Fischer M, Kolodziej I. Research Report. Simulationsstudie zur Personalanforderung der Richtlinie zur Qualitätssicherung bei der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen. RWI-Projektberichte, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, 2019. <https://hdl.handle.net/10419/195944>

28 www.g-ba.de/downloads/39-261-4796/2021-04-15_QFR-RL_Berichte-klarender-Dialog.pdf

29 Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG): Umsetzungsgrad der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL). Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2021, URL: www.g-ba.de/downloads/39-261-6373/2023-12-21_QFR-RL_Freigabe_IQTIG-Bericht-Umsetzungsgrad-EJ%202021.pdf

30 <https://quag.de>

31 IQTIG-Bericht: von 2014 bis 2018 im Schnitt 5208 Fälle < 1250 g in Deutschland: https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Mindestmengen-bei-Fruehgeborenen_Abschlussbericht_2020-06-22_barrierefrei.pdf

Im Jahr 2022 betraf dies 5500 Neugeborene oder 0,7% aller Geburten.



nen ab 2024 von 14 auf 25 pro Jahr³² wird auch nach der dreijährigen Übergangsfrist nach Schätzungen circa ein Viertel der bisherigen Perinatalzentren des Levels I nicht erreichen³³. Eine Zentralisierung würde positiv dazu beitragen, dass zukünftig Level-I-Perinatalzentren leichter die Mindestmengen erreichen.

Um die Kapazitäten für die Versorgung der Früh- und Neugeborenen oberhalb eines Gewichtes von 1250 g zu erhalten und unnötige Verlegungen kranker Kinder zu vermeiden, ist eine schnelle Umwidmung von Level-I-Zentren in Level-II-Zentren nötig. Im Rahmen der Budgetverhandlungen müssen die Krankenhäuser Prognosen über das zukünftige Erreichen der Mindestmengen abgeben. Eine kritische Bewertung dieser Prognosen kann als eine Grundlage für Zentralisierungsentscheidungen dienen. Voraussetzung ist dabei auch eine dauerhafte Sicherung der Finanzierung der Level-II-Zentren, die die gleichen Strukturvorgaben wie Level-I-Zentren vorhalten müssen, bei jedoch geringeren Erlösen. Die dauerhafte finanzielle Sicherung der pädiatrischen Abteilungen wiederum ist entscheidend, damit der Anreiz entfällt, ein Level-I-Zentrum lediglich aufgrund der im Vergleich zur übrigen Pädiatrie besseren Vergütung aufrechtzuerhalten.

1.6 Personelle Ressourcen der geburtshilflichen Betreuung

Es besteht eine Fehlallokation von Hebammen. Deren Gesamtzahl ist zwar seit dem Jahr 2000 von 16.000 auf 27.000 (2021) gestiegen.³⁴ Gleichzeitig sind aber zugunsten einer außerklinischen Tätigkeit die Vollzeitäquivalente von *Klinikhebammen* auf 10,7 VK Hebammen pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 2017 und damit unter das Niveau von 2007 gesunken. Die ab 2022 verbindliche Akademisierung der Hebammenausbildung hat nicht nur die Ausbildung verlängert, sondern kurzfristig auch die Zahl der Absolventinnen vermindert.

Laut Bundesärztekammer sind 21 % der in Deutschland tätigen Frauenärzte und -ärztinnen über 60 Jahre alt.³⁵ Gleichzeitig hat sich die Verfügbarkeit ärztlicher Arbeitskraft in der Regelarbeitszeit vermindert, da die ärztlichen Arbeitsbedingungen durch neue Arbeitszeitgesetze und Tarifverträge verbes-

32 Gemeinsamer Bundesausschuss: Faktenblatt zur Erhöhung der Mindestmenge für die Versorgung von Frühgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1250 Gramm.
www.g-ba.de/downloads/17-98-5530/Faktenblatt-MiMe_untergewichtige-Fruehgeborene_Logo.pdf
Aktuelle Kontrollrechnungen ergaben, dass nach wissenschaftlichen Kriterien die Mindestmenge für die Versorgung von Geburten unter 1250 g idealerweise sogar bei 70 Neugeborenen pro Jahr liegen sollte (Heller G et al. Z Geburtsh Neonatol 2022;226:68-69).

33 www.dggg.de/presse/pressemitteilungen-und-nachrichten/stellungnahme-zur-neuen-mindestfallzahl-fuer-die-fruehgeborenen-versorgung

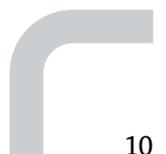
34 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/159664/umfrage/hebammen-und-entbindungspfleger-in-deutschland-seit-2000>

35 Bundesärztekammer. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2021.



sert wurden und immer mehr Frauenärztinnen und -ärzte Teilzeit-Arbeitsmodelle wählen.

Der Fachärztemangel kann nicht ausreichend durch Ausbildung und durch Arbeitsmigration von Frauenärztinnen und -ärzten (derzeit überwiegend aus Osteuropa und dem Nahen Osten) ausgeglichen werden. Dadurch ist die geburtshilfliche Grundversorgung nicht nur in kleinen Geburtskliniken gefährdet. Die ungeplante Abmeldung von Geburtskliniken mit Nichtanfahrbarkeit auch bei absoluten Notfällen in den letzten Jahren ist die Folge.





2. Ziele

2.1 Regionalisierte Neustrukturierung von Geburtshilfe und Perinatalmedizin

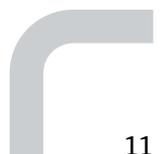
- › Schaffung kompetenzbezogener Regionalkonzepte mit dem Ziel einer flächendeckenden, risikoadaptierten Versorgung durch
- › Aufbau eines flächendeckenden Netzes von perinatalmedizinischen Kompetenzverbänden
- › Umwandlung von Level-I- in Level-II-Zentren oder Zusammenschluss kleinerer Geburtshilfen unter Bildung eines neuen Level-II-Zentrums
- › Zusammenschluss kleinerer Geburtshilfen, hierbei Weiterentwicklung lokaler (Klein-)Strukturen zu größeren Einheiten mit mindestens 500 Geburten pro Jahr
- › Geburtshilfliche Abteilungen und Kliniken perspektivisch grundsätzlich an Standorten mit Pädiatrie mit neonatologischer Versorgungskompetenz

2.2 Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Verbesserung der Personalausstattung

- › Attraktivere Arbeitsbedingung für Hebammen, Pflegeberufe sowie Ärztinnen und Ärzte
- › Verbesserung der Hebammenallokation

2.3 Finanzierung der Geburtshilfe

- › Gezielte Förderung neuer Formen der perinatologischen Versorgung anstelle der Subventionierung nicht zukunftsfähiger Strukturen durch Sicherstellungszuschläge
- › Finanzielle Sicherung auch von Level-II-Zentren
- › Finanzielle Förderung zukunfts- und qualitätsorientierter Geburtskliniken mit neonatologischer Versorgungskompetenz mit einer Mindestanzahl von 500, später von 600 Geburten pro Jahr





3. Empfehlungen

3.1 Perinatalmedizinische Kompetenzverbünde

Durch die Schaffung eines flächendeckenden Netzes von perinatalmedizinischen Kompetenzverbänden inklusive telemedizinischer Konsilstrukturen soll eine risikoadaptierte Geburtshilfe realisiert werden. Die Kompetenzverbünde bestehen aus

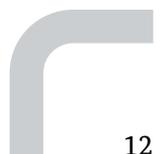
- › einem Maximalversorger des Levels I,
- › zwei bis vier Perinatalzentren des Levels II
- › und einigen perinatologischen Schwerpunktkliniken.

Perspektivisch sollen alle geburtshilflichen Kliniken (alle drei genannten Ebenen) eine Pädiatrie mit neonatologischer Versorgungskompetenz am Campus haben (ärztliche Präsenz 24/7). Perinatalzentren der Level I und II sollen dabei über eine neonatologische Abteilung (ärztlich-neonatologische Rufbereitschaft 24/7) verfügen. Für eine Übergangsphase ist unter fest etablierten Sicherheitsmaßnahmen (vertraglich festgelegte Kooperation mit Kinderkliniken mit neonatologischer Versorgungskompetenz; zuverlässige pädiatrische Rufbereitschaft) auch eine Beteiligung geburtshilflicher Einrichtungen ohne pädiatrische Abteilung möglich. Jeder Verbund muss darüber hinaus auch über mindestens eine kinder- und jugendchirurgische Abteilung verfügen. Typischerweise befindet sich eine solche Abteilung mindestens am Level-I-Zentrum. In Ausnahmefällen ist die Kooperation mit einem anderen Verbund, der über eine kinder- und jugendchirurgische Abteilung verfügt, denkbar. Die AWMF-S2k-Leitlinie gibt wegweisende Empfehlungen zur Struktur- und Prozessqualität der beteiligten Einrichtungen.³⁶ Solche Verbünde sollen ferner die Kriterien erfüllen, die in der siebenten Stellungnahme der Regierungskommission, „Mehr Qualität – weniger Bürokratie“, für Zertifikate für Gesundheitsregionen und Versorgungsnetzwerke aufgezeigt wurden.³⁷

Ein Kompetenzverbund versorgt eine geografisch definierte Region. Um eine hochqualitative Versorgung auch bei Risikokonstellationen zu gewährleisten, betreut ein solcher Verbund im Mittel 10.000 Geburten im Jahr mit regionalen Anpassungsmöglichkeiten entsprechend der örtlichen Bevölkerungsdichte. Daraus ergibt sich rechnerisch ein Bedarf von circa 74 perinatalmedizinischen

³⁶ Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland (S2k, AWMF Registry No. 087/001, März 2021). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/087-001>

³⁷ www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_7_Qualitaetssicherung_QM_kRM_Transparenz_und_Entbuerokratisierung.pdf





Kompetenzverbänden für Deutschland.³⁸ Im Rahmen der Krankenhausplanung sind durch die Bundesländer die perinatalmedizinischen Kompetenzverbände mit ihren Kliniken und die von ihnen zu versorgenden Regionen festzulegen.

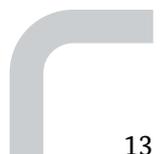
Ein perinatalmedizinischer Kompetenzverbund bedarf einer organisatorischen Struktur mit einer Koordination, die üblicherweise vom Level-I-Zentrum ausgeht. Aufbau und organisatorische Koordination eines Verbundes sollen zukünftig Strukturvoraussetzungen für ein Perinatalzentrum des Levels I sein. Unter Koordination des Level-I-Zentrums entwickelt der Verbund geplante Behandlungsabläufe und sektorunabhängige bzw. -übergreifende klinische Pfade zur Steuerung der Betreuung der Schwangeren durch die beteiligten Kliniken. Risikoschwangerschaften sollen hierbei – je nach Risikokonstellation – von den Perinatalzentren der Level II oder I betreut werden. Insbesondere das Perinatalzentrum des Levels I soll jederzeit Kapazitäten für die Übernahme von Hochrisikoschwangerschaften und -geburten oder im Fall unerwarteter Komplikationen vorhalten und muss daher bei der Betreuung unkomplizierter Schwangerschaften und Geburten durch die anderen Kliniken des Verbundes entlastet werden. Dies beinhaltet auch die Möglichkeit zur elektiven heimatnahen Verlegung eines stabilisierten Kindes in ein Zentrum mit niedrigerer Versorgungsstufe. Die Vorhaltung von Kapazitäten durch das Level-I-Zentrum muss adäquat vergütet werden.

Für eine gut koordinierte Zusammenarbeit im Verbund mit dem Ziel einer risikoadaptierten Versorgung aller Schwangeren, Mütter und Neugeborenen ist es sinnvoll, dass die Verbände die oben genannten Versorgungspfade entwickeln und verbindlich einführen. Die AWMF-S2k-Leitlinie bietet hierfür einen fachlich fundierten Rahmen.³⁹ Ziel ist, dass bei jeder Schwangeren in der Einrichtung des Verbundes, in der sie sich vorstellt, eine standardisierte Risikoeinschätzung vorgenommen wird, auf deren Grundlage in Absprache mit der Frau die weitere Betreuung geplant wird. Interdisziplinäre und interprofessionelle Indikationsboards mit Vertretern aller beteiligten Institutionen sind zu etablieren, um bei risikobehafteten Schwangerschaften und Geburten in Absprache mit der Mutter das individuelle Vorgehen zu vereinbaren. Regelmäßige Peer-Reviews, M&M-Konferenzen⁴⁰ und gegenseitige Unterstützung bei der Etablierung evidenzbasierter Vorgehensweisen sollten zur Qualitätssicherung fester Bestandteil perinatologischer Kompetenzverbände sein. Eine enge telemedizinische Vernetzung der beteiligten Kliniken ist essenziell.

38 Vetter K, Malzahn J. „Ein Blick in die Zukunft der Perinatalmedizin – Patientensicherheit erfordert die Gestaltung regionaler Perinatalmedizinischer Kompetenzverbände.“ Qualitätsmonitor 2019 (2019): S. 133–147.

39 Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland (S2k, AWMF Registry No. 087/001, März 2021). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/087-001>

40 In Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden rückblickend Komplikationen, ungünstige Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet.





Damit ist ein regionaler Kompetenzverbund ein vertraglich fixierter, funktionaler Zusammenschluss für eine standardisierte Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsstufen mit gemeinsam abgestimmten Diagnose- und Behandlungsstrategien. Gleichzeitig besitzt der Verbund als Ganzes weitreichende Weiterbildungskompetenz für alle beteiligten Einrichtungen und Berufsgruppen. Die Hospitation und Rotation von Fachpersonal zwischen den Versorgungsstufen sollte vertraglich verankert werden (z. B. in Form von Rotationsstellen, um die Versorgung selten auftretender Notfälle regelmäßig zu trainieren). Ein derartiger Verbund vereint folgende Vorteile:

- ▶ Jede Schwangere und jedes Neugeborene wird nach der Risikokonstellation und den Bedürfnissen adäquat betreut
- ▶ Unnötige und riskante Verlegungen können durch gemeinsame Behandlungspfade und telemedizinische Mitbetreuung im Verbund vermieden werden
- ▶ Bei Gefahren oder Komplikationen ist eindeutig festgelegt, welche Einrichtung wie die weitere Versorgung übernimmt
- ▶ Bei Notwendigkeit ist für jedes Neugeborene die unmittelbare pädiatrische Behandlung mit neonatologischer Versorgungskompetenz gesichert
- ▶ Hohe Versorgungskapazität mit konsekutiver Auslastung auch im Hochrisikobereich
- ▶ Hoher Team-Trainingseffekt für alle Beteiligte über Level- und Berufsgrenzen hinweg
- ▶ Hoher Weiterbildungsstandard für Basis- und Schwerpunktweiterbildung
- ▶ Attraktivität für Nachwuchskräfte auch außerhalb von Ballungszentren

Zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgungsqualität sollte eine Geburtsklinik in Ballungszentren innerhalb von 30 Minuten und in dünner besiedelten Gebieten innerhalb von 40 Minuten erreichbar sein.⁴¹ Falls diese Erreichbarkeitsgrenzen in wenigen Gegenden nicht garantiert werden können, ist eine Sicherstellung angemessener Transportmöglichkeiten, unter anderem in Kooperation mit der Luftrettung, erforderlich.

⁴¹ www.aerzteblatt.de/archiv/229457/Geburtshilfe-Zu-wenig-Geld-zu-wenig-Aerzte



3.2 Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Personalausstattung

Durch Konzentration auf weniger Standorte wird das Erreichen einer ausreichenden Personalausstattung unterstützt. Zudem muss eine Änderung der G-BA-QFR-RL-Anlage 2 mit dem Ziel einer realistisch erreichbaren Festlegung des Personalbedarfs für die Geburtshilfe (pflegerisch, ärztlich und Hebammenversorgung) stattfinden. Die AWMF-S2k-Leitlinie gibt konsensbasierte Expertenempfehlungen zur personellen Ausstattung.⁴² Dabei erscheint eine Flexibilisierung der Erfüllung der Personalvorgaben sinnvoll, etwa dahingehend, dass nicht starre Schichtvorgaben, sondern durchschnittliche Mindestpersonalausstattungen über einen längeren Zeitraum vorgegeben werden. Umsetzung und Umsetzbarkeit der Personalbemessung sollten zeitnah überprüft werden. Auch muss die Finanzierung des Personals in den Geburts- und Kinderkliniken gesichert sein. Die Entbürokratisierung des Dokumentationsprozesses bei vorübergehender Nichterfüllung von Anforderungen ist notwendig, um den Fokus auf die Patientenbetreuung und -sicherheit wieder sicherzustellen.

Um für Hebammen Krankenhäuser als Arbeitsplatz attraktiver zu machen, müssen die Arbeitsbedingungen verbessert sowie Aufgaben, Handlungskompetenzen und Verantwortungsbereich der Hebammen entsprechend der – im Zuge der Akademisierung steigenden – Qualifikation angehoben werden. Hebammengeleitete Kreißsäle sowie Arbeitsplätze, die nicht nur die Geburt, sondern auch die Vor- und Nachbetreuung der Frauen, Kinder und Familien ermöglichen, können diesen Prozess unterstützen. Zusätzliche Verantwortungsübernahme, möglich durch die Akademisierung, wird durch konsekutiv höhere tarifliche Eingruppierung unterstützt.

3.3 Finanzierung der perinatalmedizinischen Kompetenzverbände

Die Förderung vertraglich gesicherter perinatalmedizinischer Kompetenzverbände sollte durch eine vorhaltekostenbasierte und qualitätsorientierte Vergütung aller am Verbund beteiligter Einrichtungen erfolgen. Voraussetzung ist der Nachweis der oben genannten Struktur- und Prozessqualität einschließlich der dargelegten Kooperation. Unter 1.2 wurde bereits ausgeführt, dass die Regierungskommission empfiehlt, mit dem jährlichen Zuschlag zur Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung in Höhe von 120 Millionen Euro zukünftig zielgerichtet Geburtshilfen zu unterstützen,

⁴² Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalmedizinischen Versorgung in Deutschland (S2k, AWMF Registry No. 087/001, März 2021). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/087-001>



die die Qualitätsanforderungen im Sinne der ersten, der siebenten und dieser zwölften Stellungnahme der Regierungskommission erfüllen. In diesem Rahmen sollte der Zuschlag insbesondere auch zum gezielten Aufbau der perinatalmedizinischen Kompetenzverbände eingesetzt werden.

3.4 Evaluation

Die Einführung der perinatalmedizinischen Kompetenzverbände muss von einer umfassenden wissenschaftlichen Evaluation begleitet werden. Hierbei sollen unter anderem der Stand der Umsetzung, Hindernisse bei der Umsetzung, die Erfüllung der Struktur- und Prozessqualitätsvorgaben und Parameter der Ergebnisqualität wie perinatale und maternale Mortalität und Morbidität und Frühgeburtlichkeit bewertet werden. Auch die Sektoren sollten erfasst werden. Die Evaluation ist zu vorzugebenden Zeitpunkten zu wiederholen.





Diese und alle weiteren Stellungnahmen und Empfehlungen der Regierungskommission sind im Internet abrufbar unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/regierungskommission-krankenhausversorgung

Diese Stellungnahme und Empfehlung wurde von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung einstimmig bei einer Enthaltung verabschiedet.

Mitglieder der Regierungskommission sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Prof. Dr. Boris Augurzky
Prof. Dr. Tom Bschor
Prof. Dr. Reinhard Busse
Prof. Dr. Jörg Dötsch
Michaela Evans
Prof. Dr. Dagmar Felix
Irmtraud Gürkan
Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Prof. Dr. Martina Hasseler
Prof. Dr. Stefan Huster
Prof. Dr. Christian Karagiannidis
Prof. Dr. Thorsten Kingreen
Prof. Dr. Heyo Kroemer
Prof. Dr. Laura Münkler
Prof. Dr. Jochen Schmitt
Prof. Dr. Rajan Somasundaram
Prof. Dr. Leonie Sundmacher





Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung



Impressum

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Leiter und Koordinator:

Prof. Dr. med. Tom Bschor
c/o Bundesministerium für Gesundheit
Mauerstraße 29, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin
Krankenhauskommission@bmg.bund.de

Veröffentlichung: 14. November 2024

