

Ministerin

An den Sozialausschuss
des Schleswig-Holsteinischen Landtages
z. Hd. Herrn Wagner

- per Mail-

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/3452

04.07.2024

Empfehlungen des Qualitätszirkel Geburtshilfe Schleswig-Holstein

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

am 28.03.2024 wurden Ihnen in der 55. Sitzung des Sozialausschusses die zum Zeitpunkt der letzten Sitzung des Qualitätszirkels am 14.03.2024 von allen geeinten Empfehlungen des Qualitätszirkels Geburtshilfe - unter Vorbehalt der jeweiligen Gremienbeschlüsse - durch die handelnden Vertreterinnen und Vertreter vorgestellt. Gern stelle ich Ihnen mit diesem Schreiben das finale Papier zur Verfügung.

Im Anschluss an die Sitzung vom 28.03.2024 hat es nachfolgende Klarstellungen in einem Gremienbeschluss durch die **Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH)** zu den Empfehlungen gegeben:

„1. Der Vorstand stimmt überein, dass mit dem Arbeitskreis Qualitätszirkel ein vertrauensvolles Gremium geschaffen worden ist, welches im gemeinsamen Austausch und in einer vertraulichen Kommunikation wesentliche Punkte für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen geburtshilflichen Versorgung für Frauen und ihre Kinder in Schleswig-Holstein benannt hat.“

2. Gleichzeitig weist der Vorstand darauf hin, dass künftig noch weitere Punkte zu diskutieren und bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen sind. Die KGSH wird sich in diesen Austausch weiterhin konstruktiv einbringen.

Insbesondere ist in diesem Zusammenhang anzumerken, dass das Papier teilweise Empfehlungen enthält, die sich in der Versorgungsrealität wahrscheinlich nicht an allen Standorten und jederzeit umsetzen lassen. Insofern können die Empfehlungen als Zielbild dienen, können aber nach unserer Auffassung keine bindende Vorgabe für die anstehende Krankenhausplanung sein.“

Der **Hebammenverband Schleswig-Holstein** distanzierte sich in der Sitzung vom 28.03.2024 nachträglich von den Empfehlungen, die bis zum 28.03.2024 von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern als geeint galten.

Am 28.06.2024 fand zuletzt eine Sitzung des Qualitätszirkels Geburtshilfe statt. In diesem wurde sich für die Veröffentlichung des Papiers ausgesprochen und verabredet, auch zukünftig weiter an der Umsetzung der Empfehlungen zu arbeiten sowie weitere Vorschläge, unter anderem für den neuen Krankenhausplan, zu erarbeiten.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Prof. Dr. Kerstin von der Decken

Anlagen

Empfehlungen des Qualitätszirkel Geburtshilfe Schleswig-Holstein

QUALITÄTSZIRKEL GEBURTSHILFE SCHLESWIG-HOLSTEIN

Empfehlungen zur Planung der zukünftigen geburtshilflichen Versorgung

Sitzungstermine:

- 13.10.2022
- 07.12.2022
- 27.02.2023
- 04.04.2023
- 29.06.2023
- 31.08.2023
- 26.09.2023
- 09.11.2023
- 28.11.2023
- 15.02.2024
- 27.02.2024
- 14.03.2024

Inhalt

1. Einleitung.....	2
2. Versorgungssituation in Schleswig-Holstein.....	3
3. Faktoren für eine sichere Geburt aus Sicht des Qualitätszirkels Geburtshilfe Schleswig-Holstein	5
4. Empfehlungen.....	8
5. Literatur.....	10

1. Einleitung

Die stationäre geburtshilfliche Versorgungslandschaft in Schleswig-Holstein steht wie in anderen Bundesländern vor vielen Herausforderungen.

Die Situation der stationären Geburtshilfeⁱ in Schleswig-Holstein ist geprägt von regionalen Herausforderungen und dem Bestreben, eine qualitativ hochwertige Versorgung für Frauen und ihre Kinder zu gewährleisten. Insbesondere die geographischen Besonderheiten Schleswig-Holsteins stellen erhebliche Anforderungen an alle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem. Nach der Stabilisierung der Geburtenzahlen in Schleswig-Holstein in den letzten Jahren sind die Geburten im Jahr 2023 signifikant gesunken.

Krankenhaus	2020	2021	2022	2023	Veränderung 2023 zu 2022 in %	Veränderung 2023 zu 2012 in %
DIAKO Krankenhaus Flensburg	1.842	1.797	1.640	1.527	-6,9	-0,7
UKSH Campus Kiel	1.773	1.880	1.989	1.886	-5,2	36,3
UKSH Campus Lübeck	1.705	1.670	1.845	2.256	22,3	59,7
WKK Heide	1.033	1.132	1.022	1.047	2,4	23,6
Klinikum Itzehoe	1.635	1.736	1.785	1.771	-0,8	31,0
Städtisches KH Kiel	1.732	1.898	1.955	1.790	-8,4	5,9
FEK Neumünster	985	1.022	979	1.021	4,3	17,2
Schön Kliniken RD	1.041	966	957	886	-7,4	-1,3
AMEOS Kliniken OH Eutin	1.003	1.105	1.022	1.062	3,9	9,6
Regio Kliniken Pinneberg	1.164	1.161	1.112	1.086	-2,3	3,5
Helios Klinikum Schleswig	787	860	862	849	-1,5	67,5
Marienkrankenhaus Lübeck	1.435	1.400	1.374	602	-56,2	-54,3
Johanniter KH Geesthacht	760	790	714	671	-6,0	-4,4
Klinikum NF Husum	755	730	776	655	-15,6	11,8
Klinik Preetz	425	332	98	0	-100,0	-100,0
Segeberger Kliniken	657	670	665	693	4,2	6,9
Krankenhaus St. Adolf-Stift Reinbek	781	666	689	626	-9,1	-18,8
Gesamt*	20.848	21.428	20.084	18.428	-8,2	-4,5

Tabelle 1: Anzahl der Geburten je Krankenhausstandort (, (Quelle: Milupa-Geburtenliste), Darstellung MJG SH Geschlossen zwischen 2022 und 2023: (DRK-Krankenhaus Ratzeburg (2020: 290, 2021: 282), imland Kliniken Eck. (2020: 303, 2021: 540), Paracelsus Klinik Hen-Ulz. (2020: 742, 2021: 791, 2022: 600)

ⁱ Der Begriff Geburtshilfe umfasst in diesem Dokument sowohl die Geburtshilfe als auch die Geburtsmedizin.

In Folge verschiedener Gründe wurden in den vergangenen 22 Jahren 14 Geburtsstationen in ganz Schleswig-Holstein geschlossen. Hierbei handelte es sich um Geburtskliniken, die, nach der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL)⁽¹⁾ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die niedrigste von vier Versorgungsstufen in der Geburtshilfe darstellt.

Wegen der sich verändernden Strukturen in der stationären Versorgungslandschaft in Schleswig-Holstein wurde im Oktober 2022 der Qualitätszirkel Geburtshilfe Schleswig-Holstein von dem für Gesundheit zuständigen Ministerium eingerichtet. Der Qualitätszirkel sollte den Austausch aller beteiligten Akteurinnen und Akteure fördern und Empfehlungen für die stationäre Geburtshilfe erarbeiten, die der Krankenhausplanungsbehörde als Arbeitsgrundlage für den Krankenhausplan 2025 dienen sollen.

2. Versorgungssituation in Schleswig-Holstein

Die Situation der geburtshilflichen Versorgung im Land wurde in einem Gutachten zum Versorgungsbedarf aus dem Jahr 2022 dargestellt. Im Ergebnis kommen die Autorinnen und Autoren zu dem Schluss, dass die geburtshilfliche Versorgung in Schleswig-Holstein zum Zeitpunkt der Analyse mit seinerzeit 17 geburtshilflichen Kliniken insgesamt sehr gut aufgestellt ist. Die Fahrzeit der Einwohnerinnen Schleswig-Holsteins zur Erreichung eines Krankenhauses mit geburtshilflicher Versorgung (Versorgungsstufe I-IV) liegt bei durchschnittlich 21,1 PKW-Fahrminuten. Knapp 95,7 % der Frauen erreichen entsprechend der G-BA Regelung innerhalb von 40 PKW-Fahrminuten (vgl. 3.7) das nächstgelegene Klinikum mit einer geburtshilflichen Versorgung. Die übrigen 4,3 % benötigen mehr als 40 Minuten Fahrzeit, dies betrifft durch die besondere Lage Schleswig-Holsteins mit der Nordsee im Westen, der Ostsee im Osten und Dänemark im Norden insbesondere die Randregionen des Bundeslandes.(Vgl. Drucksache 20/1789).

Die personelle Situation in den geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen war jedoch bereits 2022 angespannt. Die Analyse zeigt, dass der stationäre geburtshilfliche Versorgungsbedarf vor dem Hintergrund der sich verändernden Bevölkerung in Schleswig-Holstein bis 2035 voraussichtlich zurückgehen wird. Das Gutachten berücksichtigt das Stufenkonzept der perinatalogischen Versorgung gemäß der bundesweit geltenden Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen des G-BA. Ziel dieser Richtlinie sind die Verringerung von Säuglingssterblichkeit und von frühkindlich entstandenen Behinderungen sowie die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen unter Berücksichtigung der Belange einer flächendeckenden, das heißt einer allorts zumutbaren Erreichbarkeit der Einrichtungen.

Derzeit existieren:

Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1

- UKSH Kiel
- UKSH Lübeck
- WKK Heide
- Diako Krankenhaus Flensburg

- Klinikum Itzehoeⁱⁱ

Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2

- FEK Neumünster
- Schön Klinik Rendsburg
- Städtisches Krankenhaus Kiel

Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt

- AMEOS Kliniken OH Eutin
- Helios Klinikum Schleswig
- Regio Klinik Pinneberg

Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik

- Klinikum Nordfriesland Husum
- Segeberger Kliniken
- Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift
- Johanniter-Krankenhaus Geesthacht
- (Klinik Preetz)ⁱⁱⁱ
- (Marienkrankenhaus Lübeck)ⁱⁱⁱ

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene definiert im Wesentlichen die Anforderungen an die Krankenhäuser für die Leistungserbringung der vier Versorgungsstufen sowie die Aufnahme- und Zuweisungskriterien für eine risiko-adaptierte Versorgung der Schwangeren. Detailliert geregelt sind Qualitätsmerkmale bzw. Mindestanforderungen zur Infrastruktur, technischen Ausstattung und für die personelle Besetzung der vier Versorgungsstufen. Das dient der Durchführung sämtlicher fachärztlicher, pflegerischer und anderer Maßnahmen im Regelbetrieb und Notdienst. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Versorgungsstufen besteht im Bereich der fachärztlichen Versorgung. Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt Neonatologie sind in den Versorgungsstufen I bis III vorzuhalten. Für Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV wird die Anwesenheit einer Pädia-terin oder eines Pädia-ters nicht gefordert.

ⁱⁱ Nachdem ein Leistungsverbot für Früh- und Reifgeborene unter 1.250 Gramm, seit Umsetzung der Mindestmengenregelung des G-BA von 25, für das Jahr 2024 von den Kostenträgern beschieden worden ist, hat das Sozialgericht Itzehoe der Klage auf. Einstweiligen Rechtsschutz stattgegeben.

ⁱⁱⁱ Die Klinik Preetz und die Marien-Krankenhaus Lübeck gGmbH verfügen über einen gültigen Versorgungsauftrag für Gynäkologie und Geburtshilfe, nehmen derzeit aber nicht an der Versorgung teil.

Rund 98% der Geburten in Schleswig-Holstein finden im Krankenhaus statt.

Versorgungsstufe	Geburten 2023	% Anteil je Versorgungsstufe
Perinatalzentrum Level 1	8.487	46%
Perinatalzentrum Level 2	3.697	20%
Perinataler Schwerpunkt	2.997	16%
Geburtsklinik	3.247	18%
Gesamt	18.428	100%

Tabelle 2: Versorgungsanteil je Versorgungsstufe, Darstellung des MJG SH

Die Zahl der geplant außerklinischen Geburten betrug im Jahr 2022 1,58 % aller Geburten. Aus den Zahlen der QUAG⁽²⁾ und den Geburtenzahlen aus Schleswig-Holstein ergibt sich folgende Darstellung:

Außerklinische Geburten in Schleswig-Holstein (SH) in den Jahren 2018 bis 2022					
	2018	2019	2020	2021	2022
Außerklinische Geburten SH	174	200	288	318	322
Geburtenzahl SH stationär	21.563	21.029	20.848	21.428	20.084
Geburten Gesamt SH	21.737	21.229	21.136	21.746	20.406
Anteil außerklinische Geburten an Gesamtzahl	0,80%	0,94%	1,36%	1,46%	1,58%

Tabelle 3: Außerklinische Geburten, (Quelle: QUAG und Milupa-Geburtenliste); Darstellung MJG

Die Planung der zukünftigen Ausrichtung der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein fokussiert sich somit auf den stationären Bereich. Die außerklinischen Angebote werden nach Einschätzung des Qualitätszirkels Geburtshilfe in Zukunft keinen größeren, versorgungsrelevanten Anteil der Geburten übernehmen können.

3. Faktoren für eine sichere Geburt aus Sicht des Qualitätszirkels Geburtshilfe Schleswig-Holstein

3.1 Nationales Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“

Die AWMF S3-Leitlinie "Vaginale Geburt am Termin"⁽³⁾ orientiert sich an den Zielformulierungen des nationalen Gesundheitsziels "Gesundheit rund um die Geburt"⁽⁴⁾. Die fünf Ziele dieses Gesundheitsziels setzen klare Standards für die Geburtshilfe in Deutschland, insbesondere in Bezug auf die Förderung der natürlichen Geburt durch Verfahren, die Interventionen auf das absolut Notwendige beschränken und die frauenzentrierte Betreuung in den Vordergrund rücken.

3.2 Schwangerenbetreuung, Beratung der Schwangeren und Empfehlung in eine Geburtsklinik in angemessener Versorgungsstufe

Während der Schwangerschaft soll sich die Schwangere im Rahmen der Schwangerenbetreuung rechtzeitig in der von ihr gewählten Klinik zur Geburtsplanung vorstellen. Bei Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf sowie Schwangerschaften mit besonderen Risiken und Risikogeburten soll die Schwangere bei der Wahl der Klinik unter dem Gesichtspunkt beraten werden, dass die Klinik über die nötigen personellen und apparativen Möglichkeiten zur Betreuung von Risikogeburten und/oder Risikokindern verfügt.

3.3 Sichere Geburt durch 1:1 Betreuung und risikoadaptierte Maßnahmen

Für eine sichere Geburt ist von Bedeutung, dass eine personelle 1:1 Betreuung durch eine Hebamme angestrebt wird. Dadurch wird die natürliche Beurteilung des fetalen und mütterlichen Befindens bei Low-Risk-Geburten unterstützt und die Best-Practice-Empfehlungen der "S3-Leitlinie- Vaginale Geburt am Termin"⁽³⁾ umgesetzt. Die 1:1 Betreuung durch Hebammen fördert nicht nur das Vertrauen der Frau, sondern ermöglicht es auch, Probleme frühzeitig zu erkennen oder gar zu verhindern. Durch die 1:1-Betreuung wird ein unterstützendes Umfeld geschaffen, das nicht nur die physischen, emotionalen und psychischen Bedürfnisse der Frau während der Geburt berücksichtigt, sondern auch die Wahrscheinlichkeit für Komplikationen und Interventionen verringert. Dies wiederum trägt zu einem positiven Geburtserlebnis und einem bestmöglichen Ergebnis für Mutter und Kind bei.

3.4 Flächendeckende, erreichbare stationäre geburtshilfliche Einrichtungen entsprechend der QFR-Richtlinie

Wie bereits oben beschrieben, definiert die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene im Wesentlichen die Anforderungen an die Krankenhäuser für die Leistungserbringung der vier Versorgungsstufen sowie die Aufnahme- und Zuweisungskriterien für eine risiko-adaptierte Versorgung der Schwangeren.

Ziele dieser Richtlinie sind die Verringerung von Säuglingssterblichkeit und von frühkindlich entstandenen Behinderungen, sowie die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen unter Berücksichtigung der Belange einer flächendeckenden Versorgung. Die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterliegt regelhaft einer Prüfung durch verschiedene Gremien und einrichtungsintern entsprechenden Qualitätssicherungsmaßnahmen.

3.5 Hebammengeleitete Kreißsäle in stationären geburtshilflichen Einrichtungen

In hebammengeleiteten Kreißsälen wird die Möglichkeit gegeben, nach entsprechender Triage Schwangere ausschließlich durch Hebammen zu betreuen. Gleichzeitig kann bei medizinischer Notwendigkeit zusätzlich die personelle und organisatorische Struktur der Einrichtung in Anspruch genommen werden. Die Wahlmöglichkeit, die informierte Entscheidung der Frau, die Förderung von Partizipation und Selbstbestimmung sowie die Anerkennung und Einbeziehung psychosozialer und kultureller Ressourcen der Frau wirken sich positiv auf das Geburtserlebnis und auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung aus. Eine Geburtsleitung unter Kontinuität der Betreuungsperson und ⁽⁵⁾, ⁽⁶⁾ damit eine Förderung der physiologischen Geburt wird angestrebt ⁽⁷⁾.

3.6 Anwesenheit einer Pädiaaterin/eines Pädiaaters

Eine Entbindungsklinik mit angeschlossener pädiatrischer Abteilung (im Gebäude), mit Anwesenheit einer Pädiaaterin oder eines Pädiaaters 24/7 erhöht die Sicherheit für das Neugeborene, besonders bei bekannten Risiken in der Schwangerschaft und unter der Geburt (Daten aus Finnland und Deutschland)⁽⁸⁾. Geburten, bei denen Risiken bestehen oder zu erwarten sind, sollten in Schleswig-Holstein entsprechend der QFR-RL konsequent in Entbindungskliniken mit angeschlossener Kinderklinik erfolgen (Versorgungsstufe I bis III). Für die Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV nach QFR-RL ohne eigene pädiatrische Versorgung gilt, dass die Sicherheit für das Neugeborene nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Die Schwangere sollte bei Planung der Geburt während der Schwangerschaft auf diesen Umstand hingewiesen werden. Geburtskliniken (Stufe IV) sollen ein Konzept für die jederzeitige Hinzuziehung einer Kinderärztin oder eines Kinderarztes oder einer Neonatologin oder eines Neonatologen entwickeln, ebenso muss die Verfügbarkeit einer Anästhesistin oder eines Anästhesisten gewährleistet sein. Die ärztliche Leitung einer Geburtsklinik sollte entsprechend qualifiziert sein (Zusatzweiterbildung „spezielle Geburtshilfe“).

3.7 Perinatal-Zentrenbildung und hohe Fallzahlen

Es gibt nationale und internationale Studien⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾, die auf den Zusammenhang von hoher Fallzahl mit hoher Sicherheit in der Geburtshilfe hinweisen.

Das Ergebnis einer Analyse der ambulanten und stationären Routinedaten AOK PLUS zeigt, dass es bei kleineren Geburtsstationen zu vermehrten Verlegungen der Neugeborenen gekommen ist. Die Verlegungsgründe wurden nicht ausgewertet.

Weiter weist eine Studie aus Frankreich darauf hin, dass eine optimale Fallzahl mit maximal bestem Outcome der Neugeborenen bei 2000 Geburten/Jahr und Klinik liegt. Allerdings war eine Entfernung von > 30min Fahrzeit zwischen mütterlichem Wohnort und der Entbindungsklinik assoziiert mit vermehrtem Auftreten von Problemen der Neugeborenen. In Deutschland gibt es für die Erreichbarkeit einer Geburtshilfe keine festgelegten Werte. Orientiert wird sich an der Regelung des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) § 5 Abs. 1 Nummer 2. Die PKW-Fahrzeit bis zur Erreichung einer Geburtshilfe beträgt nach § 3 40 Minuten.

3.8 Kompetenzverbände zwischen Perinatalzentren verschiedener Level sichern die regionale Versorgung in der Betreuung von Risikoschwangerschaften und Frühgeborenen

Ein Anteil von 66 % der Geburten findet derzeit in den PNZ der Level 1 und 2 statt. Diese Häuser erfüllen umfangreiche Struktur- und Personalvorgaben, die für die Versorgung von Frühgeburten gefordert sind, und von denen auch andere dort geborene Kinder profitieren, z.B. im Fall von unerwartet auftretenden geburtshilflichen Komplikationen. Viele werdende Eltern schätzen diese Sicherheit und wählen bewusst diese Kliniken.

Um die Zusammenarbeit zu verbessern und eine zu hohe Anzahl von Verlegungen von Schwangeren sowie eine Überlastung einzelner Kliniken zu vermeiden, sollten perinatalmedizinische Kompetenzverbände gegründet werden. Für eine definierte Zusammenarbeit formulieren die Perinatalzentren Level 1 und 2 in Schleswig-Holstein bereits konkrete Konzepte.

3.9 Konzept für Notfallverlegungen und geplante Sekundärverlegungen

Die Notfallverlegung und der Sekundärtransport von intensivmedizinisch zu versorgenden Früh- und Neugeborenen stellen eine besondere Transport- und Versorgungssituation dar. Daher sollten neonatologische Intensivtransporte zusätzlich zum Rettungsdienstpersonal mit einer qualifizierten kinderärztlichen und einer pflegerischen Fachkraft begleitet werden. Seitens des Rettungsdienstes werden u. a. das Rettungsfachpersonal und das Rettungsmittel gestellt. Die QFR-RL des G-BA regelt: "Das Perinatalzentrum Level 1 muss in der Lage sein, im Notfall Früh- und Reifgeborene außerhalb des eigenen Perinatalzentrums angemessen zu versorgen und mittels mobiler Intensiveinheit in das Perinatalzentrum zu transportieren." Diese verlässliche Aufgabenerfüllung ist für die Perinatalzentren Level 1 zurzeit nicht durchgehend leistbar. Durch den anhaltenden Fachkräftemangel ist es für die Level 1-Perinatalzentren schon jetzt eine Herausforderung, das notwendige Fachpersonal für den Intensivtransport bereitzustellen, welches dann im laufenden Klinikbetrieb fehlt. Ob und wie schnell neonatologische Intensivtransporte durchgeführt werden können, hängt also insbesondere davon ab, ob die Kliniken das ärztliche und pflegerische Fachpersonal bereitstellen können. Ein verbindliches, rund um die Uhr verfügbares und sofort einsatzbereites System für notfallmäßige oder dringliche neonatologische Intensivtransporte existiert in Schleswig-Holstein nicht.

4. Empfehlungen

Der QZ Geburtshilfe empfiehlt, die in der o.a. Fachliteratur vorgestellten Ergebnisse bei der Planung der zukünftigen Struktur der geburtshilflichen Versorgung in Schleswig-Holstein zu berücksichtigen. Folgende Punkte wurden als maßgeblich identifiziert:

4.1 Umsetzung Nationales Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt"

Die Zielformulierungen des nationalen Gesundheitsziels "Gesundheit rund um die Geburt". setzen klare Standards für die Geburtshilfe in Deutschland, insbesondere in Bezug auf die Förderung der natürlichen Geburt durch Verfahren, die Interventionen auf das absolut Notwendige beschränken und die frauenzentrierte Betreuung in den Vordergrund rücken. Der QZ Geburtshilfe empfiehlt die Berücksichtigung der Ziele.

4.2 Schwangerenbetreuung, Beratung der Schwangeren und Empfehlung in eine Geburtsklinik in angemessener Versorgungsstufe

Der QZ Geburtshilfe empfiehlt Maßnahmen während der Schwangerschaft zur Vorstellung bzw. Zuweisung einer Schwangeren in angemessene Versorgungsstufen.

4.3 Förderung Sichere Geburt durch 1:1 Betreuung und risikoadaptierte Maßnahmen

Um eine physiologische Geburt zu fördern und eine sichere Geburtshilfe leisten zu können, wird die 1:1 Betreuung unter der Geburt empfohlen.

4.4 Flächendeckende, erreichbare stationäre geburtshilfliche Einrichtungen entsprechend der QFR-Richtlinie

Basis für die Planung der Einrichtungen ist u.a. die Versorgungsanalyse 2022. Sofern es zu einer Verringerung der stationären Versorgungsangebote kommt, wird empfohlen, mit den regionalen Akteurinnen und Akteuren (Krankenhaus, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Rettungsdienste, Kostenträger) ins Gespräch zu kommen und mögliche alternative Angebote zu erörtern, um dem Anspruch der Schwangeren nach § 24 f SGB V gerecht werden zu können.

4.5 Etablierung hebammengeleiteter Kreißsäle in stationären geburtshilflichen Einrichtungen

Um die physiologische Geburt zu fördern, wird empfohlen an jedem Standort mit stationärer Geburtshilfe mindestens einen hebammengeleiteten Kreißsaal zu betreiben. Weiter wird empfohlen, dies für den Krankenhausplan 2025 zu berücksichtigen.

4.6 Anwesenheit einer Pädiaterin/eines Pädiaters

Geburtskliniken (Stufe IV) sollen ein Konzept für die jederzeitige Hinzuziehung einer Kinderärztin oder eines Kinderarztes oder einer Neonatologin oder eines Neonatologen entwickeln, ebenso muss die Verfügbarkeit einer Anästhesistin oder eines Anästhesisten gewährleistet sein. Die ärztliche Leitung einer Geburtsklinik sollte entsprechend qualifiziert sein (Zusatzweiterbildung „spezielle Geburtshilfe“).

4.7 Zentrenbildung und hohe Fallzahlen

Die Planung der zukünftigen geburtshilflichen Einrichtungen in Schleswig-Holstein sollte aufgrund der oben genannten Studien Einrichtungen mit einer hohen Fallzahl bevorzugen.

4.8 Einrichtung von Kompetenzverbänden als Netzwerk von Perinatalzentren der Level I – II

Es wird empfohlen, sich für zukunftsfähige Kompetenzverbände zwischen Perinatalzentren Level 1 und 2 einzusetzen.

4.9 Konzept für Notfallverlegungen und geplante Sekundärverlegungen

Um den neonatologischen Intensivtransport in Schleswig-Holstein uneingeschränkt zu gewährleisten und die zusätzliche Begleitung mit einer kinderärztlichen und einer pflegerischen Fachkraft sicherzustellen, wird empfohlen, dass alle Kliniken gemeinsam mit den Rettungsdienstträgern ein landesweit einheitliches Konzept für den neonatologischen Intensivtransport erarbeiten.

5. Literatur

1. QFR-RL Richtlinie Versorgung Früh- und Neugeborene, (<https://www.g-ba.de/richtlinien/41>)
2. QUAG-Qualitätsbericht 2022, (https://www.quag.de/downloads/QUAG_Bericht2022.pdf)
3. AWMF S3-Leitlinie "Vaginale Geburt am Termin", (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-083>)
4. Bundesministerium für Gesundheit (2017). Nationales Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt, (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt>)
5. Royal College of Midwives (2011): Woman-Centered-Care. Position Paper No.4, (<https://www.rcm.org.uk/media/2946/midwifery-continuity-of-carer-mcoc.pdf>)
6. Joachim Bauer (2016): Das Gedächtnis des Menschen. Piper Verlag GmbH, (<http://www.buecher-von-joachim-bauer.de/das-gedaechtnis-des-koerpers/>)
7. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung (2014) Expertinnenstandard, Förderung der physiologischen Geburt. Osnabrück: Hochschule Osnabrück. Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, (https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Expertinnenstandard_Foerderung_der_physiologischen_Geburt/Geburt_Auszug.pdf)
8. Karalis E et al. Effect of hospital size and on-call arrangements on intrapartum and early neonatal mortality among low-risk newborns in Finland. Eur J Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 2016; 189: 116-119
9. Schmitt J et al. Neue Volume-Outcome-Ergebnisse in der Perinatalmedizin. Qualitätsmonitor 2019: 105-131
10. Levailant M et al. In France, the organization of perinatal care has a direct influence on the outcome of the mother and the newborn: Contribution from a French nationwide study. Int J Gynecol Obstet 2023; 00: 1-9

Sonstige Quellen:

- AWMF-Leitlinie Nr. 087-001
- Mutterschafts-Richtlinie <https://www.g-ba.de/richtlinien/19/>