



**Deutsche Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.**

Präsidentin

Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt

Repräsentanz der DGGG und
Fachgesellschaften
Jägerstraße 58-60 | 10117 Berlin
☎ +49 (0) 30 514 883 333

✉ stellungennahmen@dggg.de

Stellungnahme

zum

Aktionsplan zur Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“

August 2023

Herausgeber:

- Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e.V. (AGG)
- Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)
- Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e.V. (DGPM)
- Deutschen Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin e.V. (DGPGM)



Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Möglichkeit zur Stellungnahme und kommentieren wie folgt:

Zentralisierung der Geburtshilfe

Wir verweisen auf die Stellungnahme der Fachgesellschaften zu den Entwürfen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Die perinatale Mortalität ist in kleinen Abteilungen 3-fach höher als in größeren Einheiten. Im internationalen Vergleich existieren in Deutschland viele Geburtskliniken mit niedrigen Geburtenzahlen. Im Rahmen eines regionalen Versorgungsplans sollte eine Zentralisierung der geburtshilflichen Versorgung erfolgen. Die Zentren sollten zwingend eine Mindestpersonaldecke und Mindestqualifikation vorhalten/aufweisen: fachärztliche Präsenz von Geburtshelfer*innen 24/7, Anästhesist*innen sowie von Pädiater*innen 24/7 zur adäquaten Versorgung von Neugeborenen insbesondere im kritischen Zustand. (<https://www.dggg.de/stellungnahmen/fachempfehlung-modelle-zu-versorgungsstrukturen-in-der-klinischen-geburtshilfe-in-deutschland>), AWMF Leitlinie 087-001

Verpflichtende klinische Weiterbildung von Hebammen in einem Perinatalzentrum

Im Hebammengesetz vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759) § 11 (3) wird die berufspraktische

Ausbildung von 3000 auf 2200 Stunden reduziert. Während die Ausbildungszeit um 25% auf 4 Jahre verlängert wurde, sinkt der Praxisanteil also um 14%). Wir schlagen eine verpflichtende praktische Weiterbildung nach Studienabschluss in einem Perinatalzentrum für mindestens ein Jahr vor.

Personelle Absicherung in der Geburtshilfe-Hebammen

Wir erwarten eine wissenschaftliche Bedarfsplanung für klinisch tätige Hebammen zur Erfüllung einer 1:1 Betreuung unter der Geburt. Weiterhin sollte ein Vorschlag zur Realisierung eines erforderlichen Personalbedarfs erfolgen.

Fehlansätze zur Förderung von außerklinischen Tätigkeiten ohne eine evidenzbasierte Datenlage sollten nicht gesetzt werden.

Personelle Absicherung in der Geburtshilfe-ärztliches Personal/ Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist für in der Klinik tätige Ärzt*innen häufig nur schwer realisierbar. Hauptgründe sind hier unter anderem die hohe Dienstbelastung. Zunehmend verlassen junge Ärzt*innen daher die Kliniken, um als angestellte Ärzte z.B. in ambulanten



Einrichtungen (MVZ) zu arbeiten. Besondere Betreuungsbedarfe von Kindern angepasst an Dienstmodelle müssen folglich auch für ärztliches Personal nutzbar gemacht werden. Eine Zentralisierung der Geburtshilfe würde weiterhin dazu führen, dass mit mehr Personal in den dann größeren Einheiten familienfreundliche Arbeitszeiten realisiert werden könnten. Fehlanreize zur Förderung von außerklinischen Tätigkeiten ohne eine evidenzbasierte Datenlage sollten nicht gesetzt werden.

Personelle Absicherung in der Perinatalogie/Pflege

Aufgrund der Pflegepersonaluntergrenzen Verordnung und des generellen Pflegekräftemangels besteht eine Unterversorgung mit immer wiederkehrenden Einschränkungen geburtshilflicher/neonatologischer Bereiche (z.B. Ablehnung von Schwangeren)

Hebammengeleitete Geburtshilfe/ Hebammenkreißsäle

Hebammengeleitete Geburtshilfe ist ein flächendeckendes und zu befürwortendes Szenario für unauffällige Geburten. Da jedoch jederzeit eine nicht vorhersehbare Notfallsituation eintreten kann, sollte eine hebammengeleitete Geburtshilfe ausschließlich in einem Setting durchgeführt werden, wo jederzeit eine ärztliche geleitete Geburtshilfe durch ein Tür-an-Tür-Konzept gewährleistet ist, um eine gemäß der Leitlinie geforderte Entscheidungs-Entbindungszeit (E-E-Zeit) von 20 Minuten realisieren zu können (AWMF Leitlinie 087-001)

Hebammenversorgung im Wochenbett

Vertretungsstrukturen in Urlaubs- und Krankheitsfällen müssen für alle Berufsgruppen verbindlich vorgehalten werden. Aufgrund der zunehmenden Personalknappheit im Bereich der Hebammenversorgung sollte die regelhafte aufsuchende Hebammenbetreuung ggfs. stärker an Praxis- oder Klinikstrukturen angebunden werden. Zusätzlich sollte in Brennpunktbereichen die Hebammenbetreuung zentralisiert werden.

Sicherstellung der Finanzierung der Geburtshilfe

Im Rahmen einer geplanten Krankenhausreform müssen für alle Stufen der geburtshilflichen Versorgung die Vorhaltekosten, angepasst an die unterschiedlichen Versorgungsstufen, abgebildet und sichergestellt werden. Eine isolierte finanzielle Unterstützung kleinerer geburtshilflicher Kliniken löst das Problem der Unterfinanzierung der Geburtshilfe nicht. Haftpflichtversicherungen aller geburtshilflichen Berufsgruppen sollten Bestandteil der Vorhaltekosten sein bzw. auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt werden.

Sicherstellung fachärztliche Betreuung gemäß Mutterschaftsrichtlinien

Die frauenärztliche Vorsorge gemäß der Richtlinie über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sind eine wesentliche Ursache für die



kontinuierlich gesunkene perinatale Mortalität und Morbidität in Deutschland. Ständige Aktualisierungen sichern eine Versorgung der Schwangeren gemäß aktueller Evidenz. Eine vollumfängliche Schwangerenvorsorge auch zur frühzeitigen Erkennung und ggfs. Behandlung von Risiken und Regelwidrigkeiten der Schwangerschaft kann nur durch Frauenärzt*innen erfolgen, da viele Bestandteile dieser Richtlinie unter dem Arztvorbehalt stehen.

Vernetzung der klinischen und ambulanten Betreuung Schwangerer

Durch sektorübergreifende Betreuung über gemeinsame Strukturen zwischen in der Klinik tätigen Ärzt*innen und ambulant tätigen Ärzt*innen und Hebammen, könnten zu frühe Aufnahmen und damit Überlastungen der geburtshilflichen Einrichtungen vermieden werden. Dies gilt ebenso für die gemeinsame Betreuung der Risikoschwangerschaften zwischen Klinik und ambulanter fachärztlicher Versorgung (Bsp. Terminüberschreitung, Wachstumsrestriktion, etc.), ebenso für den Geburtsbeginn. Analog sollten sektorübergreifende Strukturen zwischen ambulant und klinisch tätigen Hebammen etabliert werden. Diese Vernetzung bedarf einer gesicherten Finanzierung. Bereits bestehende Kooperationsstrukturen sollten erfasst und bewertet werden. Vertretungsstrukturen in Urlaubs- und Krankheitsfällen müssen für alle Berufsgruppen verbindlich vorgehalten werden.

Evidenzbasierte Grundlagen für die Beratung schaffen

Die Beratung der Schwangeren ist regelhafter Bestandteil der Mutterschaftsrichtlinien auf der Basis der ärztlichen Berufsordnungen der Länder. Partizipative Beratung und Entscheidungsfindung bedarf einer evidenzbasierten Grundlage, die derzeit in vielen Punkten in Deutschland nicht vorhanden ist. Wie die S3 Leitlinien in der Geburtshilfe zeigen, fehlen zu vielen Fragestellungen aussagekräftige Studien. Diese sollten durch Forschungsgelder der Ministerien möglich gemacht werden. Leitlinienentwicklungen sollten verstärkt finanziell unterstützt werden. Die bisherige ehrenamtliche Tätigkeit der Wissenschaftler*innen ist kaum möglich.

Erweiterung des Anspruchs auf Hebammenhilfe im Wochenbett

Die Spezialisierung vom Familienhebammen nach standardisierten Curricula ist im Rahmen der Frühen Hilfe insbesondere für vulnerable Gruppen zu unterstützen.

Qualitätssicherung

Eine verpflichtende und transparente QS in der Geburtshilfe muss unabhängig vom Geburtsort sein. Dementsprechend ist die QS der Hebammenhilfe auf Länderebene an die bestehende Qualitätssicherung Perinatalmedizin und Geburtshilfe anzugliedern. Eine einheitliche anwenderfreundliche Datenplattform zur Dokumentation durch alle Beteiligten sollte entwickelt



werden. Diese sollte zunächst verpflichtend auf Funktionsfähigkeit von allen beteiligten Professionen geprüft und getestet werden.

Qualitätssicherung Müttersterblichkeit

In Deutschland fehlt die Erfassung der Müttersterblichkeit nach WHO Kriterien. Diese muss verpflichtend etabliert werden.

Arzneimittelsicherheit rund um die Geburt

Die Beratung zur Arzneimittelsicherheit beginnt bereits präkonzeptionell und ist eine fachärztliche Aufgabe. Beratungsplattformen für Ärzt*innen und Schwangere (Embryotox, Reprotox) sind finanziell abzusichern.

Patientinnensicherheit

Vorgaben des Medizinproduktegesetzes sowie Hygieneverordnungen müssen einheitlich neu bewertet werden und dann für alle geburtshilflichen Settings gleichzeitig gelten. Die Knappheit perinatologischer Ressourcen erfordert zunehmend Verlegungen in andere Bereiche. Ein bundesweites Register analog des DIVI Intensivbettenregisters sollte bzgl. der perinatologischen Versorgung etabliert werden (z.B. IVENA).

Angebote der Bundesstiftung “Frühe Hilfen”

Die Finanzierung interprofessioneller und interdisziplinärer Qualitätszirkel “Frühe Hilfen”, wie z.B. in Baden-Württemberg sind bundesweit zu gewährleisten.

Die Erkennung eines besonderen Betreuungsbedarfes erfordert die Etablierung und Finanzierung spezieller Versorgungsstrukturen, wie z.B. Babylotsenprogramm

Psychosomatische Grundversorgung

Eine fachärztliche psychosomatische Grundversorgung muss in allen Betreuungsformen sowohl in der Schwangerschaft als auch im Wochenbett gewährleistet sein.

Gesundheitskompetenz

Implementierung der Gesundheitskompetenz bereits in den Schulen. Es muss eine Aufgabe der Kommunen sein, die unterschiedlichen Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu bündeln, zu aktualisieren und niedrigschwellig zur Verfügung zu stellen.

Die Stellungnahme wurde von Prof. M. Abou-Dakn (AGG), Dr. K. Doubek (BVF), Prof. A. Geipel (AGG), M. Haist (BVF), PD Dr. D. Schlembach (DGPMG), Prof. E. Schleißner (DGPM) und Prof. M. Schmidt (AGG) verfasst.