



26.04.2021

Recherchedossier: Wie finden Eltern eine gute Geburtsklinik?

Hintergrund, Datenanalyse und bundesweite Umfrage unter Kliniken

Anlass

Rund 780 000 werdende Mütter oder Elternpaare pro Jahr suchen nach einer guten Klinik für die bevorstehende Geburt. Sie haben viel Zeit, um die beste Wahl für sich und ihr Kind zu treffen. Doch gute Informationen zu Geburtskliniken gibt es kaum. Das Science Media Center (SMC) hat aus diesem Anlass das Tool „Kreißaal-Navigator“ entwickelt, in dem öffentliche Daten und die Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage gebündelt vorliegen: Ein Rechercheverbund aus zwölf Medienpartnern hat gemeinsam mit dem SMC alle Geburtskliniken Deutschlands befragt. Eltern können mit dem „Kreißaal-Navi“ nach einer geeigneten Geburtsklinik in ihrer Region suchen.

Den Link zum Kreißaal-Navi finden Sie [hier](https://www.kreissaal-navi.de/) <https://www.kreissaal-navi.de/>.

Zurzeit sind viele Eltern verunsichert: Wegen der Corona-Pandemie sind in fast allen Krankenhäusern die Kreißaalführungen ausgesetzt, die für werdende Eltern laut Studien eine der zentralen Informationsquellen sind [1]. Wie und wo sollten sie sich nun am besten über die Geburtskliniken informieren, die in ihrer Region in Frage kommen? Das Science Media Center hat aus diesem Grund nach öffentlichen und online verfügbaren Daten zu geburtshilflichen Abteilungen gesucht. Die Recherche macht deutlich: Gute Informationen zu Geburtskliniken gibt es kaum. Die veröffentlichten Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung sind für werdende Eltern nicht nur unverständlich, sondern meist auch nutzlos. Die entscheidenden Hinweise, die sie bräuchten, um eine informierte Wahl zu treffen, werden entweder von den zuständigen Institutionen gar nicht erhoben oder nur in Fachpublikationen veröffentlicht. Dabei gehe es hauptsächlich „um den Faktor Mensch“, erklärt Prof. Dr. Frank Louwen, Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), gegenüber dem SMC: „Die entscheidende Frage ist: Wer ist bei mir, wenn ich mein Kind bekomme? Sind ausreichend Hebammen vorhanden, damit ich gut unterstützt werde? Sind rund um die Uhr qualifizierte Ärztinnen und Ärzte vor Ort?“

„Eltern fragen in Geburtskliniken häufig nach Dingen, die zweitrangig sind“, sagt Dr. Maike Manz, Hebamme und leitende Oberärztin der Geburtshilfe am Klinikum Darmstadt. Zum Beispiel danach, wie die Kreißsäle aussähen oder ob es Familienzimmer gebe. „Das liegt daran, dass Eltern verständlicherweise davon ausgehen, dass in einem Krankenhaus immer das nötige Personal vor Ort ist. Das ist aber nicht der Fall. Eltern sollten unbedingt danach fragen, welches Personal ständig im Haus ist, bevor sie sich für eine Klinik entscheiden.“



Wie viele Fachärztinnen und Fachärzte für Geburtshilfe fordern Dr. Maïke Manz und Prof. Frank Louwen mehr Transparenz – und eine bessere personelle Ausstattung vieler Kliniken. Dafür müssten auch gesetzliche Regelungen geschaffen werden.

Dieses Investigative liefert Ihnen zunächst die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung für alle geburtshilflichen Abteilungen. Was diese Ergebnisse aussagen, erläutern wir mit Hilfe umfassender Hintergrund-Informationen und Einordnungen von Expertinnen und Experten.

Was Eltern wissen sollten, bevor sie sich für eine Geburtsklinik entscheiden, erläutern Fachleute in einem zweiten Teil dieses Dossiers.

Schließlich stellen wir die Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage unter allen Geburtskliniken vor. Die Kliniken wurden nach ihrer personellen Ausstattung gefragt. Die Fragen wurden vom SMC gemeinsam mit Fachleuten entwickelt. Ein Rechercheverbund aus zwölf Medienpartnern hat die Kliniken angefragt. 54 Prozent der Kliniken haben geantwortet. Die Ergebnisse von Datenanalyse und Umfrage wurden in dem Tool „Kreißaal-Navigator“ gebündelt.

Übersicht

Anlass.....	1
Übersicht.....	2
I. Zusammenfassung	2
II. Hilft Eltern die gesetzliche „externe Qualitätssicherung“ der Krankenhäuser?.....	4
III. Was sollten Eltern wissen, bevor sie sich für eine Geburtsklinik entscheiden?.....	22
IV. Die Online-Umfrage	26
V. Der Kreißaal-Navi: Unsere Informationen für Eltern	30
VI. Daten und Methoden	43
VII. Literatur.....	48

I. Zusammenfassung

Die Geburtshilfe gehört zu den bedeutendsten medizinischen Fachbereichen in Deutschland. Jedes Jahr kommen rund 780.000 Kinder auf die Welt. Es sind demnach allein medizinisch über 1,5 Millionen Menschen involviert. Emotional involviert sind Partner oder Partnerinnen, Familien, Freunde.

Rund 98 Prozent der Kinder in Deutschland werden im Krankenhaus geboren [2]. Fragt man Eltern, warum das so ist, geben sie an, dass sie sich im Notfall schnelle Hilfe und Sicherheit wünschen [1, S.227]. Darüber hinaus zeigen Studien, dass Mütter großen Wert auf eine gute Betreuung unter der Geburt legen. Sie möchten möglichst kontinuierlich von einer Hebamme unterstützt werden [3]. Sicherheit im Notfall und gute Betreuung im Regelfall: Das sind auch die Kriterien, die Ärztinnen und Ärzte an erster Stelle nennen, wenn man sie nach den wichtigsten Qualitätskriterien einer Geburtsklinik fragt. Informationen für Eltern dazu, welche Kliniken das tatsächlich leisten können und wie groß die Unterschiede zwischen den Geburtskliniken sind, gibt es aber bislang kaum. Für



dieses „Investigative“ hat sich das Science Media Center auf die Suche nach guten Informationen zu Geburtskliniken gemacht. Eine schwere Geburt.

Die umfassendste Sammlung von Informationen zur Qualität von Kliniken ist der Datenbestand der gesetzlichen Qualitätssicherung der Krankenhäuser. Das SMC Lab hat die Qualitätsdaten aller Kliniken für den Bereich Geburtshilfe analysiert. Die Bilanz ist mager: Die mit großem Aufwand erhobenen Informationen gewähren werdenden Eltern kaum Entscheidungshilfen. In den Qualitätsberichten der Kliniken sind bislang nur die Bewertungen von vier Qualitätskriterien zu finden, die für die termingerechte Geburten der klassischen Geburtshilfe von Bedeutung sind. Diese bilden nach Meinung von Expertinnen und Experten die Qualität einer Klinik jedoch nur bruchstückhaft ab.

Fachleute zweifeln überdies an der Verlässlichkeit der erhobenen Daten. Sie würden größtenteils von den Krankenhäusern selbst gesammelt und dabei häufig zu positiv dargestellt. Expertinnen und Experten erklärten dem SMC, das liege daran, dass die Daten nicht nur für die Qualitätssicherung genutzt würden. Die Qualitätsergebnisse würden veröffentlicht und zum Teil für die Krankenhausplanung genutzt. Deshalb gehe es bei dieser Qualitätssicherung in den Krankenhäusern häufig eben nicht darum, Fehler offen darzustellen, um nach Lösungen zu suchen, so Dr. Patricia Van de Vondel, Chefärztin der Frauenklinik am Krankenhaus Porz in Köln: „Es geht vielen Kliniken darum, unauffällig zu bleiben.“

„Eine offene Fehlerkultur ist kaum möglich“, bestätigte auch Dr. Björn Misselwitz, der die Landestelle für Qualitätssicherung in Hessen leitet und damit für die Bewertungen der Kliniken in Hessen verantwortlich ist: „Die Kliniken werden für Ehrlichkeit bestraft. Und wir, von der Qualitätssicherung, verwenden immer weniger Zeit mit den qualitätsfördernden Maßnahmen selbst - und immer mehr damit, die Daten zu prüfen.“ Wie viele Expertinnen und Experten spricht er sich dafür aus, dass unterschiedliche Sets von Qualitätsindikatoren entwickelt werden: Solche, die mit den Kliniken unter Ausschluss der Öffentlichkeit im geschützten Raum besprochen würden, um Fehler effektiv abstellen zu können. Und solche, die den Eltern zur Verfügung gestellt werden. „In der Geburtshilfe sollten das Aspekte sein, die für Eltern große Bedeutung haben: Wie oft ist eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch Hebammen möglich? Welche Fachärztinnen und Fachärzte sind immer vor Ort? Gibt es eine Kinderklinik? Wie hoch ist die Kaiserschnitttrate?“ Vor allem Informationen zum Personal vor Ort seien wichtig für Eltern und würden kaum veröffentlicht.

Nach Recherchen des SMC können Eltern bislang keinerlei Informationen dazu finden, ob eine Klinik ausreichend Hebammen hat. Zur Anwesenheit von Fachärztinnen und Fachärzten in Geburtskliniken gibt es für einige Kliniken („Perinatalzentren“) gesetzliche Regelungen [4]. Aus diesen können Fachleute schließen, welches Personal rund um die Uhr da sein muss. Für Eltern aber werden diese Informationen nicht aufbereitet. Das SMC hat dazu Daten analysiert, geprüft und ergänzt.

Zudem hat das SMC gemeinsam mit zwölf Medienpartnern (s. Kap IV/2) alle Geburtskliniken in Deutschland per Online-Fragebogen um weitere wichtige Informationen gebeten. Wir wollten unter anderem wissen, wie viele Hebammen in den Kreißsälen arbeiten und ob die Fachärztinnen und Fachärzte rund um die Uhr im Haus sind oder erst gerufen werden müssen, wenn sie gebraucht werden. Die Fragen wurden gemeinsam mit Fachleuten entwickelt. 54 Prozent der Kliniken haben – häufig nach mehreren Anfragen - geantwortet.

Einige wesentliche Ergebnisse von Datenanalyse und Umfrage sind:

- ▶ Selbst mit hohem Rechercheaufwand ist es kaum möglich, Informationen zu den wichtigsten medizinischen Kriterien aller Geburtskliniken zu erhalten. Es ist davon auszugehen, dass auch Eltern bei der Informationsbeschaffung auf Schwierigkeiten stoßen. Das erschwert eine informierte Wahl der Klinik.



- ▶ Das Versorgungsniveau in der Geburtshilfe ist in den Bundesländern höchst unterschiedlich. So gibt es in den ostdeutschen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt nur wenige sogenannte "reine Geburtskliniken". Der Anteil liegt dort zwischen 6,7 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern und 15,8 Prozent in Sachsen. In den alten Bundesländern liegt der Anteil häufig nahe 50 Prozent und darüber (s. Kap. V/1). Die reinen Geburtskliniken zeichnen sich dadurch aus, dass es für sie kaum gesetzliche Regelungen zur Anwesenheit von Personal gibt. Fachärztinnen und -ärzte sowie Hebammen müssen nicht rund um die Uhr vor Ort sein. Eine Kinderklinik ist nicht angeschlossen.
- ▶ Vor allem die ständige Anwesenheit von Kinderärztinnen und -ärzten in den Kliniken können Eltern nicht voraussetzen. Für die Länder mit guter Datenlage lassen sich erhebliche Unterschiede erkennen: So haben in Brandenburg nur 16 Prozent aller Geburtskliniken angegeben, dass sie nicht immer Kinderärztinnen und -Ärzte vorhalten. In Rheinland-Pfalz sind es 51,7 Prozent.
- ▶ Zur Ausstattung der Kreißsäle mit Hebammen gibt es keinerlei öffentliche Informationen. Wir haben dazu von 261 geburtshilflichen Abteilungen verwertbare Antworten erhalten. Die wenigen Länder mit ausreichender Datenlage (Berlin, Bremen, Rheinland-Pfalz) spiegeln den Eindruck aus zahlreichen Telefonaten wieder: Rund die Hälfte der Kliniken kann die Leitlinienempfehlungen [5] einhalten. Die andere Hälfte nicht. Die Kliniken wünschen sich oft mehr Hebammen, können aber ihre freien Stellen nicht besetzen.

Das SMC möchte mit dieser Recherche einen ersten Schritt für Transparenz in Kreißsälen gehen. Alle für Eltern relevanten Informationen, die wir gefunden oder erhalten haben, wurden in einem Recherche-Tool gebündelt: dem Kreißsaal-Navigator. Er hilft bei der Suche nach einer Geburtsklinik, die wichtige medizinische Kriterien erfüllt. In einer Tour von acht Schritten können Eltern mit dem Kreißsaal-Navi festlegen, was ihnen wichtig ist – und erhalten dann eine Liste von Krankenhäusern, die für sie in Frage kommen.

II. Hilft Eltern die gesetzliche „externe Qualitätssicherung“ der Krankenhäuser?

II/1 Was ist die „externe Qualitätssicherung“?

Alle Krankenhäuser in Deutschland müssen in einigen medizinischen Fachbereichen einen Teil ihrer Arbeit und der erreichten Behandlungserfolge dokumentieren und an die zuständigen Institutionen zur Bewertung versenden. Diese Institutionen sind je nach medizinischem Bereich entweder die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) oder das nationale Qualitätsinstitut, das „Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen“ (IQTIG).

Weil die Bewertung der Klinikdaten an externen Stellen vorgenommen wird, heißt das Verfahren „externe“ Qualitätssicherung. Der Name lässt fälschlicherweise vermuten, dass es sich hierbei um die neutrale Bewertung der Kliniken von einer dritten Stelle handelt. Das ist nur zum Teil der Fall. Dazu später mehr in Kapitel II/6.

Die Qualitätssicherung der Krankenhäuser hat in Deutschland eine lange Tradition. Die ersten datengestützten Verfahren gehen auf eine freiwillige Initiative Münchner Pädiater und Frauenärzte Anfang der siebziger Jahre zurück [6]. Sie entwickelten einen Dokumentationsbogen, über die jede Geburt in den 26 beteiligten Kliniken erfasst wurde. Ziel war es, dass jede Klinik ihren eigenen Qualitätsstandard messen – und mit den Ergebnissen anderer Kliniken vergleichen konnte. Die Ergebnisse der anderen Kliniken waren dabei anonymisiert. Zudem wurden sie nicht veröffentlicht. Auslöser der Initiative waren Diskussionen um die Säuglingssterblichkeit in der Region München,



die im Vergleich zu anderen deutschen Regionen als zu hoch galt. Das Münchner Modell wurde nach und nach zunächst in weiteren Regionen, schließlich von allen Bundesländern übernommen.

Seit 1.1.2001 ist die externe Qualitätssicherung per Gesetz verpflichtend für alle Kliniken [7]. Qualitätssicherungs-Verfahren für mehrere medizinische Fachbereiche wurden zunächst vom Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS) entwickelt. Es folgte 2010 das aQUA-Institut. Seit 2015 ist das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zuständig.

Inzwischen ist die Qualitätssicherung der Krankenhäuser ein hochkomplexes Verfahren, an dem zahlreiche Akteure aus dem Gesundheitswesen beteiligt sind. Was genau Qualität definiert und wie diese gemessen werden soll, entscheidet das IQTIG, das sich dafür von Fachärztinnen und -ärzten aus den sogenannten „Bundesfachgruppen“ beraten lässt. Das ist im Bereich der Geburtshilfe die „Bundesfachgruppe Perinatalmedizin“. Das IQTIG wiederum bringt seine Vorschläge in das oberste Beschlussgremium der deutschen Gesundheitspolitik ein: den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dort müssen Vertreter der Ärzteschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhäuser gemeinsam jede Neuerung und Änderung in der Qualitätssicherung beschließen. Der Einigungsprozess ist in der Regel mühsam, da die Akteure unterschiedliche, oft sogar konträre Interessen verfolgen. Während die Krankenkassen traditionell gern möglichst umfassende Einblicke in die Versorgungsqualität der Krankenhäuser wollen, gilt das für die Krankenhäuser nicht. Der Chef einer großen Abteilung für Chirurgie an einer bedeutenden Universitätsklinik sagte dem SMC: „Es wird weiter Fortschritte auf dem Gebiet der Qualitätssicherung geben. Aber sie werden wohl kaum substantiell sein. Je aussagekräftiger ein Qualitätsaspekt ist, desto stärker werden Krankenhäuser und Ärzte dagegen ankämpfen, dass er gemessen und veröffentlicht wird“ (mehr dazu in Kap. II/6d).

In folgenden medizinischen Fachbereichen werden aktuell einige Behandlungen und Operationen durch die gesetzliche Qualitätssicherung überwacht:

- ▶ Viszeralchirurgie
- ▶ Gefäßchirurgie
- ▶ Hygiene und Infektionsmanagement
- ▶ Kardiologie und Herzchirurgie
- ▶ Transplantationsmedizin und Nierenersatztherapie
- ▶ Gynäkologie
- ▶ Orthopädie und Unfallchirurgie
- ▶ Pflege
- ▶ Perinatalmedizin (Geburtshilfe und Neonatologie)

Welche Behandlungen und Operationen dokumentiert werden müssen, wird detailliert in der „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ [8] aufgelistet. Eine umfangreiche Beschreibung vieler Verfahren liefern die Publikationen zu Qualitätsindikatoren und Rechenregeln des IQTIG [9]. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse auf Bundesebene ist jährlich im Qualitätsreport des IQTIG zu finden [10].

Der Aufwand der externen Qualitätssicherung ist hoch. Laut „Qualitätsreport 2020“ des IQTIG wurden 2019 insgesamt rund 2,4 Millionen Datensätze von den Krankenhäusern geliefert [10, S. 198] und vom IQTIG und den Landesstellen für Qualitätssicherung ausgewertet. Für eine bessere Einschätzung des Aufwandes auf Klinikebene sei eine Publikation von Petzold et al (2011) erwähnt: Die Forschergruppe berechnete, dass an der Uniklinik Dresden im Jahr 2011 insgesamt 7910 Qualitätssicherungsbögen ausgefüllt wurden. Daran waren 16 Mitarbeiter beteiligt. Diese benötigten insgesamt 247,19 Tage für die Dokumentation [11]. Inzwischen dürfte der Aufwand



weiter gestiegen sein. Expertinnen und Experten haben dem SMC gegenüber mehrfach erklärt, der Aufwand überschreite den Nutzen bei weitem.

II/2 Was ist das Ziel der externen Qualitätssicherung?

Im deutschen Gesundheitssystem gilt laut Gesetz ein Qualitätsgebot. Die Behandlung der Patienten muss dem anerkannten Stand der Erkenntnisse entsprechen und „in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden“ [7, Satz 1]. Das oberste Ziel der externen Qualitätssicherung ist es deshalb, diesem Qualitätsgebot einen gesetzlichen Rahmen zu geben. Das soll einen „Mindeststandard an Versorgungsqualität“ [12] in den deutschen Krankenhäusern garantieren. Seit der Einführung der Fallpauschalen müssen die Kliniken in einem stark marktwirtschaftlich geprägten Umfeld handeln und bestehen. Sie konkurrieren miteinander um Patienten und Geld. Die gesetzliche Pflicht zur Qualitätssicherung ist der Versuch, ein Gegengewicht zur Marktorientierung zu schaffen – weil „Definition und Gewährleistung medizinischer Versorgungsqualität (...) nicht dem freien Wettbewerb überlassen werden kann“ [12, S. 62].

Was das konkret heißt, erklärten Fachleute dem SMC so: Die Abrechnung nach Fallpauschalen bedeutet für die Kliniken, dass sie für die Behandlung von Patienten eine festgelegte Summe erhalten. Je mehr Leistungen für diese Summe erbracht werden und je mehr Personal daran beteiligt ist, desto weniger verdienen die Kliniken demnach an einer Behandlung. Umgekehrt heißt das: Je weniger Leistungen die Kliniken erbringen und je weniger Personal daran beteiligt ist, desto größer fallen die Gewinne aus. Aus finanzieller Sicht ist das ein Anreiz, nur das Notwendigste in eine Behandlung zu investieren. Die Qualitätssicherung definiert auf diesem Hintergrund Mindeststandards, die jede Klinik erreichen muss.

Die Qualitätssicherung hat darüber hinaus den Anspruch, die Versorgungsqualität der Kliniken vergleichbar zu machen. Qualitätsunterschiede sollen zu Tage treten. Das soll einerseits den Kliniken intern dabei helfen, ihren Qualitätsstandard einzuschätzen und sich mit dem Standard in anderen Kliniken zu vergleichen – um auf diese Weise Probleme zu erkennen und zu beheben. Andererseits ist das Ziel aber auch, dass die zuständigen Institutionen eventuelle Qualitätsprobleme von außen erkennen können. Sie sollen den Kliniken dann dabei helfen, Verbesserungen anzustoßen.

Im Jahr 2004 hat sich die Qualitätssicherung in einem wichtigen Punkt verändert: Die Qualitätsinformationen sollen seitdem nicht mehr nur den Kliniken und Behörden dienen, sondern auch den Patientinnen und Patienten. Daher müssen diese Informationen inzwischen jährlich in den Krankenhausqualitätsberichten veröffentlicht werden. Dort sind sie allerdings kaum zu finden. Zudem sind sie für Laien unverständlich. Die zuständigen Institutionen bereiten die Qualitätsergebnisse bislang – bis auf wenige Ausnahmen – nicht so auf, dass Patientinnen und Patienten damit mehrere Kliniken vergleichen könnten. Das IQTIG hat daher 2019 vom Gemeinsamen Bundesausschuss den Auftrag erhalten, ein Qualitätsportal für das Internet zu entwickeln [13], das die Qualitätsergebnisse aller Kliniken laienverständlich darstellen soll. Wann das umgesetzt wird, ist noch nicht bekannt.

Das Krankenhausstrukturgesetz von 2015 hat der Qualitätssicherung eine weitere neue Rolle zugeschrieben: Zunächst nur im Bereich der Geburtshilfe und der Gynäkologie dient ein Großteil der Indikatoren inzwischen als „planungsrelevante Qualitätsindikatoren“. Sie sollen es „den Planungsbehörden der Bundesländer ermöglichen, bei der Krankenhausplanung die Qualität der medizinischen Versorgung zu berücksichtigen“ [14]. Das heißt konkret: Sollten Kliniken längerfristig oder immer wieder durch schlechte Ergebnisse auffallen, könnten die Länder sie aus dem Krankenhausplan nehmen – also schließen.



Die Nutzung ein- und derselben Indikatoren für mehrere, völlig unterschiedliche Zwecke kritisieren viele Fachleute. Mehr dazu finden Sie in Kap. II/6.

II/3 Wie läuft die Qualitätssicherung ab?

Grundlage der Qualitätssicherung ist ein standardisiertes Messverfahren.

Dafür haben die wechselnden zuständigen Qualitäts-Institute spezielle Messinstrumente entwickelt: die sogenannten „Qualitätsindikatoren“. Anhand dieser Indikatoren wird bundesweit in allen Krankenhäusern die Qualität von Behandlungsabläufen und Behandlungsergebnissen dokumentiert - früher auf Papier, heute digital. Dazu dienen „Qualitätssicherungsbögen“. Zuständig dafür ist das Personal der Krankenhäuser. Im Bereich der Geburtshilfe zumeist Ärztinnen, Ärzte und/oder Hebammen.

Inzwischen helfen Softwareprogramme dabei: Sie zeigen an, bei welcher Behandlung ein Qualitätssicherungsbogen ausgefüllt werden muss und geben auch ständig bei jedem Messverfahren einen Überblick darüber, wo das Krankenhaus qualitativ steht: Sind die gesammelten Ergebnisse im betrachteten Zeitraum unauffällig – oder zeigen die Daten Qualitätsprobleme an? In diesem Fall haben die Verantwortlichen die Möglichkeit, nochmal in die Krankenakten der betroffenen Fälle zu schauen und mit den ausgefüllten Qualitätssicherungsbögen zu vergleichen. So können Dokumentationsfehler behoben – aber auch missliebige Ergebnisse verändert oder in den „Untiefen der EDV versenkt werden“, wie sich ein Mitarbeiter einer Krankenhaus-EDV äußerte, der nicht genannt werden will. Mehr dazu finden Sie in Kap. II/6.

Bei den meisten Indikatoren werden unerwünschte oder gefährliche Vorkommnisse gezählt und ins Verhältnis zur Grundgesamtheit aller Behandlungen gesetzt. Einige Indikatoren sind „risikoadjustiert“. Bei der Risikoadjustierung wird in die Qualitätsergebnisse mit einberechnet, welches Risiko die Patientinnen und Patienten für bestimmte Vorkommnisse mit sich bringen. So berücksichtigt beispielsweise die risikoadjustierte Kaiserschnitttrate die Lage des Kindes mit: Kinder in Beckenendlage haben ein höheres Risiko, per Kaiserschnitt geboren zu werden als Kinder, die mit dem Kopf voran liegen. Diese Risikoadjustierung soll einen fairen Vergleich der Kliniken ermöglichen: Eine Klinik, die viele Schwangere mit Beckenendlage entbindet, soll keine Nachteile haben.

Ein Ergebnis gilt als rechnerisch auffällig, wenn ein vom IQTIG festgelegter Referenzwert über- oder unterschritten wird. Ist ein Ergebnis rechnerisch auffällig, bittet die zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung die Klinik in der Regel um eine Stellungnahme. Darin sollen die zuständigen Ärztinnen und Ärzte erklären, wie es zu den auffälligen rechnerischen Werten kommen konnte. Diese Stellungnahmen können weitere Maßnahmen der Landesgeschäftsstelle nach sich ziehen wie zum Beispiel Gespräche mit den verantwortlichen Ärzten oder die Begehung der Klinik. Dieser Prozess heißt „Strukturierter Dialog“. Er soll klären, ob hinter der rechnerischen Auffälligkeit tatsächlich Qualitätsprobleme stecken. Wenn ja, soll die Landesgeschäftsstelle helfen, diese abzustellen.

Am Ende des Strukturierten Dialoges urteilen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (oder in manchen Fällen das IQTIG) schließlich darüber, ob sich eine rechnerische Auffälligkeit durch besondere Umstände erklären lässt – oder ob die Klinik als „qualitativ auffällig“ eingestuft wird.

Dienen die Qualitätsindikatoren – wie viele in der Geburtshilfe – gleichzeitig als planungsrelevante Qualitätsindikatoren, ist das IQTIG zuständig, die statistisch auffälligen Kliniken zu beurteilen. Dann heißt die Bewertung aber nicht „auffällige Qualität“, sondern „unzureichende Qualität“.



II/4 Welche Qualitätsindikatoren gibt es im Bereich Geburtshilfe?

Die zurzeit aktuellen Qualitätsberichte beziehen sich auf das Erfassungsjahr 2018. Für das Erfassungsjahr 2018 gab es in der Geburtshilfe acht Qualitätsindikatoren und eine Indikatorengruppe zur Übersäuerung des Blutes („Azidose“) bei Einlingen.

Sechs der Indikatoren und die Ergebnisse der Indikatorengruppe zur Azidose wurden in den Qualitätsberichten 2018 veröffentlicht. Eine genaue Auflistung dieser Indikatoren findet sich in der Bundesauswertung Geburtshilfe des IQTIG [15]. Wir haben in diesem Investigative den Fokus auf die klassische Geburtshilfe gelegt. Es geht um Kinder, die ungefähr zum errechneten Geburtstermin auf die Welt kommen. Den speziellen Bereich der Frühgeborenen-Geburtshilfe haben wir außen vorgelassen.

Nach Gesprächen mit Fachärztinnen und Fachärzten für Geburtshilfe und der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung in Hessen sind vier Indikatoren für Geburten am Termin relevant:

- ▶ **Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindungen**
Zur Vorbeugung von Infektionen soll der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt ein Antibiotikum gegeben werden. Die Zahl der Fälle, in denen das nicht geschieht, wird ins Verhältnis zur Zahl aller Kaiserschnitte gesetzt. Als auffällig gilt eine Klinik, die das in weniger als 90 Prozent aller Fälle schafft.
- ▶ **E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten**
Der Zeitraum zwischen der Entscheidung, einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen, und der Geburt des Kindes darf nicht länger als 20 Minuten sein. Für diesen Indikator gibt es keine Referenzwert. Jeder Notkaiserschnitt, bei dem die E-E-Zeit von 20 Minuten überschritten wird, gilt als auffällig und muss überprüft werden.
- ▶ **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten (risikoadjustiert)**
Zwei Zahlen werden ins Verhältnis gesetzt: Die tatsächliche Anzahl der Kaiserschnitte und die Anzahl der Kaiserschnitte, die für die jeweilige Klinik erwartet wurde. Die erwartete Zahl wird speziell für jede Klinik berechnet. Dafür wird zuvor analysiert, wie groß das Risiko der Patientinnen war, per Kaiserschnitt zu entbinden. Dafür werden zahlreiche gut erforschte Risikofaktoren einbezogen, wie zum Beispiel Alter und Erkrankungen der Schwangeren und die Lage des Kindes. Die Zahl der tatsächlich aufgetretenen Kaiserschnitte wird durch die Zahl der erwarteten Kaiserschnitte geteilt. Ein Ergebnis von 1 heißt: Die Anzahl der tatsächlich durchgeführten Kaiserschnitte ist genauso wie erwartet. Eine Zahl von 1,2 bedeutet: Es wurden zwanzig Prozent mehr Kaiserschnitte durchgeführt als erwartet. Eine Klinik gilt ab einem Wert von 1,23 als rechnerisch auffällig.
- ▶ **Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (risikoadjustiert)**
Dieser Index zählt Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befinden. Bei der Auswertung werden individuelle Risiken von Mutter und Kind (z.B. Vorerkrankungen) berücksichtigt – ähnlich wie bei der risikoadjustierten Kaiserschnitttrate. Es gilt ebenso wieder: Bei einem Wert von 1 ist die Anzahl der tatsächlich gezählten verstorbenen oder gesundheitlich beeinträchtigten Kinder genauso wie nach den Risikofaktoren erwartet wurde. Bei einem Wert von 2 ist die tatsächliche Anzahl doppelt so hoch wie erwartet. Als auffällig gilt eine Klinik bei einem Wert von über 2,32.

II/5 Datenanalyse der Qualitätsindikatoren: Wie schneiden die Kliniken ab?

Das Science Media Center hat mit Unterstützung der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen die Bewertungen der Geburtskliniken für die vier oben genannten Qualitätsindikatoren analysiert. Datenquelle sind die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser (SQB) für das



Jahr 2018. Sie enthalten die zurzeit aktuellen Daten zur Qualitätssicherung. Die SQB von 2019 enthalten bislang noch keine Qualitätsergebnisse. Sie sollen Mitte des Jahres nachgereicht werden. Als Grund gibt der Gemeinsame Bundesausschuss Verzögerungen wegen der Corona-Pandemie an. Als Informationsquelle für Eltern sind die Ergebnisse von 2018 mit Vorsicht zu interpretieren.

Durch die Analyse der SQB wurden 686 Krankenhäuser gefunden, die 2018 eine Abteilung für Geburtshilfe hatten.

Bei den meisten Qualitätsindikatoren finden sich in den SQB zwei unterschiedliche Ergebnisse: Zum einen wird ein rechnerisches Ergebnis angegeben, zum anderen die Bewertung dieser rechnerischen Ergebnisse durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung bzw. durch das IQTIG. Konzept der Qualitätssicherung ist es, anhand rechnerischer Auffälligkeiten auf mögliche Qualitätsprobleme bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten aufmerksam zu werden. Fällt eine Klinik rechnerisch auf, sollen die zuständigen Institutionen durch Nachforschungen prüfen, ob es sich tatsächlich um Qualitätsmängel handelt – oder lediglich um einen rechnerischen Ausreißer oder einen Dokumentationsfehler, der begründet werden kann. Die Kliniken sollen also nicht allein wegen eines Rechenergebnisses als auffällig dargestellt werden - sondern aufgrund der Einschätzung von Fachleuten. Deshalb haben wir in dieser Analyse lediglich die Bewertungen der zuständigen Institutionen einbezogen.

Für die Bewertungen gibt es ein standardisiertes Schema, das sieben Kategorien umfasst [16, S. 21.]. Darunter sind eindeutige Kategorien wie „Ergebnis liegt im Referenzbereich“ und „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig“. Daneben gibt es aber auch Kategorien, die keine eindeutige Aussage zur Versorgungsqualität erlauben. Wir haben die sieben Kategorien nach Rücksprache mit der Landesstelle für Qualitätssicherung in Hessen in drei Klassen eingeteilt:

- ▶ **Qualitativ unauffällig**
Hierunter fallen Ergebnisse, die rechnerisch unauffällig waren und damit „im Referenzbereich“ lagen und Ergebnisse, die nach Prüfung durch den Strukturierten Dialog als unauffällig eingestuft wurden
- ▶ **Qualitativ auffällig**
Diese Klasse enthält ausschließlich Qualitätsergebnisse, die nach Prüfung durch den Strukturierten Dialog als „qualitativ auffällig“ bezeichnet wurden.
- ▶ **Keine eindeutige Bewertung möglich**
Diese Klasse umfasst alle Fälle, in denen für die Behörden die Bewertung einer Klinik wegen fehlerhafter Dokumentation der Klinik nicht möglich war. Zum Beispiel, wenn zu viele Daten fehlen. Zu dieser Klassen zählen wir ebenfalls alle Fälle, in denen die Kliniken rechnerisch auffällige Ergebnisse hatten, aber von den Behörden nur einen „Hinweis“ bekamen. Denn das bedeutete im Verfahren der Qualitätssicherung: Es findet kein Strukturiertes Dialog statt. Die Ursache für das schlechte Ergebnis wird demnach nicht geklärt. Eine Bewertung gibt es nicht. Das rechnerisch schlechte Ergebnis ist möglicherweise durch spezielle Umstände erklärbar – und es gibt keine Qualitätsmängel. Möglicherweise stecken aber auch echte Qualitätsmängel dahinter.

Zu dieser Klasse „keine eindeutige Bewertung möglich“ zählen wir auch die wenigen Fälle, in denen der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen war, als die Qualitätsberichte veröffentlicht wurden.

Genauere Angaben dazu finden Sie im Kapitel VI („Daten und Methoden“).

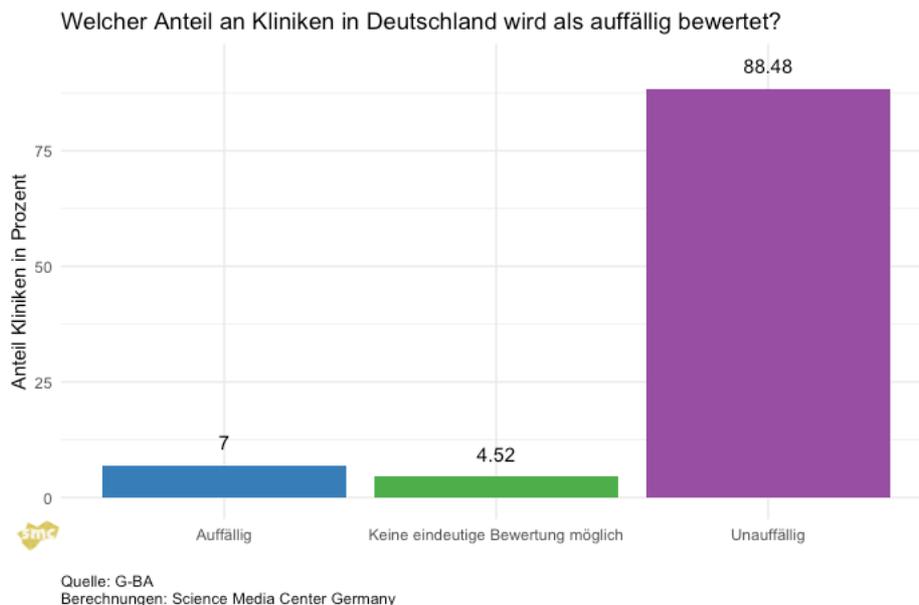


a) Datenanalyse: Die Ergebnisse der Qualitätssicherung auf Bundesebene

Die Analyse der SQB von 2018 ergibt, dass auf Bundesebene von den 686 Abteilungen für Geburtshilfe 607 (88,5 Prozent) bei keinem der vier Qualitätsindikatoren auffällig sind.

48 Kliniken (7 Prozent) waren bei mindestens einem Indikator auffällig – die zuständigen Institutionen haben also Qualitätsmängel festgestellt.

31 Kliniken (4,5 Prozent) haben mindestens bei einem Indikator eine Bewertung erhalten, die keine klare Aussage über die Versorgungsqualität erlaubt. In den meisten Fällen lag das daran, dass die Kliniken rechnerische Auffälligkeiten aufwiesen, denen aber nicht nachgegangen wurde. Sie gelten damit nicht als auffällig – sind aber eben auch nicht eindeutig qualitativ unauffällig. Zwei Kliniken, die Rotkreuzklinik in Wertheim und das Ortenau-Klinikum Offenbach-Gengenbach, haben bei allen vier Indikatoren Bewertungen erhalten, die keine klare Aussage über den Qualitätsstandard zulassen. Grund waren laut der Qualitätsberichte in beiden Fällen Dokumentationsmängel.



Schaut man auf die einzelnen Indikatoren, wird deutlich, dass bei den einzelnen Indikatoren nur sehr wenigen Kliniken „auffällige“ Qualität bescheinigt wird. Dennoch zeigen sich Unterschiede zwischen den Indikatoren.

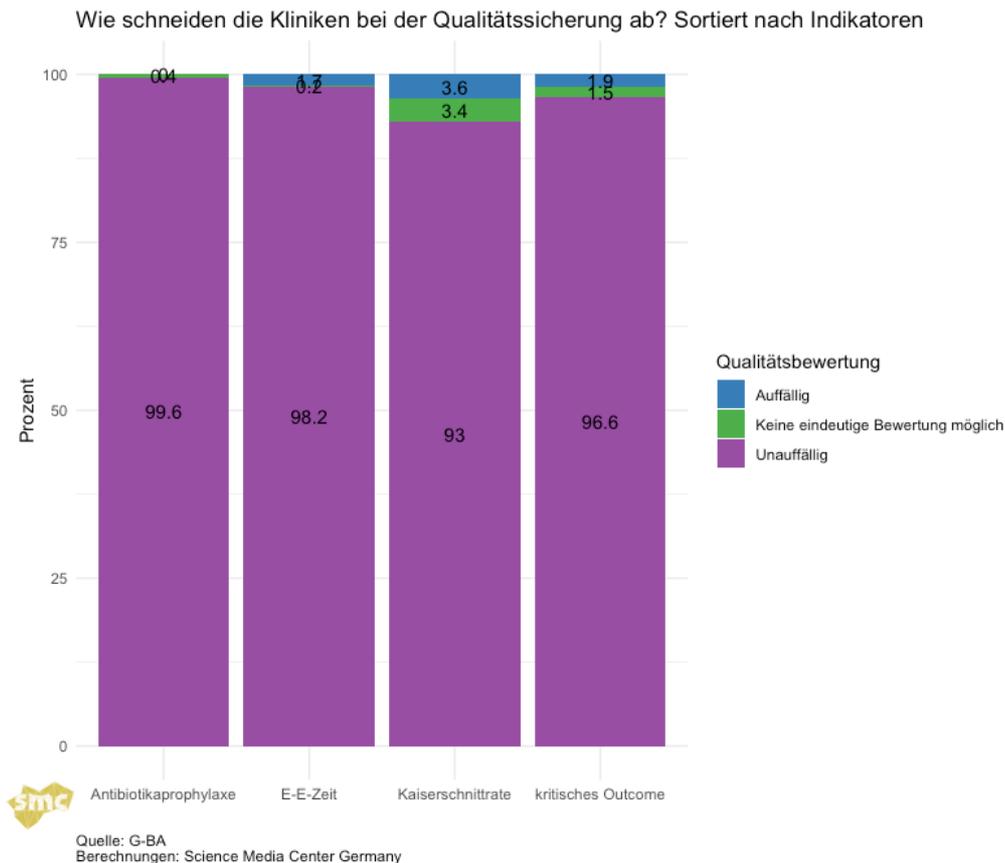
Bei dem Indikator für die Antibiotikaphylaxe vor oder nach dem Kaiserschnitt wurde bundesweit keine Klinik als auffällig bewertet. In 683 Abteilungen für Geburtshilfe wurde nach den vorliegenden Daten jeder Frau eine Antibiotikaphylaxe verabreicht, die per Kaiserschnitt geboren hat. Drei Kliniken (0,4 Prozent) haben keine eindeutigen Bewertungen erhalten.

Bei dem Indikator zur E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitten wurden insgesamt nur 661 Kliniken bewertet, in den übrigen 25 Geburtskliniken sind keine Notfallkaiserschnitte durchgeführt worden. Von den 661 bewerteten Kliniken waren 649 (98,2 Prozent) unauffällig. 11 Kliniken (1,7 Prozent) wurden als auffällig eingestuft. Eine Klinik (0,2 Prozent) konnte wegen Dokumentationsfehlern nicht bewertet werden.

Der riskoadjustierte Indikator zum kritischen Gesundheitszustand bei Neugeborenen führte bei 13 Kliniken (1,9 Prozent) zur Bewertung „auffällige Qualität“. Zehn Kliniken (1,5 Prozent) erhielten Bewertungen, die kein eindeutiges Urteil zum Qualitätsstandard erlauben. Bei den meisten Kliniken (663/96,6 Prozent) wurden keine Qualitätsmängel festgestellt.



Bei dem risikoadjustierten Indikator zur Kaiserschnitttrate wurden am häufigsten Qualitätsmängel festgestellt. 25 Kliniken (3,6 Prozent) erhielten die Bewertung „auffällige Qualität“. 23 weitere Kliniken (3,4 Prozent) erhielten Bewertungen, die keine klare Aussage über die Qualität erlauben. 638 Kliniken (93 Prozent) wurden als unauffällig eingestuft.



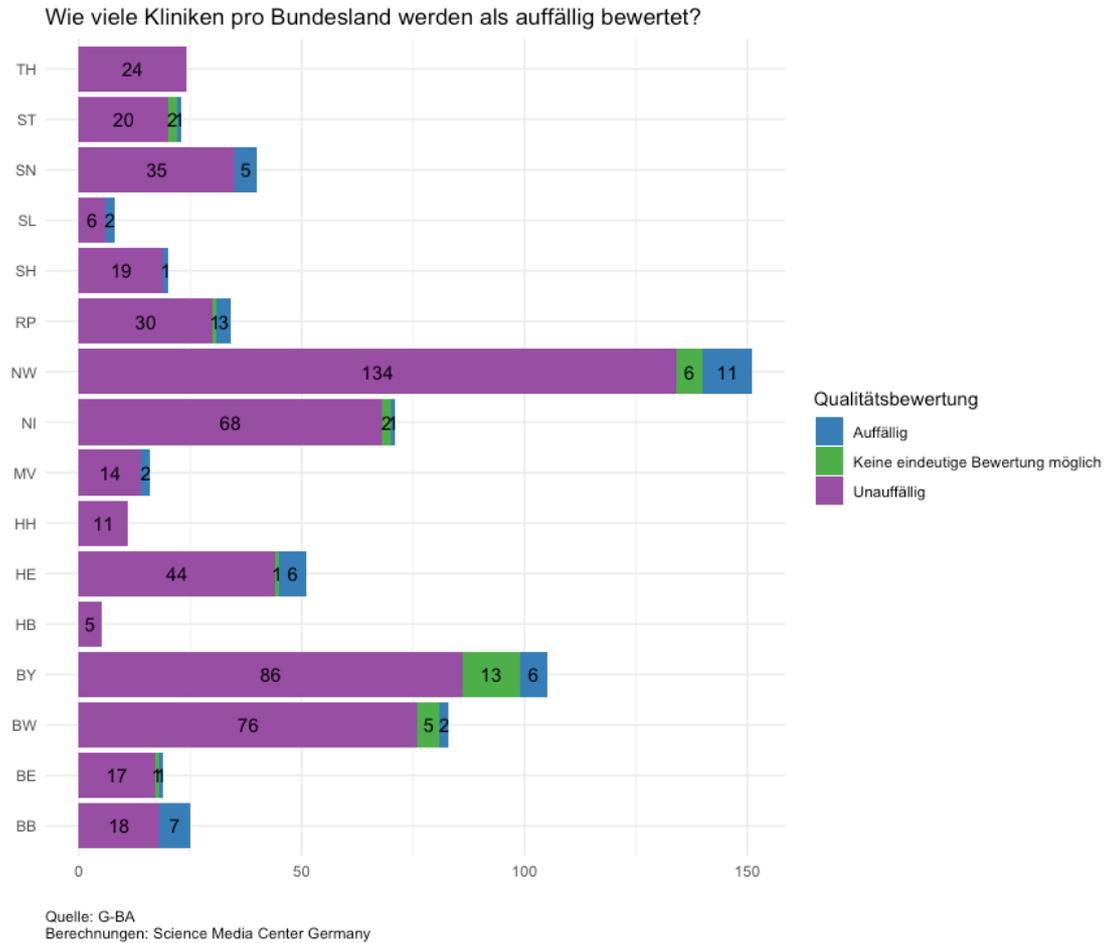
b) Datenanalyse: Die Ergebnisse der Qualitätssicherung auf Länderebene

Vergleicht man die Daten der Kliniken nach Bundesland, zeigen sich Unterschiede und ein uneinheitliches Bild. Während Bremen, Hamburg und Thüringen gar keine Kliniken mit auffälligen Indikatoren verzeichnen, sind in Brandenburg 7 von 25 Kliniken (28 Prozent) bei mindestens einem Indikator auffällig, im Saarland 2 von 8 Kliniken (25 Prozent) und in Mecklenburg-Vorpommern 2 von 16 Kliniken (12,5 Prozent).

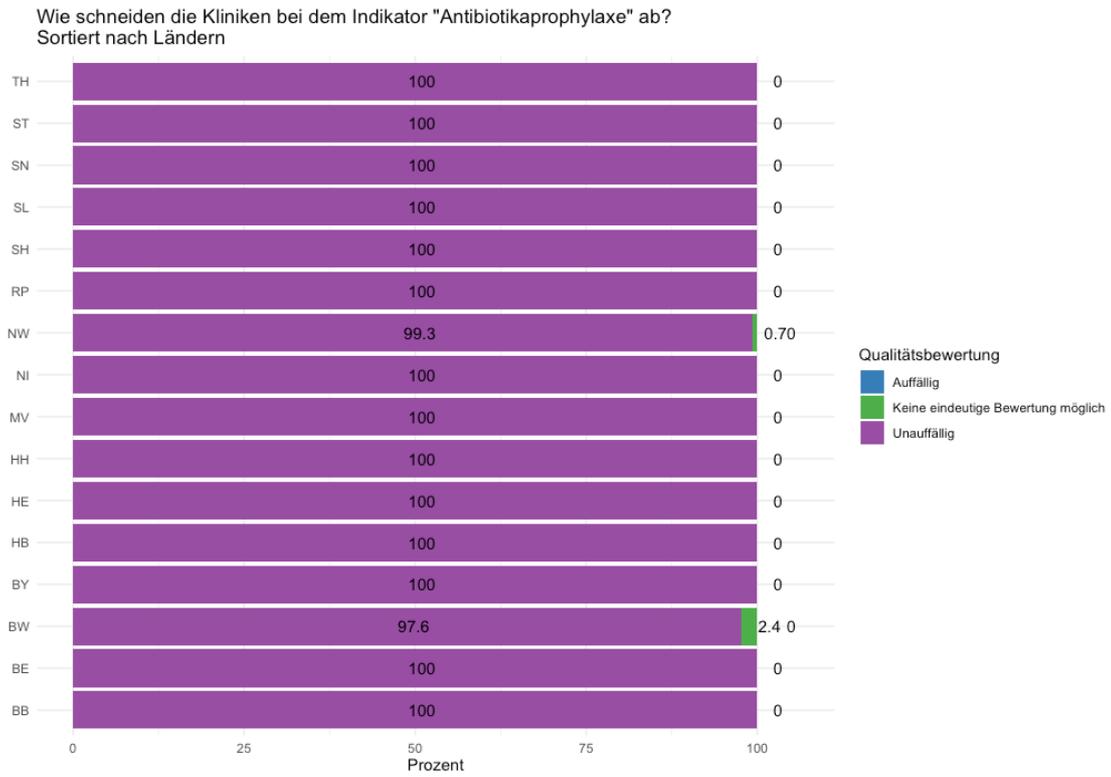
Ein weiterer Aspekt verdient eine Erwähnung: In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, dem Saarland und Sachsen-Anhalt gibt es keine Kliniken, die in die Kategorie „keine eindeutige Bewertung möglich“ fallen. Das heißt: Jede rechnerisch auffällige Klinik wurde geprüft und bewertet. In Bayern dagegen bleiben 12,4 Prozent aller Kliniken unbewertet. Das sind im Bereich Geburtshilfe fast 70 Prozent aller rechnerisch auffälligen Kliniken (13 von 19 Kliniken). Ein Grund dafür könnte die große Anzahl von Geburtskliniken in Bayern sein (105), für die möglicherweise das Personal der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung nicht ausreicht. Allerdings ist in den anderen Bundesländern mit hoher Klinikzahl die Rate an unbewerteten Kliniken deutlich geringer: In Nordrhein-Westfalen mit insgesamt 151 Kliniken sind es 4 Prozent, in Baden-Württemberg mit 83 Kliniken sind es 6 Prozent, in Niedersachsen mit 71 Kliniken knapp



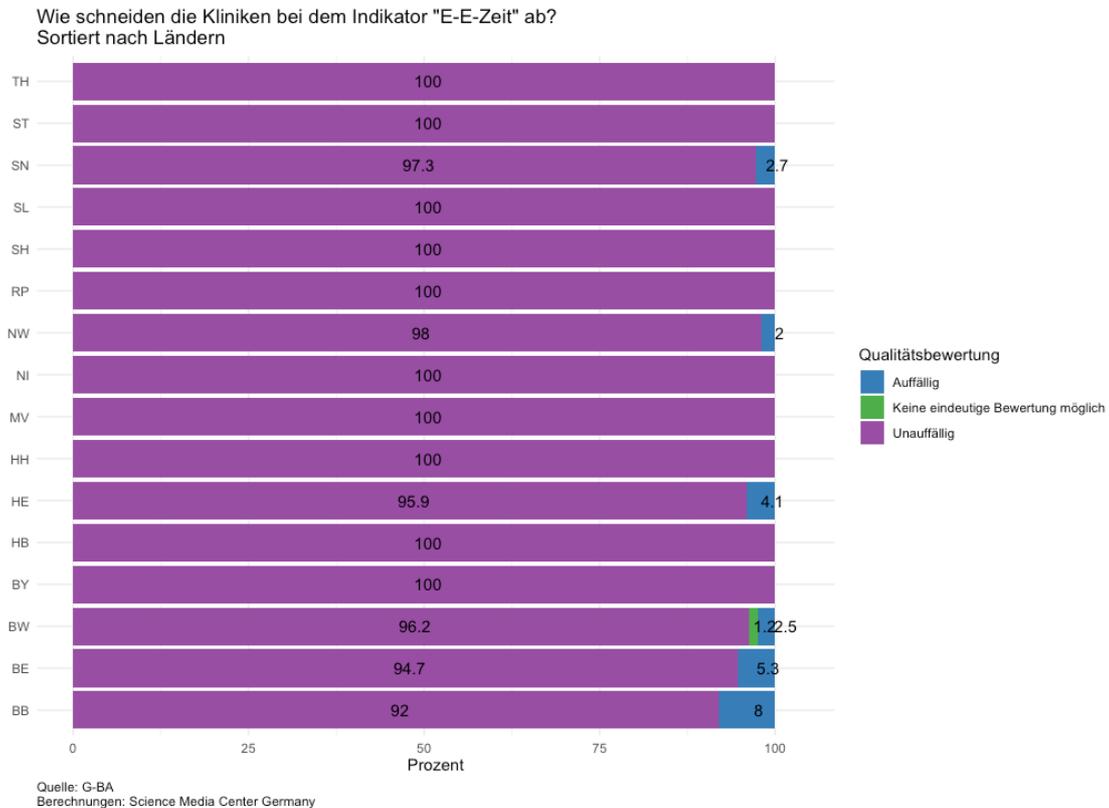
unter 3 Prozent. Hier zeigt sich, dass die Länder bei der Bewertung der Kliniken offenbar unterschiedlich vorgehen.



Ein Blick auf die Klinikergebnisse pro Indikator zeigt genauer, wo die Länder so weit auseinander liegen. Bei der Verabreichung der Antibiotikaphylaxe gibt es keine Kliniken, die den gesetzlich vorgeschriebenen Referenzwert verfehlen. In Baden-Württemberg gibt es zwei und in Nordrhein-Westfalen eine Klinik, die aufgrund von Dokumentationsmängeln nicht eindeutig bewertet werden können.



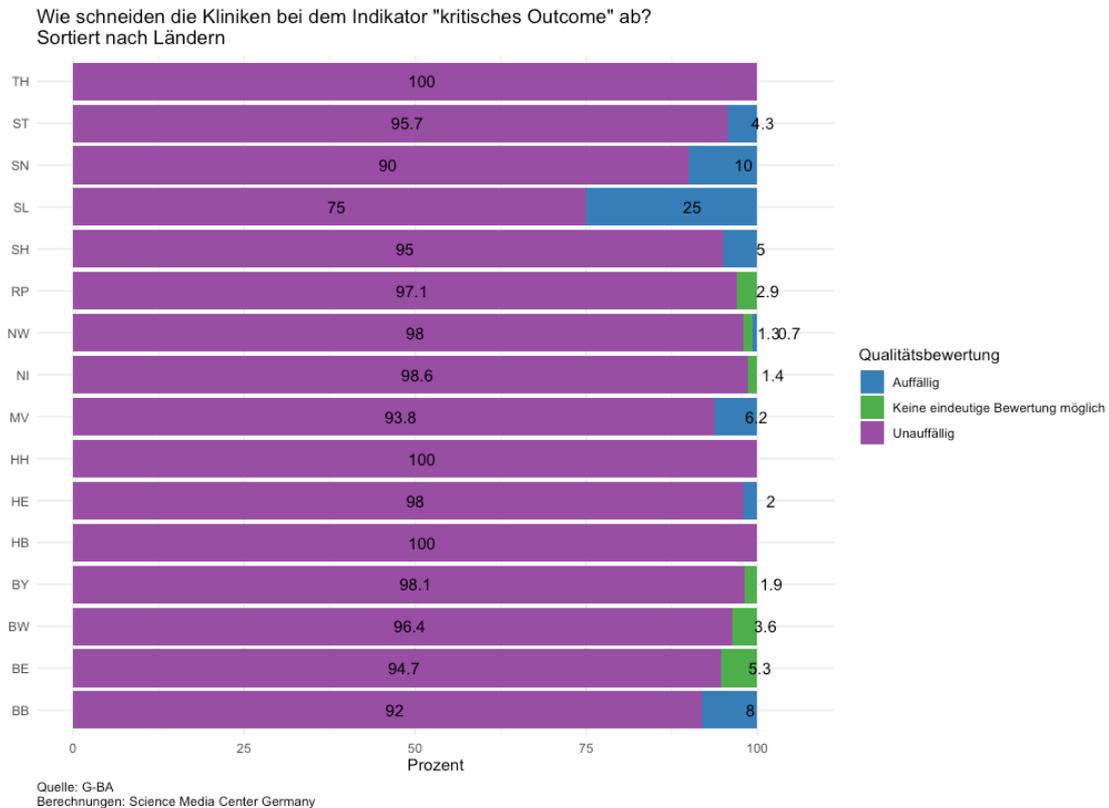
Bei dem Indikator „E-E-Zeit beim Notkaiserschnitt“ scheinen dagegen Unterschiede erkennbar. In zehn Bundesländern wurden keine Kliniken als auffällig bewertet. In Brandenburg aber sind es 8 Prozent, in Berlin rund 5, in Hessen 4 Prozent. Sachsen, NRW und Baden-Württemberg weisen ebenfalls auffällige Kliniken auf.



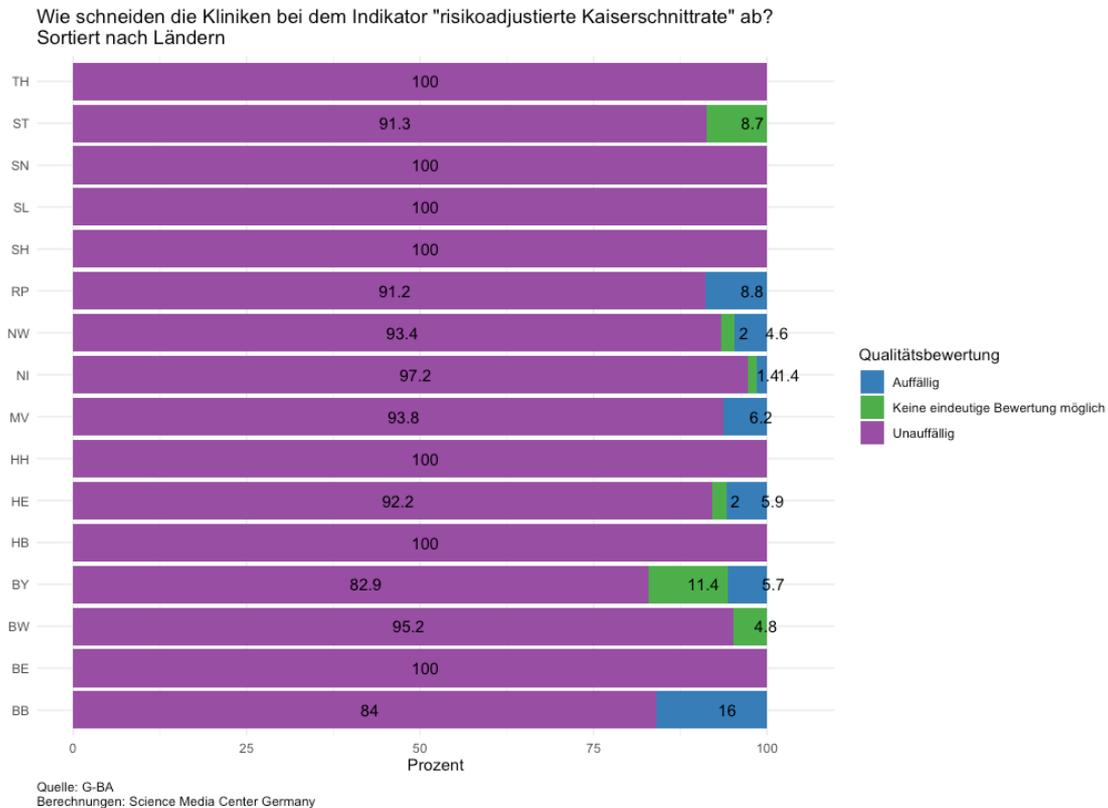
Tatsächlich aber zeigen die absoluten Zahlen, dass nur eine geringe Anzahl an Kliniken hinter diesen Prozentsätzen stehen:

- ▶ **In Brandenburg: 2 Kliniken (8 Prozent)**
- ▶ **In Berlin: 1 Klinik (5 Prozent)**
- ▶ **In Hessen: 1 Klinik (4 Prozent).**

Auch beim kritischen Outcome – dem schlechten Gesundheitszustand der Neugeborenen – schneiden die Bundesländer unterschiedlich ab. In drei Bundesländern wurden keiner Klinik Qualitätsprobleme nachgewiesen: in Thüringen, Hamburg und Bremen. Besonders auffällig ist der hohe Wert im Saarland von 25 Prozent. Aber auch hier relativieren die absoluten Zahlen die Prozentsätze: Hinter den 25 Prozent stehen in dem kleinen Land mit 8 Geburtskliniken 2 Kliniken. Die nächst höchsten Werte weisen Sachsen mit 10 Prozent (4 Kliniken) und Brandenburg mit 8 Prozent auf (2 Kliniken). In Mecklenburg-Vorpommern wurden 6,25 Prozent der Kliniken als auffällig bei dem Indikator kritisches Outcome bewertet. Das ist 1 Klinik.



Bei der risikoadjustierten Kaiserschnitttrate hat die Bundesübersicht die meisten Auffälligkeiten gezeigt. In sieben Bundesländern gibt es keine Klinik, die den festgesetzten Toleranzbereich überschritten hat. Die höchste Rate an Kliniken, die als „auffällig“ bewertet wurden, hat Brandenburg mit 16 Prozent (4 Kliniken). Es folgt Rheinland-Pfalz mit 8,8 Prozent (3 Kliniken) und Mecklenburg-Vorpommern mit 6,25 Prozent (1 Klinik). Bei diesem Indikator fällt außerdem auf, dass Bayern und Sachsen-Anhalt viele Kliniken nicht eindeutig beurteilt hat: In Bayern sind das 11,4 Prozent (12 Kliniken) und in Sachsen-Anhalt 8,7 Prozent (2 Kliniken). Dahinter stehen zum größten Teil Kliniken, die zwar eine zu hohe Kaiserschnitttrate aufwiesen – bei denen die Landesstellen für Qualitätssicherung aber nicht geklärt haben, ob die Kliniken Qualitätsmängel haben.



II/6 Wie aussagekräftig sind die Analyseergebnisse?

Auf den ersten Blick scheinen die Daten zwei wichtige Ergebnisse zu liefern: Zum einen bietet offenbar eine überwältigende Anzahl von Kliniken in der Geburtshilfe gute – oder um mit den Worten des IQTIG zu sprechen – „zureichende Qualität“. Zum anderen gibt es anscheinend auf Ebene der Bundesländer Unterschiede. Fragt man Fachleute, sollten aber beide Ergebnisse aus mehreren Gründen vorsichtig interpretiert werden. Wir fassen die wichtigsten Gründe im Folgenden zusammen.

a) Die gemessenen Indikatoren bilden die Qualität einer Klinik nur bruchstückhaft ab

Alle Expertinnen und Experten erklärten übereinstimmend: Die gemessenen Indikatoren seien zum Teil zwar aussagekräftig. Die Gesamtqualität einer Geburtsklinik aber lasse sich damit nicht abbilden.

So erklärte **Dr. Björn Misselwitz, der die Landesstelle für Qualitätssicherung in Hessen leitet:**

„Aus unseren Erfahrungen aus Hessen kann ich sagen: Wenn Sie beim kritischen Outcome ein auffälliges Ergebnis haben, dann steckt tatsächlich meistens auch ein Problem dahinter. Wir nehmen diesen Parameter sehr ernst, er ist sehr wertvoll und oft auch ein Warnzeichen. Man nennt das „hoher positiver Vorhersagewert“, das heißt, wenn hier eine Klinik rechnerisch auffällt, ist sie häufig auch qualitativ auffällig.“

„Das Gleiche gilt für die Kaiserschnitttrate. Es gibt selbstverständlich Schwangere, die einen Wunsch-Kaiserschnitt möchten. Aber wenn Sie eine Klinik mit einer Kaiserschnitttrate von 50 Prozent haben, dann kann da in der Klinik etwas nicht stimmen. Wir haben das mit Daten sehr gut durchgearbeitet und durchgerechnet, und wir haben tatsächlich bei allen Häusern, die in Hessen bei der Kaiserschnitttrate über dem Referenzbereich liegen, überall auch Qualitätsprobleme



festgestellt. Zum Beispiel Hebammenmangel oder fehlende Absprachen zwischen Hebammen und den Ärzten.

Dr. Dagmar Hertle, die bis 2019 beim IQTIG gearbeitet und sich dabei intensiv mit den Qualitätsindikatoren auseinandergesetzt hat, erklärte dem SMC:

„Die Qualität einer Geburtsklinik kann mit diesen vier Indikatoren nicht beurteilt werden, da sie nur einen sehr kleinen Ausschnitt aus den Aspekten darstellen, die die Qualität einer Fachabteilung ausmachen. Das IQTIG selbst benennt im Rahmenkonzept seines Methodenpapiers hinsichtlich der grundsätzlichen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung die Qualitätsdimensionen Wirksamkeit, Patientensicherheit, Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten, Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit, Angemessenheit, Koordination und Kontinuität und schreibt `Das IQTIG versteht diese Qualitätsdimensionen als einander ergänzende grundlegende Anforderungen, die die Versorgung gleichzeitig erfüllen soll´ [17]. Die vier Indikatoren sind weit davon entfernt, auch nur eine dieser Dimensionen ausreichend abzubilden.

Dr. Patricia Van de Vondel, Chefärztin der Frauenklinik am Krankenhaus Porz in Köln, hat täglich mit Geburten zu tun. Sie sagt:

„Es fehlen Angaben dazu, wie viel Personal vor Ort ist. Sind genug Hebammen da? Wie oft ist eine Eins- zu-Eins-Betreuung möglich? Sind immer Geburtshelfer vor Ort? Ist immer ein Kinderarzt da? Und es fehlen auch medizinische Indikatoren, die die Gebärende in den Blick nehmen. Bislang geht es nur um das Kind. In meinen Augen wäre ein guter Indikator zum Beispiel der Blutverlust unter der Geburt. Das kann man auch im Nachhinein mit der Überprüfung der Blutwerte gut erfassen. Oder auch: der Verlust der Gebärmutter.“

Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Hebammenwissenschaftlerin an der Hochschule für Gesundheit in Bochum fehlen in der Qualitätssicherung Angaben dazu, wie häufig in einer Klinik in die Geburten mit unterschiedlichen medizinischen Maßnahmen eingegriffen wird.

„Eltern sollten etwas über die Rate an interventionsarmen Geburten bei niedrigem Ausgangsrisiko erfahren – also: Wie viele unkomplizierte Geburten kommen in einer Klinik ohne Wehenmittel, Dammschnitt oder Periduralanästhesie aus. (...) In der Geburtshilfe sind nicht viele Interventionen, sondern eher wenige Interventionen Ausdruck einer guten Geburtshilfe. Vor allem bei Geburten mit niedrigem Ausgangsrisiko. Aus Studien weiß man, dass dies am verlässlichsten durch eine Eins-zu-Eins Betreuung erreicht wird.“

Prof. Dr. Max Geraedts, Versorgungsforscher an der Universität Marburg, der seit vielen Jahren die Methoden und Ergebnisse der Qualitätssicherung erforscht, kommt zu dem Schluss:

„Es fehlt die Patientenzentrierung, die in Form von Behandlungsergebnissen und Erfahrungen gemessen werden. Dafür müssten Patienten befragt werden. Man nennt das PROMs und PREMs: `patient reported outcome measures´ und `patient reported experience measures´. Ein positives Geburtserlebnis, keine kurz- und langfristigen mütterlichen Schäden durch die Geburt, eine gelungene Stillberatung und Ähnliches sind Aspekte, die bisher in der Betrachtung fehlen.“

b) Die gemessenen Indikatoren bilden kaum Unterschiede ab

Unsere Analyse-Ergebnisse zeigen, dass bei den vier Indikatoren zur Geburt am Termin jeweils nur wenige Kliniken auffällig sind. Am meisten sind es beim Kaiserschnitt: 3,6 Prozent. Es folgt der Indikator zum „kritischen Outcome“ – also für den schlechten Gesundheitszustand Neugeborener mit 1,9 Prozent. Bei der Zeit für den Notfallkaiserschnitt sind 1,7 Prozent auffällig – und bei der Antibiotikaphylaxe im Rahmen von Kaiserschnittgeburten keine Klinik.



Prof. Dr. Max Geraedts: „Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die genutzten Qualitätsindikatoren nur eine eingeschränkte sogenannte `Diskriminationsfähigkeit` besitzen. Das bedeutet: Sie bilden kaum Unterschiede ab. Die Diskriminationsfähigkeit ist ein wichtiges Gütekriterium für Qualitätsindikatoren. Insofern sind die Indikatoren also zu überarbeiten.“

Dr. Patricia Van de Vondel: „Ich denke, dass man mit Hilfe dieser Indikatoren tatsächlich schlechte Kliniken finden kann, die wirklich qualitativ auffällig sind. Eine Klinik, die einen Notkaiserschnitt nicht in 20 Minuten hinbekommt, ist geburtshilflich fragwürdig. Das muss man klar so sagen. Dasselbe gilt für das kritische Outcome bei Neugeborenen. Wenn eine Klinik bei diesem Indikator auffällig wird, kann da irgendetwas nicht stimmen. Sie können also wahrscheinlich Kliniken finden, die man nicht empfehlen möchte. Aber wir haben keine Möglichkeit zwischen exzellent, sehr gut, gut und mittelmäßig zu unterscheiden. Die kommen alle in den großen Topf `unauffällig`. Es gibt selbstverständlich große Unterschiede, aber die werden nicht sichtbar.“

c) Die Bewertungsmaßstäbe in den Ländern sind unterschiedlich

Die Bundesländer handhaben den sogenannten „Strukturierten Dialog“ - also die Diskussion mit den Kliniken und deren anschließende Bewertung - höchst unterschiedlich. Das zeigt der jährlich dazu erscheinende Bericht des IQTIG. So verschickte die Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung in Bayern im Jahr 2018 bei sechzig Prozent aller auffälligen Ergebnisse lediglich einen sogenannten „Hinweis“ an die Kliniken [16, S. 30]. Das bedeutet: Damit ist die Angelegenheit abgeschlossen. Ein Strukturierter Dialog, der klären soll, ob Qualitätsmängel hinter den schlechten Ergebnissen stecken, findet nicht mehr statt. In diesen Fällen kann auch nicht mehr die Bewertung „auffällig“ oder „unauffällig“ abgegeben werden. Für den Bereich Geburtshilfe hat diese Analyse gezeigt, dass in Bayern sogar rund 70 Prozent der rechnerisch auffälligen Kliniken nicht bewertet wurden. In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt und im Saarland dagegen wurden im Bereich Geburtshilfe alle Geburtskliniken bewertet.

Dr. Björn Misselwitz ergänzt, dass es in den Bundesländern nicht nur Unterschiede bei der Entscheidung gibt, ob eine Klinik bewertet wird. Sondern auch darin, wie diese Bewertungen ausfallen:

„In den unterschiedlichen Bundesländern bewerten natürlich unterschiedliche Experten die Kliniken. In Hessen läuft es so: Wir bekommen in unserem Expertengremium die anonymisierten Stellungnahmen der Krankenhäuser. Diese werden dann von den Experten bewertet in `auffällig` oder `unauffällig`. Und es gibt in einigen Ländern Expertengremien, die – oft aus organisatorischen oder strukturellen Gründen - damit etwas weniger stringent umgehen und weniger Kliniken als auffällig bewerten als andere. Da gibt es keine klaren Leitlinien, wie die Bewertung stattzufinden hat. Deshalb gibt es eine gewisse Unterschiedlichkeit in der Bewertung auffälliger Ergebnisse zwischen den Ländern.“

So ist es nicht verwunderlich, dass die Anzahl der „auffälligen“ Kliniken von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich ist.

d) Die Validität der Daten ist schwer zu beurteilen

Ein Grundproblem der Qualitätssicherung ist, dass die Kliniken die Daten selbst erheben. Dieses Prozedere ist komplex. Für jeden Indikator müssen zahlreiche Fragen in den Qualitätssicherungsbögen beantwortet werden.



Immer wieder kommt es beim Ausfüllen der Bögen zu Fehlern. Das zeigte eine Analyse des Kompetenz-Centrums Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (KCQ), das Daten des aQUA-Instituts zur Dokumentationsqualität von 2011 bis 2014 ausgewertet hatte [18]. In diesen vier Jahren hatte das aQUA-Institut in insgesamt rund 9300 Fällen die Angaben der Kliniken in den Qualitätssicherungsbögen mit den entsprechenden Patientenakten abgeglichen. Insgesamt, so stellten die Autorinnen und Autoren der KCQ-Studie fest, war rund ein Drittel der Angaben in den Bögen „verbesserungsbedürftig“ [18, S. 2]. Sie stellten zudem fest, dass die Kliniken rund ein Drittel von 775 untersuchten sogenannten „unerwünschten Ereignissen“ (außer Todesfällen) in der Qualitätssicherung nicht angegeben hatten – obwohl sie in den Krankenakten dokumentiert waren. Die Kliniken hatten also negative Ereignisse weggelassen und sich damit besser dargestellt als sie waren. Es wurden aber im Gegenzug auch 121 unerwünschte Ereignisse in den Qualitätssicherungsbögen gefunden – die wiederum gar nicht in den Krankenakten vermerkt waren. In diesen Fällen hatten sich die Kliniken also schlechter dargestellt als sie waren.

Die Forschenden kamen daher zu dem Schluss, dass die Ergebnisse der Qualitätssicherung „in problematischem Ausmaß“ verzerrt sind [18, S. 3]. Und zwar einerseits offenbar unabsichtlich – da die Kliniken ihre Behandlungsergebnisse zum Teil schlechter darstellten als sie laut Krankenakte waren. Die Autorinnen und Autoren nehmen an, dass dafür „missverständliche Dokumentationsanforderungen“ oder „Nachlässigkeit“ die Ursache sein könnten. Sie machten aber deutlich, dass die Kliniken ihre Behandlungsergebnisse deutlich häufiger zu positiv als zu negativ darstellen.



Der Abgleich der Qualitätssicherung-Daten mit Krankenakten gehört zum Prozess der Datenvalidierung in der Qualitätssicherung und wird jedes Jahr stichprobenartig in den Kliniken durchgeführt. Expertinnen und Experten haben uns allerdings darauf hingewiesen, dass bei solchen Stichproben der Eintrag in die Krankenakte als wahr angenommen werden muss – denn er ist nicht mehr zu überprüfen. Schon bei diesem Eintrag aber passierten häufig Fehler – bewusst oder unbewusst.

So schreibt **Dr. Michael Scheele, ehemaliger Chefarzt einer geburtshilflichen Abteilung in Hamburg:** „Wir müssen davon ausgehen, dass Menschen – auch in Krankenhäusern - in der Selbstbeurteilung ein möglichst positives Ergebnis darstellen wollen. Daher können die Ergebnisse nicht als objektiv angesehen werden. Damit soll nicht unterstellt werden, dass sie bewusst gefälscht werden.“

Die **Hebammenwissenschaftlerin Prof. Dr. Rainhild Schäfers** erklärt:

„Die Dokumentation zum eigenen Vorteil kommt sicherlich in spezifischen Situationen vor. Hier berufe ich mich auf eigene Erfahrungen sowie auch auf Erfahrungsberichte von Kolleg*innen. So werden beispielsweise mitunter Dammrisse dritten Grades als Dammrisse zweiten bis dritten Grades dokumentiert, um so dem Strukturierten Dialog in der Qualitätssicherung zu entgehen. Die sogenannte „E-E Zeit“ wird oft erst im Nachhinein rekapituliert und unterliegt einer gewissen Schätzung.“

Eine **Chefärztin für Geburtshilfe**, die anonym bleiben will, stellt fest:

„Jede Statistik ist so gut wie die Daten, die eingegeben werden. Der APGAR (Punktwert für den Gesundheitszustand des Babys, der in den Index „kritisches Outcome“ einfließt; Anm. der Red.) ist mehr oder weniger subjektiv. Den kann man beschönigen. Auch der Nabelschnurarterien-PH-Wert ist nur scheinbar objektiv. Da steht ein echtes Messergebnis. Aber: Es gibt Mittel und Wege, das Ergebnis zu beeinflussen. Man kann zum Beispiel ein bisschen Pufferflüssigkeit in die Spritze mit dem Nabelschnurarterienblut mit aufziehen. Dann wird das Ergebnis besser. Oder man sticht in die Arterie und dann zwei Millimeter weiter in die Vene und vermischt das Blut - weil ja der PH-Wert in der Vene höher ist als in der Arterie. Es gibt fast immer Mittel und Wege, Ergebnisse zu beschönigen, die niemand nachweisen kann. Ich will nicht behaupten, dass es das gibt. Aber es würde mich nicht wundern. Das heißt: Diese Daten sind nur bedingt nachvollziehbar und insofern auch nur bedingt zuverlässig. Vielen Kliniken geht es darum, den Behörden nicht aufzufallen.“

Mehrere Experten haben auch daran erinnert: Viele der Indikatoren in der Geburtshilfe sind inzwischen nicht mehr nur einfache Qualitätsindikatoren, sondern auch planungsrelevante Qualitätsindikatoren, die den Bundesländern helfen sollen, Kliniken mit schlechten Ergebnissen aus dem Krankenhausplan zu streichen – wenn sie aussortieren wollen.

Der **Versorgungsforscher Prof. Dr. Max Geraedts** sagt:

„Eine offene Fehlerkultur aufrecht zu erhalten, wenn gleichzeitig das schlechte Abschneiden bei einzelnen Indikatoren planungsrelevant d. h. existenzbedrohend sein kann, stellt eine beinahe unlösbare Aufgabe dar. Fehler offenzulegen, wenn dadurch der eigene Arbeitsplatz gefährdet ist, wird den meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern schwerfallen.“



Ein Chefarzt, der anonym bleiben will, berichtet:

„In unserem Bundesland wurden von der zuständigen Behörde kurz nach der Einführung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Vertreter von allen Geburtskliniken zu einem Treffen eingeladen. Dort wurde deutlich gemacht: Niemand wird auffällig. Egal wie.“ Tatsächlich ist in diesem Bundesland auch in dieser Analyse keine Klinik auffällig.

Dr. Björn Misselwitz, Leiter der Landesstelle für Qualitätssicherung in Hessen fasst zusammen: „Diese Effekte – wir nennen sie „adverse Effekte“ sind absolut nachvollziehbar, wenn Sie so einen Druck aufbauen mit Vergütung, mit Bestrafung, durch gegebenenfalls Schließung und Publikation von Ergebnissen. Und das hat dazu geführt, dass wir jetzt nicht mehr so intensiv auf die Qualitätssicherungsdaten schauen und prüfen, was können wir verbessern, wo können wir die Kliniken unterstützen, damit sie eventuell ihre Probleme lösen können. Wir verwenden zunehmend mehr Zeit darauf zu prüfen, ob die Daten korrekt sind, die wir bekommen. Wir haben eigene Prüfprogramme, die die Daten untersuchen. Und wir gehen sogar in die Krankenhäuser und überprüfen die Krankenakten, gleichen sie stichprobenhaft ab mit unseren Daten und schauen, ob das alles korrekt ist. Sie sehen: Die Qualität ist gar nicht mehr entscheidend, sondern es geht zum großen Teil darum, ob die Daten korrekt dokumentiert wurden. Und das ist keine gute Entwicklung.“

II/7 Was wünschen sich Fachleute zur Verbesserung der Qualitätssicherung in der Geburtshilfe?

Viele der Expertinnen und Experten betonen die Bedeutung der Qualitätssicherung in der Geburtshilfe. Sie wünschen sich eher mehr als weniger Qualitätssicherungsmaßnahmen – wenn sie im Klinikalltag tatsächlich Fehler aufspüren und die Behandlungsqualität für Mütter und Kinder verbessern. Die meisten plädieren für Änderungen in zwei Bereichen:

Die Indikatoren sollten überarbeitet werden. Es fehlen laut der Expertinnen und Experten zum Beispiel Indikatoren, die die Gebärende in den Blick nehmen. Bislang liegt der Fokus auf dem Kind. Ein Versorgungsforscher und mehrere Ärztinnen und Ärzte plädierten zudem für systematisch abgefragte Erfahrungen der Mütter zum Geburtserleben und zu ihrem Gesundheitszustand („Patient reported outcome measures“).

Es braucht einen geschützten Raum für eine offene Fehlerkultur. Viele Fachleute sprechen sich daher dafür aus, dass es unterschiedliche Sets von Qualitätsindikatoren gibt: Solche, die mit den Kliniken unter Ausschluss der Öffentlichkeit besprochen werden, um Fehler offen zu besprechen und abstellen zu können. Und solche, die den Eltern zur Verfügung gestellt werden. „Das sollten Aspekte sein, die für Eltern große Bedeutung haben“, so Dr. Björn Misselwitz: „Wie oft ist eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch Hebammen möglich? Welche Fachärztinnen und Fachärzte sind immer vor Ort? Gibt es eine Kinderklinik? Wie hoch ist die Kaiserschnitttrate?“ Vor allem Informationen zum Personal vor Ort seien wichtig für Eltern und würden kaum veröffentlicht.

Darüber hinaus sprechen viele der Fachleute an, dass das Vergütungssystem und die große Anzahl der Krankenhäuser eine gute Qualitätssicherung erschweren.

So erklärt **Prof. Dr. Max Geraedts**: „Internes Qualitätsmanagement inklusive einer Fehlerkultur benötigt Offenheit, ausreichend Personal und Zeit; wenn aber die Vergütungsbedingungen gerade in diesen Bereichen konträr wirken, kann Qualitätsmanagement kaum funktionieren. Es wird nur einzelne geben, die das trotzdem schaffen.“



III. Was sollten Eltern wissen, bevor sie sich für eine Geburtsklinik entscheiden?

Wenn die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung Eltern kaum weiterhelfen – nach welchen Informationen sollten sie dann suchen? Was sollten sie wissen, um eine informierte Entscheidung für eine Geburtsklinik treffen zu können? Was ist ihnen wichtig? Welche Kriterien halten Fachleute für wichtig, wenn es um die Wahl einer Geburtsklinik geht? Und zu welchen dieser Kriterien finden Eltern bislang Informationen? Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Datenlage und fasst die Einschätzungen zahlreicher Fachleute zusammen, mit denen wir gesprochen haben.

III/1 Was ist werdenden Eltern bei der Wahl einer Geburtsklinik wichtig?

In Deutschland wurden 2019 laut Statistischem Bundesamt 778090 Kinder geboren. Davon 760458 in Krankenhäusern [19]. Das sind rund 98 Prozent. Wichtigster Grund für die Wahl des Krankenhauses als Geburtsort ist „die Sicherstellung einer medizinischen Versorgung im Notfall“. Das hatten 89 Prozent von 1759 Müttern angegeben, die 2019 vom IGES-Institut befragt wurden [1, S. 243]. Wie wichtig den werdenden Eltern die Sicherheit im Notfall ist, zeigte dieselbe Untersuchung auch bei der Wahl der konkreten Klinik: 67 Prozent der befragten Mütter gaben zwar an, dass ihnen die gute Erreichbarkeit der Klinik wichtig ist. Fast jede zweite Frau (46 Prozent) hatte sich aber für eine Klinik entschieden, weil sie über eine Kinderklinik verfügte; mehr als ein Drittel der befragten Mütter (38 Prozent) hatten sogar Wert darauf gelegt, dass in der Klinik eine Intensivstation für Neugeborene vorhanden war (38 Prozent) [1, S. 228]. Fachärztinnen und Fachärzte für Geburtshilfe bestätigten dem SMC gegenüber das große Bedürfnis der Eltern nach Sicherheit – vor allem in Bezug auf das Kind. So gehörten zu den häufigsten Fragen bei Kreißsaalführungen, ob rund um die Uhr Kinderärzte anwesend seien. Andere Untersuchungen zeigen, dass für Frauen die kontinuierliche Betreuung durch ein und dieselbe Hebamme große Bedeutung hat. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Freundlichkeit des Personals – die zum Beispiel bei den Kreißsaalführungen erlebt wird – und eine Stillberatung auf der Wöchnerinnenstation. Insgesamt, so fasst es die Übersichtsarbeit von Luegmair et al. zusammen, wünschten sich Frauen einen Ort, an dem sie im Ernstfall sicher betreut würden und eine Atmosphäre, „die dazu einlädt, sich auf die Geburt einzulassen, zur Familie zu werden“ [3].

III/2 Welche Kriterien halten Fachleute bei der Wahl der Geburtsklinik für wichtig?

Das SMC hat Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe (mit Weiterbildung „spezielle Geburtshilfe und Pränatalmedizin“) und mehrere Mitglieder der Bundesfachgruppe Perinatalmedizin dazu befragt, was Eltern wissen sollten, bevor sie sich eine Geburtsklinik aussuchen. Die Ergebnisse decken sich in vielen Punkten mit den Wünschen der Eltern. Von zentraler Bedeutung sind auch für die Fachleute Kriterien, die der Sicherheit von Mutter und Kind dienen. Sie lassen sich in vier Bereiche unterteilen:

a) Die ständige Anwesenheit von ausreichend Hebammen im Kreißsaal

Alle befragten Fachleute betonen, dass eine Geburtsklinik über ausreichend Hebammen verfügen sollte. Die aktuelle S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft für die „vaginale Geburt am



Termin“ empfiehlt, dass eine Hebamme nur eine Gebärende unter der Geburt betreuen sollte [20, S. 27 f.]. Diese sogenannte „Eins-zu-Eins-Betreuung“ unterstütze die Frauen optimal. Die Leitlinie führt Studien auf, nach denen es bei einer 1:1-Betreuung zu weniger Kaiserschnitten und weniger höhergradigen Dammrissen komme. Zudem werden weniger Wehenmittel eingesetzt. Eine Eins-zu-Eins-Betreuung sei in den meisten Geburtskliniken nur selten zu erreichen, erklärten alle Fachleute übereinstimmend. Das geht auch aus dem IGES-Gutachten zur stationären Hebammenversorgung hervor: Laut der zugrunde liegenden Umfrage unter rund 2100 Klinik-Hebammen betreuten gerade zwei Prozent nur eine Gebärende während der gesamten Geburt. Fast die Hälfte (46 Prozent) betreuten gleichzeitig drei Frauen. Selbst während der Phase der sogenannten „aktiven Geburt“ betreuten 67 Prozent der Hebammen zwei Gebärende gleichzeitig [1, S. 174 f.].

Es gebe aber große Unterschiede zwischen den Kliniken, so Rainhild Schäfers, Professorin für Hebammenwissenschaften und Mitglied der Bundesfachgruppe Perinatalmedizin: „Eltern sollten daher unbedingt fragen, wie häufig es vorkommt, dass eine Hebamme mehr als zwei Frauen unter der Geburt betreuen muss.“ Außerdem sei es wichtig zu wissen, ob rund um die Uhr Hebammen vor Ort seien, sagt Dr. Maike Manz, Hebamme und Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe am Klinikum Darmstadt. „Wenn die Hebammen in Rufbereitschaft sind, heißt das ganz einfach: Sie sind nicht da und müssen gerufen werden. Stellen Sie sich ruhig konkret vor, was das bedeutet, wenn Sie selbst zum Beispiel im Supermarkt angerufen werden und irgendwo hinkommen sollen. Es dauert eine gewisse Zeit, bis Sie alles erledigt haben, ins Auto gestiegen und irgendwo anders wieder angekommen sind.“

b) Die Anwesenheit von Fachärztinnen und Fachärzten für Geburtshilfe, Anästhesie und Pädiatrie

Die befragten Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe waren sich einig: Für eine sichere Geburtshilfe sei die ständige Anwesenheit von Fachärzten und Fachärztinnen für Geburtshilfe, für Anästhesie und für Pädiatrie unabdingbar. Prof. Frank Louwen, Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Vorstand der europäischen Vereinigung für Geburtshilfe und Gynäkologie (EBCOG) erläuterte: Die Anwesenheit dieser Fachärztinnen und Fachärzte – und zwar rund um die Uhr – sei bei vielen europäischen Staaten längst Standard. „Es geht immer um den Faktor Mensch“, so Prof. Louwen: „Sind die Menschen qualifiziert, die während der Geburt an meiner Seite sind? Und: Sind sie überhaupt da?“

Dr. Maike Manz, Hebamme und leitende Oberärztin der Abteilung für Geburtshilfe am Klinikum Darmstadt, führte aus, selbstverständlich brauche man diese Fachärztinnen und Fachärzte nicht für jede Geburt. Es gebe viele problemlose Geburten, die allein mit einer Hebamme auskämen. „Aber in anderen Situationen kann es passieren, dass tatsächlich auch aus dem sprichwörtlichen Nichts heraus eine Situation kippen kann, wo ganz schnell reagiert werden muss.“ Eltern müssten Informationen dazu haben, ob dann Fachärztinnen und Fachärzte für Geburtshilfe sofort da sein können, um zum Beispiel einen Kaiserschnitt anzuordnen. Ob immer Narkoseärztinnen oder -ärzte anwesend seien, die eine Periduralanästhesie gegen Geburtsschmerzen geben könnten oder für einen Notkaiserschnitt bereitstünden. „Und ganz dringend brauchen wir die Kinderärztinnen und Kinderärzte. Und zwar nicht nur für Risikogeburten, sondern für viele Situationen, die sich unter einer ganz normalen Geburt ergeben können. Wenn etwas passiert, dann sind 20 Minuten eine unendlich lange Zeit – und die dauert es oft, bis ein gerufener Kinderarzt dann vor Ort ist oder bis das Kind in der nächsten Kinderklinik ist.“ Eltern gingen verständlicherweise davon aus, dass in Krankenhäusern immer das nötige Fachpersonal anwesend sei. Das sei aber nicht der Fall. Es sei für viele Kliniken nicht vorgeschrieben, welches Personal anwesend sein müsse – und werde daher auch nicht vorgehalten. Eltern sollten daher unbedingt danach fragen.

Auch die Autoren der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ betonen, dass „im Risikofall die Anwesenheit ärztlichen Personals unabkömmlich ist.“ Studien aber, die das belegen können, wurden bislang kaum durchgeführt. Der Forschungsbedarf sei hier ausgesprochen groß [20, S. 30].



c) Rate von Interventionen wie Kaiserschnitte, Zangengeburt, Saugglockengeburt, Dammschnitte

Viele Fachleute empfehlen den Eltern, auch Informationen zu den sogenannten „Interventionsraten“ einzuholen. Darunter versteht man Eingriffe wie zum Beispiel Kaiserschnitte, Dammschnitte und die „vaginal-operativen Eingriffe“: Geburten, die mit Hilfe einer Zange oder einer Saugglocke durchgeführt werden. „Gerade Eltern, die sich eine interventionsarme Geburt wünschten, sollten die Raten zwischen den Kliniken vergleichen“, erklärte Hebammenwissenschaftlerin Prof. Dr. Rainhild Schäfers.

Ein besonderes Augenmerk verdient auch die risikoadjustierte Kaiserschnitttrate, so Dr. Björn Misselwitz, der die Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung in Hessen leitet. Diese spezielle Kaiserschnitttrate ist Teil der gesetzlichen Qualitätssicherung und sei sehr aussagekräftig: „Wir haben das mit Daten aus Hessen genau durchgerechnet und geprüft – und wir haben tatsächlich bei allen Kliniken, die mit ihrer Kaiserschnitttrate über dem festgelegten Toleranzbereich liegen, auch Qualitätsprobleme festgestellt. Da laufen zum Beispiel Arbeitsprozesse falsch, es gibt zu wenig Hebammen oder es fehlen Absprachen zwischen Hebammen und Ärzten. Eine weitere Möglichkeit ist, dass die Klinik mit Belegärzten arbeitet, die eben nicht immer vor Ort sein können – und dann der besseren Planbarkeit halber öfter mal einen Kaiserschnitt machen. Was immer es ist: Eine hohe Kaiserschnitttrate ist ein Warnsignal, das Probleme anzeigt.“

d) Der Kliniktyp

Geburtsklinik ist nicht Geburtsklinik. Viele der Fachleute empfehlen Eltern, sich nach dem sogenannten „Level“ der Kliniken zu erkundigen, die sie als Geburtsort in Betracht ziehen. Es gibt vier dieser Level, die völlig unterschiedliche Leistungen anbieten können und dürfen [4].

Perinatalzentren Level I sind Kliniken der höchsten Versorgungsstufe, in der alle Frauen gebären können. Komplikationslose Geburten sind dort ebenso möglich wie Geburten, die mit großen Risiken behaftet sind - oder wenn sich eine sehr frühe Frühgeburt ankündigt. Perinatalzentren Level I dürfen die kleinsten Frühchen behandeln - ab Beginn der Lebensfähigkeit in der 23. oder 24. Schwangerschaftswoche (SSW). Eine normale Schwangerschaft umfasst 40 Schwangerschaftswochen. Level-I-Kliniken müssen strenge Auflagen erfüllen. Sie brauchen zum Beispiel Hebammen, Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie und Kinderheilkunde rund um die Uhr. Sogenannte „Rufdienste“ – bei denen Fachpersonal bei Bedarf angefordert wird, sind nicht zulässig. Level-I-Zentren brauchen außerdem eine Intensivstation für Neugeborene – eine sogenannte „Neonatologie“. Es müssen ständig Kinderärztinnen oder -ärzte anwesend sein.

Perinatalzentren Level II sind ähnlich ausgestattet wie Level-I-Kliniken. Sie dürfen aber nur etwas reifere Frühgeborene behandeln: Kinder, die nach der abgeschlossenen 29. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen (ab „29. SSW plus 0 Tage“). Wie in Level-I-Zentren ist gesetzlich vorgeschrieben, dass Hebammen, Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie und Kinderheilkunde rund um die Uhr vor Ort sind.

Level-III-Kliniken oder Kliniken mit „perinatalem Schwerpunkt“ sind Geburtskliniken, denen eine Kinderklinik angeschlossen sein muss. In der Regel befindet sie sich im gleichen Krankenhaus. Es kommen aber auch Kooperationen mit anderen Krankenhäusern vor. Diese Kliniken dürfen Frühgeborene ab der 32. SSW plus 0 behandeln. Die gesetzlichen Regelungen für Level-III-Kliniken zur Anwesenheit von Fachpersonal sind deutlich weniger umfangreich als die für Perinatalzentren. So müssen Hebammen und Frauenärztinnen oder -ärzte nicht rund um die Uhr im Haus sein. Es sind Rufdienste zulässig. Rund um die Uhr muss ein Arzt oder Ärztin für den „pädiatrischen Dienst“ anwesend sein. Sie müssen aber nicht fertig ausgebildet sein.



Für **Level-IV-Kliniken** oder reine „Geburtskliniken“ gibt es kaum gesetzliche Regelungen. Sowohl Hebammen als auch Fachärztinnen und -ärzte müssen nicht rund um die Uhr anwesend sein. Eine Kinderklinik oder die Zusammenarbeit mit einer Kinderklinik ist nicht erforderlich. Fachleute weisen darauf hin, dass rund 11 Prozent aller Kinder vom Kreißaal in eine Kinderklinik verlegt werden müssen und dort behandelt werden. Das waren im Jahr 2019 laut der aktuellen Auswertung des nationalen Qualitätsinstituts (IQTIG) zur Geburtshilfe 85 209 Kinder [15, S. 73].

III/3 Zu welchen der wichtigen Kriterien können Eltern Informationen finden?

- a) Die Krankenhausqualitätsberichte enthalten Angaben zur Anzahl der Geburten pro Jahr, zu den Ergebnissen der Qualitätssicherung (s. Kap. II), zur Kaiserschnitttrate und zum Level der Kliniken. Diese Informationen sind aber nicht aufbereitet, viele nur über Codes abgebildet und für Laien unverständlich. Es gibt keine systematische Aufbereitung durch andere Anbieter. Lediglich die Ergebnisse zur Qualitätssicherung werden – schwer auffindbar – von „Weisse Liste“ veröffentlicht [21]. Diejenigen Qualitätsergebnisse, die auch als „planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ fungieren, werden zudem auf der Website des IQTIG dargestellt [22].
- b) Die sogenannte „Strukturabfrage“ des nationalen Qualitätsinstituts IQTIG [23] enthält vielfältige Angaben, unter anderem zur Anwesenheit von Fachärztinnen, Fachärzten und Hebammen, zur Existenz von Kinderkliniken und Kinder-Intensivstationen – allerdings nur für die Kliniken mit Level I, II und III. Eine Überprüfung des Datensatzes hat ergeben, dass nicht alle Kliniken in der Strukturabfrage aufgelistet sind. Die Strukturabfrage ist eine Fachpublikation, die nicht für Eltern gedacht ist. Die Informationen sind daher nicht für Laien aufbereitet.
- c) Die Websites von Kliniken enthalten völlig unterschiedliche Informationen. Es liegt in der Natur eines eigenen Webauftritts, dass dort die Stärken der jeweiligen Geburtsabteilung präsentiert werden und nicht die Schwächen. Das bedeutet: Perinatalzentren Level I und II beschreiben mitunter detailliert, welche Ärztinnen und Ärzte rund um die Uhr da sind. Level-IV-Kliniken tun das oft nicht.
- d) Es fehlen über alle Level Angaben dazu, wie gut die Kreißsäle mit Hebammen ausgestattet sind und wie häufig eine 1:1 oder zumindest eine 1:2-Betreuung der Frauen unter der Geburt möglich ist.
- e) Es fehlen für Level III- und IV-Kliniken Angaben dazu, wann welche Ärztinnen und Ärzte wann tatsächlich vor Ort sind.

Fachleute kritisieren diesen Mangel an Transparenz für Geburtskliniken in Deutschland. Eltern hätten monatelang Zeit, sich eine geeignete Klinik auszusuchen – doch ihnen würden die wichtigsten Informationen schlicht nicht zur Verfügung gestellt, so Dr. Patricia Van de Vondel, Chefarztin der Frauenklinik am Klinikum Porz in Köln. Dr. Maike Manz fordert: „Diese Informationen müssen endlich von den zuständigen Behörden systematisch für alle Kliniken aufbereitet werden – und gehören auch auf die Website jeder Geburtsklinik.“ Es dürfe nicht nur Werbung gemacht werden.

Prof. Frank Louwen, Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe unterstützt diese Forderung, ergänzte aber noch: „Es fehlen nicht nur Informationen, sondern auch gesetzliche Regelungen. Auch für die Level III und IV brauchen wir endlich vernünftige Qualitätsstandards, die gesetzlich geregelt sind.“



investigative

IV. Die Online-Umfrage

Das SMC hat mit Hilfe von zwölf Regionalmedien alle Geburtskliniken Deutschlands um Auskunft zu einigen Kriterien gebeten, die Fachärztinnen und Fachärzte für Geburtshilfe für wichtig bei der Klinikauswahl halten. Die Fragen wurden mit einem Online-Bogen an die Kliniken versandt. Die Umfrage begann im Dezember 2020 und endete im März 2021. Die Kliniken wurden von den Medienpartnern dezentral angefragt, die Daten zentral im SMC Lab gesammelt, validiert und ausgewertet.

IV/1 Welche Medienpartner waren an der Umfrage beteiligt?

Wir konnten zwölf Medienpartner für das Rechercheprojekt gewinnen. Der Fokus lag bei der Suche und Auswahl auf Regionalmedien, die in der Regel gute Kontakte zu den Krankenhäusern ihres Einzugsgebietes haben. Teilgenommen haben:

- ▶ Die Badische Neueste Nachrichten
- ▶ Die Frankenpost
- ▶ Die Freie Presse
- ▶ Der Hessische Rundfunk
- ▶ Die Neue Osnabrücker Zeitung
- ▶ Die Ostfriesen-Zeitung
- ▶ Die Rheinische Post
- ▶ Die Rhein-Zeitung
- ▶ Der Rundfunk Berlin-Brandenburg
- ▶ Die Saarbrücker Zeitung
- ▶ Die Sächsische Zeitung
- ▶ Die Stuttgarter Zeitung

IV/2 Welche Fragen wurden gestellt?

Für die Entwicklung des Fragebogens wurden Fachleute gebeten, eine möglichst kurze Liste der wichtigsten Kriterien zu folgender Frage zusammenzustellen: Was sollten Eltern wissen, bevor sie sich für eine Geburtsklinik entscheiden? Ziel war es – angesichts der angespannten Situation der Krankenhäuser im zweiten Lockdown – die Liste der Fragen möglichst kurz zu halten. Entstanden ist schließlich ein Fragebogen mit 9 Punkten:

- ▶ Ist 24/7 ein Kinderarzt oder eine Kinderärztin im Haus?
- ▶ Ist 24/7 ein Facharzt oder eine Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe im Haus?
- ▶ Ist 24/7 ein Facharzt oder eine Fachärztin für Anästhesie im Haus?
- ▶ Wie viele Geburten gab es 2019 in ihrer Klinik?
- ▶ Wie viele Hebammen und Entbindungshelfer – in Vollzeitäquivalenten – betreuten 2019 die oben genannte Gesamtzahl an Geburten?

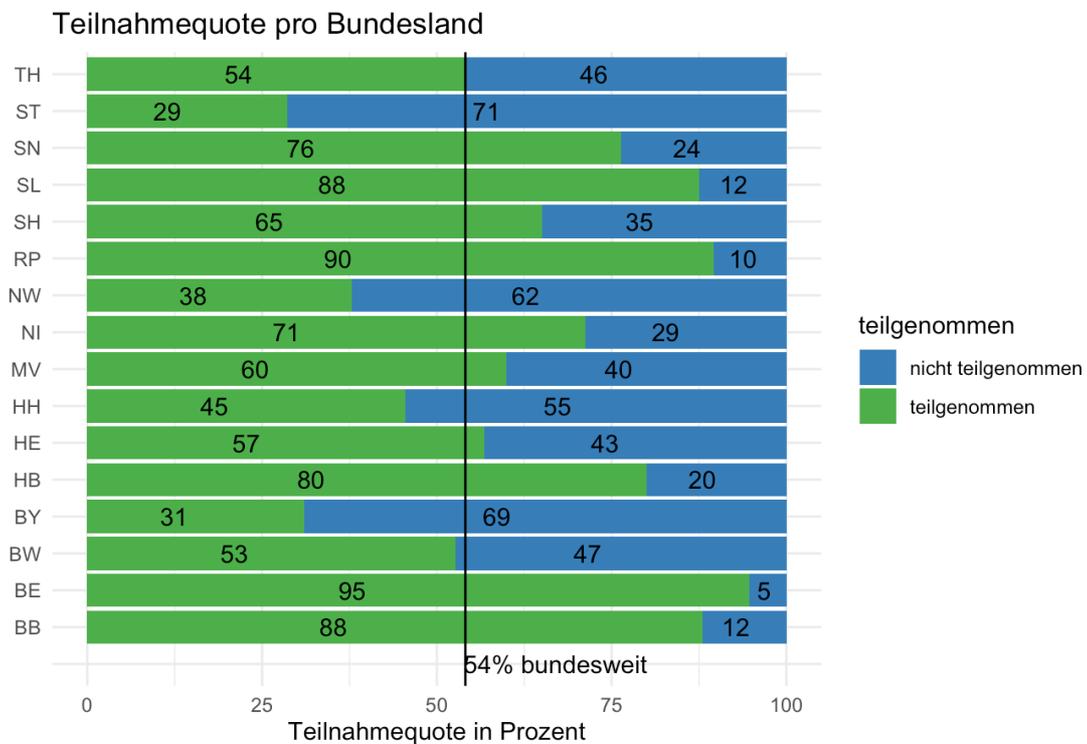


- ▶ Bitte geben Sie an, wie viele Hebammen und Entbindungshelfer für die Frühschicht im Kreißaal geplant sind?
- ▶ Bitte geben Sie an, wie viele Hebammen und Entbindungshelfer für die Spätschicht im Kreißaal geplant sind?
- ▶ Bitte geben Sie an, wie viele Hebammen und Entbindungshelfer für die Nachtschicht im Kreißaal geplant sind?
- ▶ Führen Sie einen hebammengeleiteten Kreißaal in Ihrer Klinik?
- ▶ Gibt es ausgebildete Laktationsberaterinnen auf der Wöchnerinnenstation, die ausschließlich für die Laktationsberatung da sind?

IV/3 Wie viele Kliniken haben geantwortet?

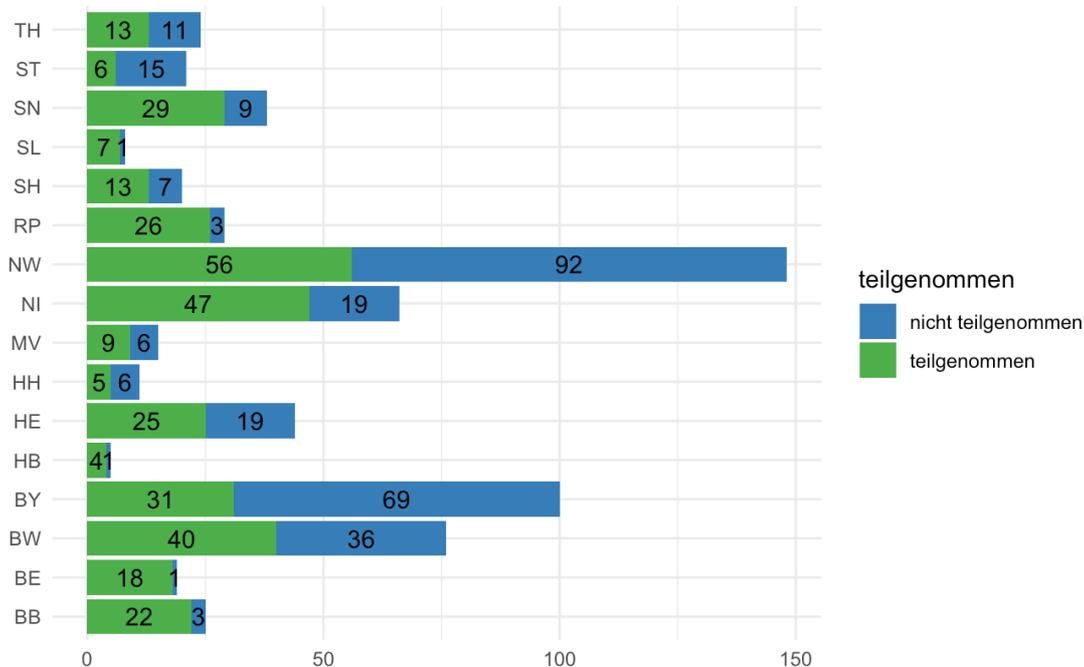
Die Rückläufe starteten zu Beginn der Abfrage zunächst zögerlich. Das beherrschende Thema war zu dieser Zeit die Sorge um die täglich voller werdenden Intensivstationen. Die Pressestellen der Kliniken waren oft überlastet. Mit Rückgang der Fallzahlen auf den Intensivstationen und gleichzeitigem Bekanntheitsgrad der Umfrage nahmen auch die Rückläufe aus den Kliniken zu. Bis Ende März haben insgesamt 351 Geburtskliniken (54 Prozent) geantwortet. Die Rücklaufquote wird von Fachleuten als hoch beurteilt.

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind sehr ausgeprägt:





Anzahl der Kliniken, die teilgenommen haben, pro Bundesland



Quelle: eigene Daten
Berechnungen: Science Media Center Germany

Welche Gründe das sehr unterschiedliche Antwortverhalten in den Ländern hat, ist nicht vollständig klar. Sicher konnten die Journalistinnen und Journalisten in kleineren Bundesländern intensiver und häufiger bei jeder einzelnen Klinik nachhaken als in den großen Bundesländern. Bei den kleineren Bundesländern mit weniger als 50 Geburtskliniken liegt nur Sachsen-Anhalt mit 28,6 Prozent unterhalb der Gesamt-Rücklaufquote von 54 Prozent. Für das Land konnte allerdings lange kein Medienpartner gefunden werden, sodass die Kliniken dieses Bundeslandes erst spät und nur einmal angefragt wurden – freundlicherweise übernommen vom rbb, der aber in Sachsen-Anhalt nicht der dominierende öffentlich-rechtliche Sender ist. Bei den großen Bundesländern zeichnet sich Bayern durch die niedrigste Rücklaufquote aus (31 Prozent), obwohl die Kliniken insgesamt drei Mal angefragt worden sind.

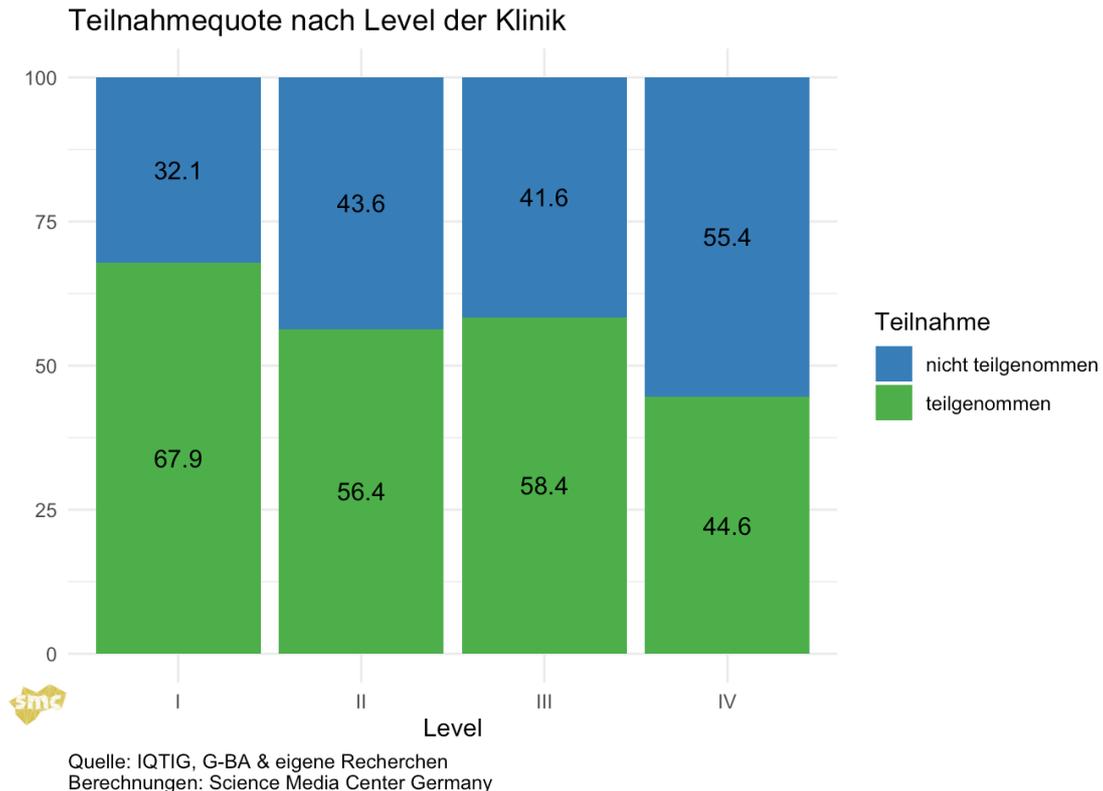
IV/4 Welche Kliniken haben geantwortet?

Die Kliniken haben die Umfrage unterschiedlich aufgenommen. Viele Kliniken haben sofort geantwortet, einige abgesagt, zahlreiche haben nach einer Erinnerung geantwortet und ein großer Teil hat sich trotz mehrfacher Bitte gar nicht geäußert.

Uniklinika waren der Umfrage gegenüber aufgeschlossen. 25 von 33 haben uns geantwortet. Der Pressesprecher des Asklepios-Konzern hat für alle seine 17 Geburtskliniken nach längeren Gesprächen abgesagt. Die Chefärzte von 4 Asklepios-Kliniken haben dennoch geantwortet. Grundsätzlich schienen die Chefärztinnen oder Chefärzte der Umfrage gegenüber aufgeschlossener als die Pressestellen. Das liegt möglicherweise daran, dass viele Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe die Forderung nach mehr Transparenz und besserer personeller Ausstattung der Geburtskliniken unterstützen. Einige haben das in Telefongesprächen direkt geäußert. Nicht in allen Kliniken wurden die Chefärztinnen und -ärzte direkt angefragt.



Ein wichtiger Einflussfaktor auf das Antwortverhalten der Klinik war offenbar die Versorgungsstufe der Klinik („Level“). Es zeigte sich, dass Kliniken mit dem Level I, II und III auf Bundesebene deutlich häufiger geantwortet haben als Kliniken mit dem Level IV. So nahmen insgesamt rund zwei Drittel (67,9 Prozent) aller Level-I-Kliniken teil und immerhin noch 56,4 Prozent der Level II und 58,4 Prozent aller Level III Kliniken. Aber nur 44,6 Prozent der Level-IV-Kliniken haben geantwortet.



Für die höheren Rückläufe der Level I bis III gibt es mindestens zwei mögliche Gründe: Die Geburtskliniken in Deutschland unterscheiden sich sehr in Leistungen und personeller Ausstattung. Level I und Level II sind aufgrund strenger gesetzlicher Regelungen in vielen Punkten sehr gut ausgestattet und konnten unsere Fragen nach der ständigen Ärztepräsenz alle mit „ja“ beantworten. Das gilt eingeschränkt auch für viele Kliniken des dritten Levels. Für Kliniken des Level IV aber fehlen gesetzliche Vorgaben zur Ärztepräsenz völlig. Sie kooperieren in der Regel auch mit keiner Kinderklinik.

Den Kliniken ist aber offenbar bewusst, dass gerade die Anwesenheit einer Kinderärztin oder eines Kinderarztes und die Existenz einer Kinderklinik für Eltern inzwischen eine erhebliche Rolle spielen. Das zeigte zum Beispiel eine Umfrage des IGES-Institutes von 2019, nach der rund die Hälfte der Mütter eine Geburtsklinik deshalb ausgesucht hatte, weil sie über eine Kinderklinik verfügte [1, S. 228]. Diesen Trend bestätigten uns mehrere Ärztinnen und Ärzte. Der Chefarzt einer Geburtsklinik in Hamburg, die über keine angeschlossene Kinderklinik verfügte, schrieb dem SMC: „Für die Wahl der Klinik ist heute nach meiner Erfahrung die ständige Verfügbarkeit von Kinderärzten entscheidend.“ Viele der Level-IV-Kliniken haben daher möglicherweise deshalb nicht geantwortet, weil sie bei der Frage nach den Kinderärztinnen und -ärzten, aber auch nach den Fachärztinnen und -ärzten für Anästhesie und für Gynäkologie/Geburtshilfe nicht „nein“ ankreuzen wollten.

Eine weitere mögliche Erklärung für die geringere Rücklaufquote unter Level-IV-Kliniken ist die kleinere oder nicht vorhandene Pressestelle. Level-IV-Kliniken sind auch häufig kleine Kliniken, bei



denen für Presseanfragen nicht selten das Sekretariat des Klinikvorstands zuständig ist. Möglicherweise fallen Presseanfragen dort häufiger unter Tisch als in größeren Pressestellen. Das erklärt allerdings nur die ausbleibenden Antworten von Kliniken, bei denen ausschließlich die Pressestellen und nicht die Abteilungen für Geburtshilfe angeschrieben worden sind.

V. Der Kreißsaal-Navi: Unsere Informationen für Eltern

Bislang gibt es für Eltern keine ausreichenden Informationen zu Geburtskliniken. Aus diesem Anlass hat das Science Media Center alle für Eltern relevanten Ergebnisse der Datenanalysen und der Umfrage für dieses Investigative in einem Online-Tool gebündelt: dem „Kreißsaal-Navigator“. Der Kreißsaal-Navi hilft Eltern, eine Geburtsklinik in ihrer Nähe zu finden, die wichtige medizinische Kriterien erfüllt. Er führt in sieben Schritten zu einer Liste von Krankenhäusern, die nach den jeweiligen Auswahlkriterien in Frage kommen.

Den Link zum Kreißsaal-Navi finden Sie [hier https://www.kreissaal-navi.de/](https://www.kreissaal-navi.de/).

V/1 Welche Informationen aus der Datenanalyse sind im „Kreißsaal-Navi“ gebündelt?

Für den Kreißsaal-Navi hat das SMC die strukturierten Krankenhausqualitätsberichte (SQB) aus dem Jahr 2018 analysiert. Den inzwischen gerade erschienenen Qualitätsberichten von 2019 fehlen die Ergebnisse der Qualitätssicherung und damit fast alle für die Geburtshilfe wichtigen Informationen. Diese werden ausnahmsweise später veröffentlicht. Als Grund gibt der Gemeinsame Bundesausschuss die Corona-Pandemie an. Die Daten der Qualitätssicherung sind damit als veraltet anzusehen. Wir haben sie nicht mit in den Kreißsaal-Navi aufgenommen. Eine Ausnahme bildet die Kaiserschnitttrate in Prozent und die risikoadjustierte Kaiserschnitttrate. Beide ändern sich in der Regel nur langsam in einer Klinik. Die Qualitätsbewertungen der Kliniken durch die zuständigen Institutionen haben wir für diese Version des Kreißsaal-Navis ganz außen vor gelassen, da sie nicht mehr aktuell sind.

Als weitere Datenquelle hat das SMC die Daten der sogenannten „Strukturabfrage“ des IQTIG analysiert [23].

Folgende Informationen fließen in den Krankenhaus-Navi ein:

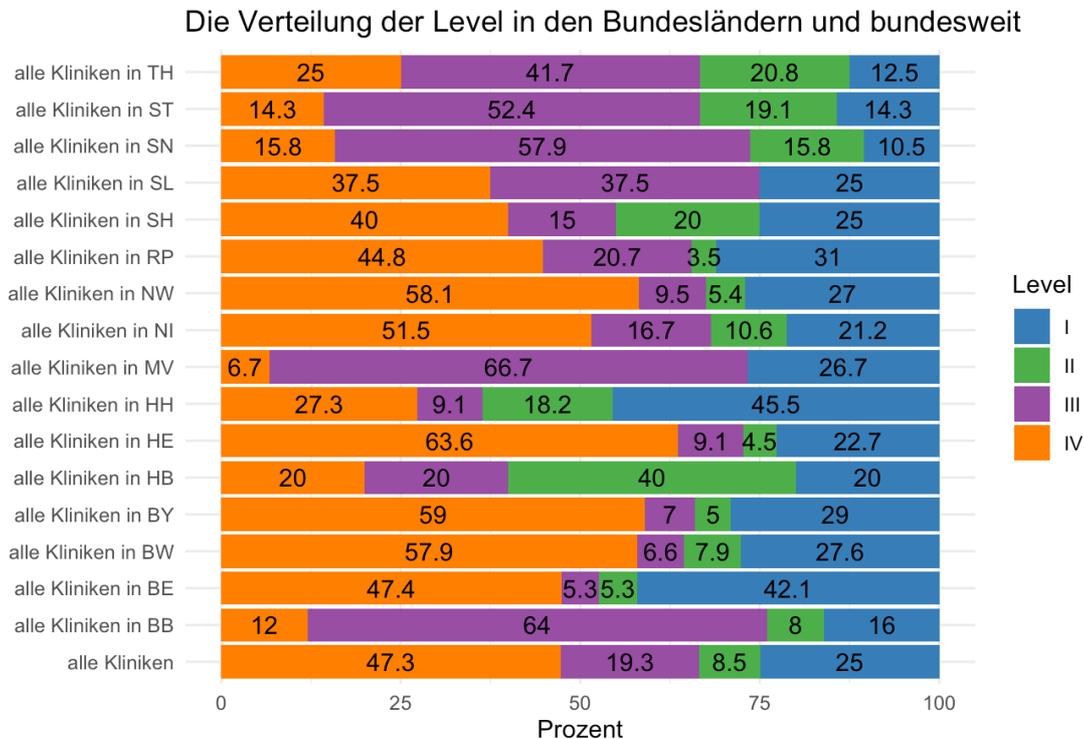
- ▶ Bestand oder Schließung der Klinik
- ▶ Die Anzahl der Geburten pro Klinik
- ▶ Die Kaiserschnitttrate pro Klinik in Prozent
- ▶ Die risikoadjustierte Kaiserschnitttrate nach der gesetzlichen Qualitätssicherung (s. Teil I)
- ▶ Das Level der Klinik

Besonders die Analyse der Level war für den Kreißsaal-Navi von großer Bedeutung. Level-I- und Level-II- Kliniken müssen strenge Auflagen erfüllen. Sie brauchen Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie und Kinderheilkunde rund um die Uhr. Kinderkliniken mit Intensivstationen für Neugeborene sind Pflicht. Kliniken mit dem Level III haben in der Regel eine Kinderklinik oder – seltener – kooperieren mit einer Kinderklinik. So war es möglich, auch vielen Kliniken Informationen zum Personal und zur Existenz einer Kinderklinik zuzuordnen, die sich an der Umfrage nicht beteiligt haben.

Die korrekte Levelbezeichnung der Kliniken wurde intensiv geprüft und fehlende Angaben durch Web- und Telefonrecherche ergänzt. (siehe Daten und Methoden).



Die unterschiedlichen Level sind wie folgt auf Bund und Länder verteilt:



Quelle: IQTIG, G-BA und eigene Daten
Berechnungen: Science Media Center Germany

Diese Analyse der Kliniklevel zeigt eindrücklich, dass das Versorgungsniveau in der Geburtshilfe in den Bundesländern große Unterschiede aufweist. So fällt auf, dass in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg gerade mal 6,7 bzw. 12 Prozent aller Kliniken dem Level IV zuzuordnen sind – der niedrigsten Versorgungsstufe, für die es kaum gesetzliche Vorgaben gibt. In Baden-Württemberg dagegen sind es 57,9 Prozent, in NRW 58,1 Prozent und in Bayern 59 Prozent. Auf der anderen Seite des Versorgungsspektrums, bei den Kliniken der höchsten Versorgungsstufe, steht Berlin mit 42,1 Prozent Level-I-Kliniken an der Spitze. Sachsen befindet sich mit 10,5 Prozent Level-I-Kliniken am unteren Ende Skala. Bei den Level-III-Kliniken schwanken die Anteile zwischen 5,3 Prozent in Berlin und 64 Prozent in Brandenburg. Die Gründe für die vollkommen unterschiedliche Ausgestaltung der Geburtshilfe in den Bundesländern sind uns unbekannt.

V/2 Welche Informationen aus der Umfrage sind in den Kreißaal-Navi geflossen?

Die Angaben aus der Umfrage wurden mit unterschiedlichen Methoden mehrfach auf Plausibilität und Richtigkeit überprüft (s. Kap VI). Das hat nicht bei allen Fragen zu akzeptablen Ergebnissen geführt. In den Kreißaal-Navi wurden schließlich folgende Angaben übernommen:

- ▶ Ist 24/7 ein Kinderarzt oder eine Kinderärztin im Haus?
- ▶ Ist 24/7 ein Facharzt oder eine Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe im Haus?
- ▶ Ist 24/7 ein Facharzt oder eine Fachärztin für Anästhesie im Haus?
- ▶ Wie viele Geburten gab es 2019 in Ihrer Klinik?



- ▶ Wie viele Hebammen und Entbindungshelfer – in Vollzeitäquivalenten – betreuten 2019 die oben genannte Gesamtzahl an Geburten?
- ▶ Gibt es ausgebildete Laktationsberaterinnen auf der Wöchnerinnenstation, die ausschließlich für die Laktationsberatung da sind?

Ausgeschlossen wurden die Angaben zur Sollschrift, mit denen uns die Kliniken die Anzahl der Hebammen in der Früh-, Spät- und Nachtschicht übermittelt haben. Es stellte sich bei der Datenvalidierung heraus, dass ein Teil der Kliniken nur die Hebammen angegeben hat, die tatsächlich pro Schicht vor Ort sind. Andere hatten auch Hebammen in Rufbereitschaft dazu addiert. Es kommt hinzu: Sollschrift heißt Sollschrift, weil die Schichtstärke so sein soll – aber nicht immer erreicht werden kann. Es fallen zum Beispiel durch Krankheit oder Urlaub regelmäßig Hebammen aus, die nicht in jedem Fall ersetzt werden können. In einigen Kliniken wird aber auch über Monate eine Sollschrift angesetzt, die nie erreicht werden kann, weil Hebammenstellen nicht besetzt werden können. Die Vergleichbarkeit zwischen den Kliniken war nach unseren Recherchen nicht gegeben.

Ausgeschlossen wurde auch die Angabe zum „hebammengeleiteten Kreißaal“. Dieses Konzept sieht vor, dass in einem Kreißaal ausschließlich Hebammen die Gebärenden betreuen - ähnlich wie bei einer Hausgeburt. Er ist aber eingebettet in eine Klinik, in der jederzeit Ärztinnen oder Ärzte zur Verfügung stehen, sobald diese gebraucht werden. Wie viele dieser besonderen Kreißäle es gibt, ist nicht klar. Der Deutsche Hebammenverband listet rund 20 hebammengeleitete Kreißäle auf [24]. Laut unserer Umfrage gibt es ein Vielfaches davon. Einzelne Überprüfungen haben gezeigt, dass die Angabe oft nicht korrekt war. Offenbar waren Begriff und Konzept nicht in allen Kliniken geläufig.

V/3 Welche Ergebnisse liefert der Krankenhaus-Navigator auf Bundes- und Länderebene?

Mit Hilfe der Datenanalyse und der Umfrage unter allen Geburtskliniken ist es mit viel Aufwand gelungen, zu einem großen Anteil von Kliniken Informationen zu wichtigen medizinischen Kriterien zusammenzutragen. Dennoch bleibt auch die Zahl der Kliniken hoch, zu denen trotz umfassender Recherche keine sicheren Aussagen möglich waren. Dies unterstreicht den enormen Mangel an Transparenz zu Geburtskliniken in Deutschland.

Wir möchten an dieser Stelle betonen, dass es sich bei einem erheblichen Teil der Informationen um Eigenangaben der Kliniken handelt. Wir haben sie so gut wie möglich auf Plausibilität überprüft (s. Kap VI).

Bei den Kriterien, die im Kreißaal-Navi aufgegriffen werden, ergibt sich folgendes Bild:

a) 24/7-Anwesenheit von Frauenärztinnen oder Frauenärzten

Bundesweit konnten wir mit Hilfe von öffentlichen Daten, weiterer Recherchen und der Umfrage für 65,8 Prozent aller Kliniken sicher klären, ob sie rund um die Uhr einen Frauenarzt oder eine Frauenärztin im Haus haben: In 59,2 Prozent der Kliniken war das der Fall, in 6,6 Prozent war das nicht der Fall. Bei 34,2 Prozent konnten wir das weder mit Hilfe von Daten noch mit Hilfe der Umfrage klären.

Schaut man auf die Bundesländer, ist zunächst zu betonen, dass der Anteil der Kliniken, zu denen wir sichere Aussagen treffen können, zwischen den Ländern stark schwankt. Am geringsten ist die Anzahl dieser Kliniken in:

- ▶ Bayern (zu 51 Prozent der Kliniken sichere Angaben möglich)
- ▶ NRW (zu 52,1 Prozent der Kliniken sichere Angaben möglich)



- ▶ Hessen (zu 61,4 Prozent der Kliniken sichere Angaben möglich)

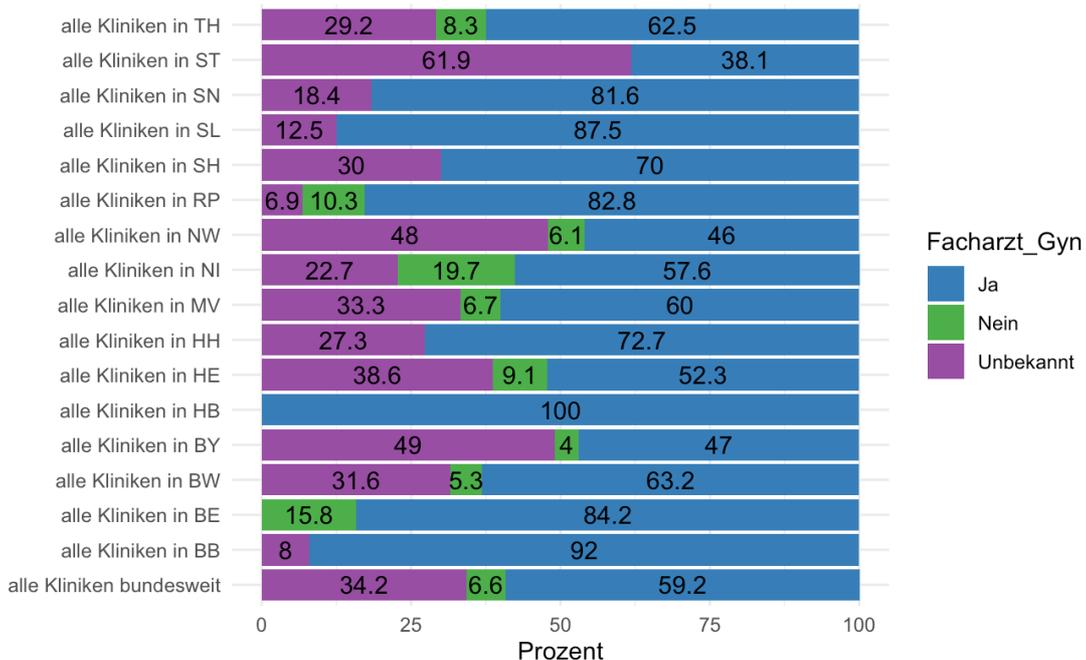
Die Gründe für die schlechte Datenlage liegen zum einen in der eher geringen Antwortrate in den drei Ländern. Aber auch der hohe Anteil an Level-IV-Kliniken in Bayern, NRW und Hessen spielt dabei eine große Rolle. Wie oben näher beschrieben, fehlen für Level-IV-Kliniken gesetzliche Regelungen für die Vorhaltung von Fachpersonal, für Level III sind sie gering. Das führt dazu, dass diesen Kliniken keine sicheren Informationen zugeordnet werden konnten – wenn sie nicht geantwortet hatten.

Die meisten sicheren Aussagen konnten wir in treffen in

- ▶ Bremen (zu 100 Prozent der Kliniken sichere Aussagen möglich)
- ▶ Berlin (zu 100 Prozent der Kliniken sichere Aussagen möglich)
- ▶ Rheinland-Pfalz (zu 93,1 Prozent der Kliniken sichere Aussagen möglich)
- ▶ Brandenburg (zu 92 Prozent der Kliniken sichere Aussagen möglich)
- ▶ Saarland (zu 87,5 Prozent der Kliniken sichere Aussagen möglich)
- ▶ Sachsen (zu 81,6 Prozent der Kliniken sichere Aussagen möglich).

Blickt man auf diese Länder mit ausgesprochen guter Datenlage zeigen sich erhebliche Unterschiede: In Bremen, Brandenburg, im Saarland und in Sachsen haben alle Kliniken, zu denen sichere Informationen vorliegen, rund um die Uhr Fachärztinnen und -ärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe im Haus. Demgegenüber haben in Berlin insgesamt 15,8 Prozent aller Kliniken angegeben, dass sie diese Fachärztinnen und -ärzte nicht rund um die Uhr vorhalten. In Rheinland-Pfalz sind es 10,3 Prozent aller Kliniken.

Ist 24/7 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe anwesend?



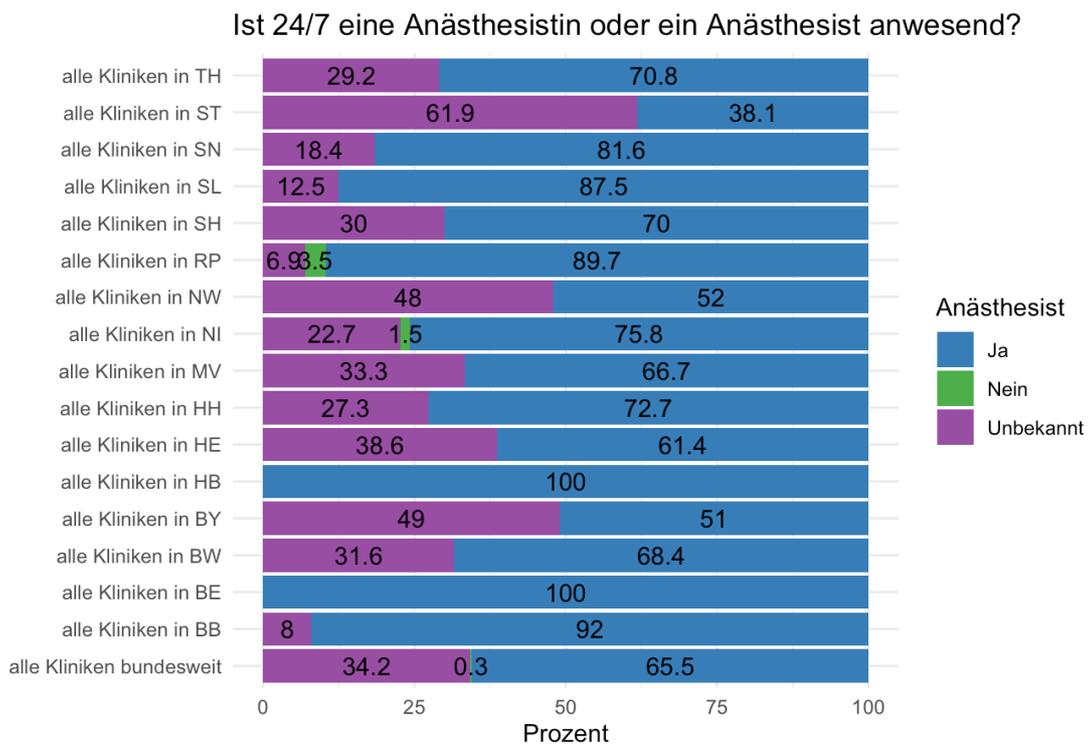
Quelle: IQTIG, G-BA und eigene Daten
Berechnungen: Science Media Center Germany

b) 24/7-Anwesenheit von Narkoseärztinnen oder Narkoseärzten



Auf Bundesebene konnten wir für 65,8 Prozent aller geburtshilflichen Abteilungen sicher klären, ob rund um die Uhr Fachärztinnen oder -ärzte für Anästhesie anwesend sind. Bei 65,5 Prozent war das der Fall, bei 0,3 Prozent nicht. Für 34,2 Prozent der Kliniken konnten wir nicht klären, ob sicher rund um die Uhr ein Facharzt oder eine Fachärztin für Anästhesie anwesend ist.

Es fällt auf, dass der Anteil der Kliniken, die sicher keine Anästhesistinnen oder Anästhesisten rund um die Uhr im Haus beschäftigen, mit 0,3 Prozent deutlich kleiner ist als dieser Anteil bei den Frauenärztinnen und -ärzten. Das erklären Fachleute so, dass der Fachbereich Anästhesie für viele weitere medizinische Disziplinen gebraucht wird und daher auch öfter rund um die Uhr besetzt ist.



Die meisten sicheren Aussagen konnten wir in treffen in

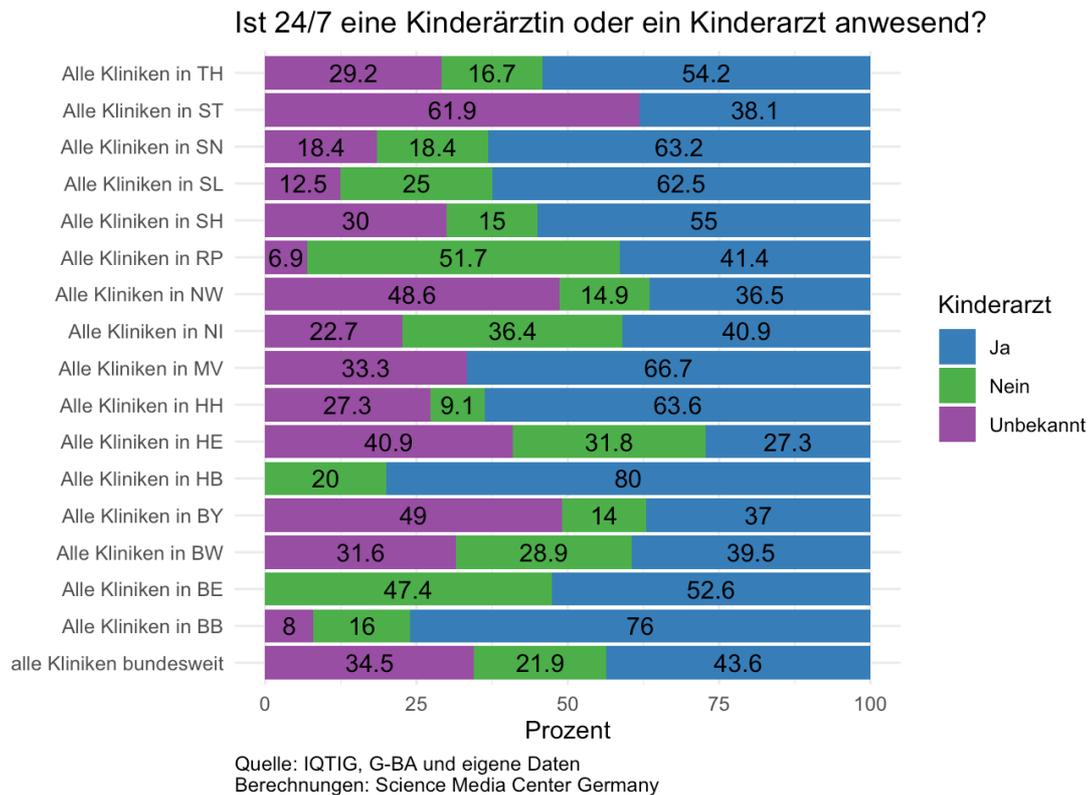
- ▶ Bremen (100 Prozent)
- ▶ Berlin (100 Prozent)
- ▶ Rheinland-Pfalz (93,1 Prozent)
- ▶ Brandenburg (92 Prozent)
- ▶ Saarland (87,5 Prozent)
- ▶ Sachsen (81,6 Prozent)

Blickt man auf diese Länder mit guter Datenlage, gibt es lediglich in Rheinland-Pfalz einen kleinen Anteil an Kliniken (3,4 Prozent), die nicht rund um die Uhr Anästhesistinnen oder Anästhesisten im Haus haben.

c) 24/7-Anwesenheit von Kinderärztinnen oder Kinderärzten



Bei den Kinderärzten zeigen sich deutlichere Unterschiede in den Kreißsälen zwischen den Bundesländern.



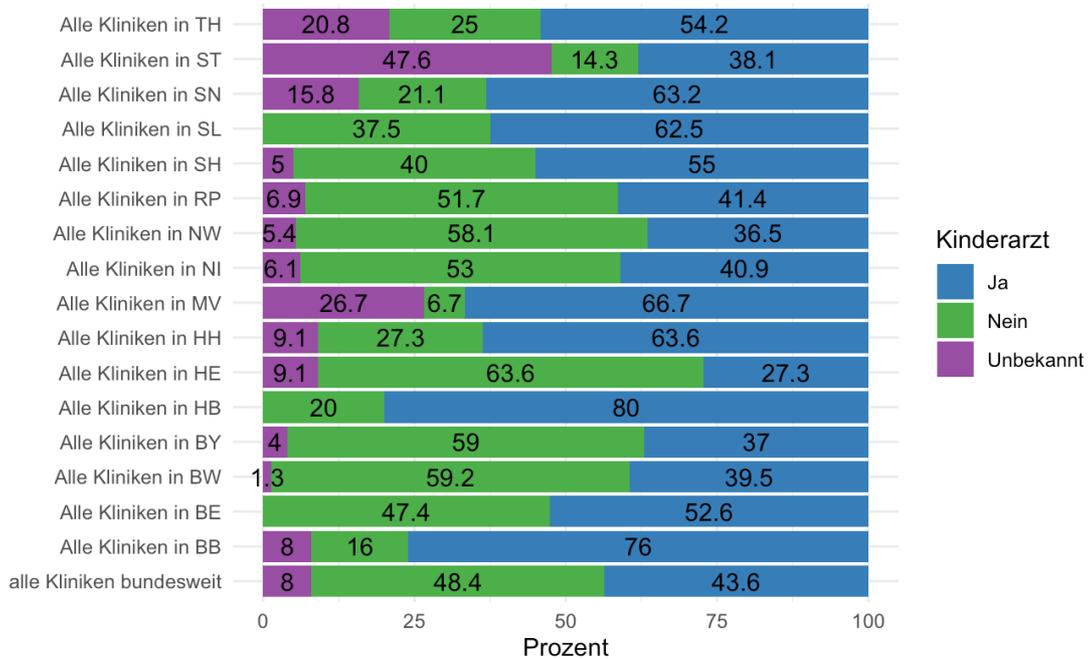
Auf Bundesebene konnten wir zu 65,5 Prozent aller Geburtsabteilungen sicher klären, ob Kinderärztinnen oder -ärzte rund um die Uhr im Haus sind. Das war bei 43,6 Prozent der Fall und bei 21,9 Prozent nicht der Fall. Bei 34,5 Prozent konnten wir das nicht sicher klären. Es handelt sich hierbei um einige Kliniken mit dem Level III, zum großen Teil aber um Kliniken mit dem Level IV, die sich nicht an der Umfrage beteiligt haben.

Blickt man wie bei den anderen beiden Fachärztdisziplinen auf die Länder mit der besten Datenlage zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern: Während in Brandenburg nur 16 Prozent aller Kliniken sicher keine Kinderärztinnen oder -ärzte rund um die im Haus haben, in Sachsen 18,4 Prozent und in Bremen 20 Prozent, so sind es in Berlin 47,4 Prozent und in Rheinland-Pfalz sogar 51,7 Prozent.

Unsere Recherche legt nahe, dass kaum eine Level-IV-Klinik 24/7 Kinderärztinnen oder -ärzte im Haus hat. Nimmt man das für alle Level-IV-Kliniken an, ergibt sich folgende Situation in den Geburtskliniken:

Ist 24/7 eine Kinderärztin oder ein Kinderarzt anwesend?

Unter der Annahme, dass Level-IV-Kliniken keine 24/7-Anwesenheit haben

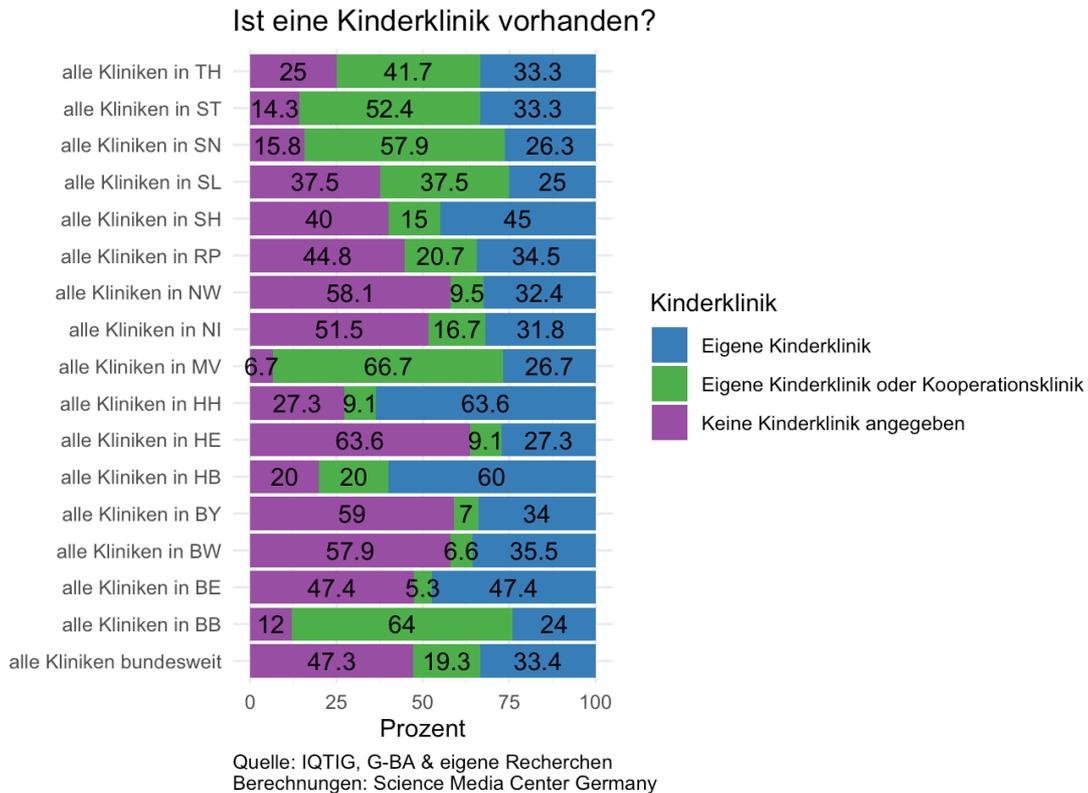


Quelle: IQTIG, G-BA und eigene Daten
Berechnungen: Science Media Center Germany

d) Existenz einer Kinderklinik

Auch ob im selben Krankenhaus neben der geburtshilflichen Abteilung eine Kinderklinik existiert, geht aus den öffentlichen Daten nicht klar und vollständig hervor. Sicher verfügen die Perinatalzentren Level I und II über Kinderkliniken. Sie sind darauf eingestellt, auch kleinste Frühchen zu behandeln und müssen sogar von Neonatologinnen oder Neonatologen geleitet werden. Diese besondere Disziplin innerhalb der Kinderheilkunde ist auf Neugeborene spezialisiert. Kliniken mit dem Level III müssen laut gesetzlicher Vorschrift entweder eine Kinderklinik im Haus haben – oder mit einer solchen Klinik kooperieren. Sie haben also nicht immer eine eigene Kinderklinik.

Da in den Kliniken, die eine Kinderklinik haben, auch die ständige Anwesenheit von Kinderärztinnen oder -ärzten häufig ist, ergibt sich bei den Kinderkliniken ein ganz ähnliches Bild wie bei der zweiten Grafik zu den Kinderärzten (Abb.)

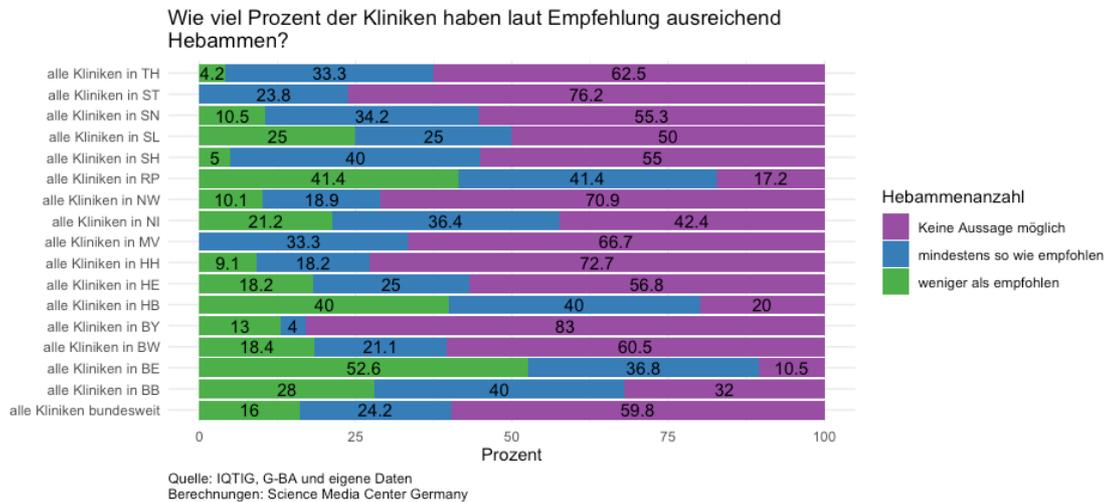


e) Ausreichend Hebammen im Kreißaal

Zur Ausstattung der Kreißsäle mit Hebammen gibt es keinerlei öffentliche Informationen. Wir haben dazu von 261 geburtshilflichen Abteilungen verwertbare Antworten erhalten. Sie haben angegeben, wie viele Hebammen in ihren Kreißsälen arbeiten – gerechnet in vollen Stellen. Anschließend haben wir wissenschaftlich begründete Empfehlungen gesucht, an denen wir diese Zahlen messen können. Das erwies sich als schwierig. Gute Berechnungsgrundlagen für einen Hebammenschlüssel, der zu einer Eins-zu-Eins-Betreuung führen würde, gibt es nicht. Die einzige Leitlinie, die Zahlen dafür angibt, wie viele Hebammen in einem Kreißaal arbeiten sollten, ist eine S1-Leitlinie: „Empfehlung für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung“ [5]. Sie wird zurzeit überarbeitet. Mangels aktuellerer oder besserer Vorgaben haben wir dennoch darauf zurückgegriffen. Die Leitlinie empfiehlt für Kliniken bis zu 600 Geburten 5,65 in Vollzeit angestellte Hebammen. Diese Anzahl an Hebammen erlaubt es, rund um die Uhr Hebammen vorzuhalten. Größeren Kliniken empfiehlt die Leitlinie je 100 weitere Geburten 0,93 Stellen zusätzlich. Die Leitlinie gibt an, damit sei zu 95 Prozent eine Eins-zu-Eins-Betreuung möglich. Alle Fachleute, mit denen wir uns ausgetauscht haben, widersprechen dem. Der Wert von ungefähr einer vollen Stelle pro 100 Geburten und Jahr führe dazu, dass die Arbeit für die Hebammen im Kreißaal gerade zu schaffen sei. Eine Eins-zu-Eins-Betreuung sei damit nur in Ausnahmefällen möglich.

Die Anzahl von 261 verwertbaren Antworten liegt deutlich unter der Anzahl der 351 Kliniken, die geantwortet haben. Das liegt daran, dass sich nicht alle Kliniken zu ihrem Personalschlüssel bei den Hebammen äußern wollten. Einige Antworten hingegen konnten wir nicht berücksichtigen, weil wir Rückfragen dazu nicht klären konnten.

Die wenigen Länder mit ausreichender Datenlage (Berlin, Bremen, Rheinland-Pfalz) spiegeln den Eindruck aus zahlreichen Telefonaten wider: Viele der Kliniken können die Empfehlungen einhalten – viele aber auch nicht. Sie suchen oft händeringend nach Hebammen.

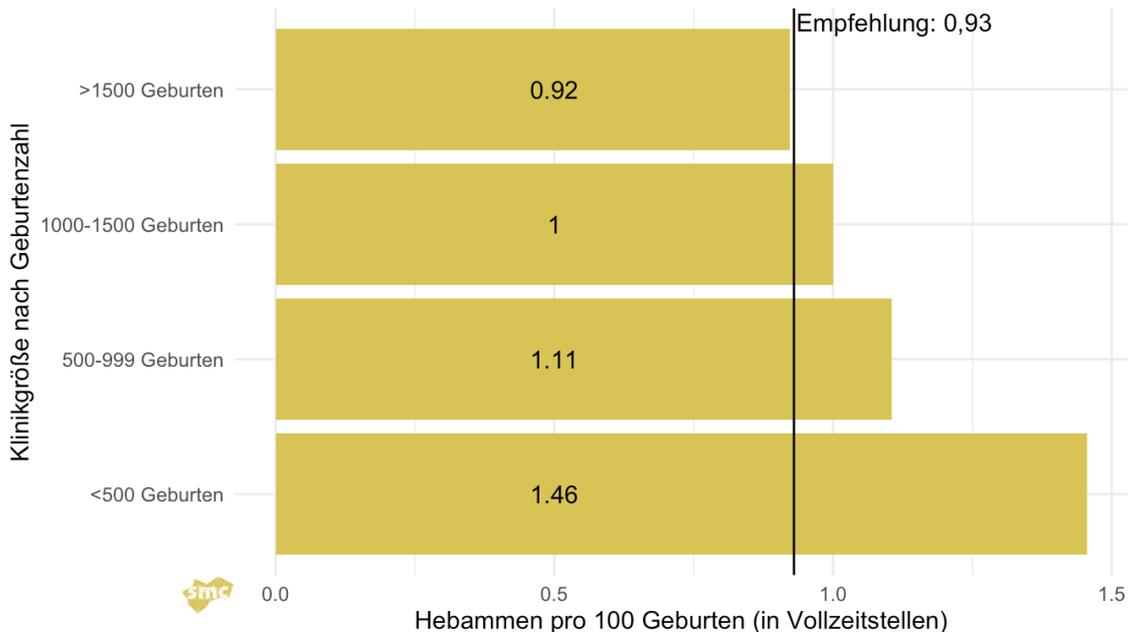


- ▶ In Berlin geben 52,6 Prozent aller Kliniken Zahlen an, die zeigen, dass in den Kreißsälen die Empfehlungen der Leitlinie nicht eingehalten werden können. 36,8 Prozent der Kliniken können die Empfehlung einhalten. Zu 10,5 Prozent der Kliniken in Berlin fehlen Daten zur Anzahl der Hebammen.
- ▶ In Bremen geben 40 Prozent der Kliniken Zahlen an, die zeigen, dass die Empfehlungen nicht eingehalten werden können. In 40 Prozent der Kliniken können sie eingehalten werden. Zu 20 Prozent der Kliniken fehlen uns Angaben.
- ▶ In Rheinland-Pfalz können 41,4 Prozent der Kliniken die Empfehlungen einhalten, 41,4 Prozent können es nicht. Zu 17,2 Prozent der Kliniken fehlen uns Angaben.

Schaut man auf die Größen der Geburtskliniken (nach Anzahl der Geburten), zeigt sich: Die Anzahl der Hebammen pro 100 Geburten im Jahr ist in den Kliniken mit weniger als 500 Geburten im Jahr am größten.

Hebammen pro 100 Geburten und Jahr, gerechnet in Vollzeitstellen (Median)

Datengrundlage: Angaben von 261 Kliniken



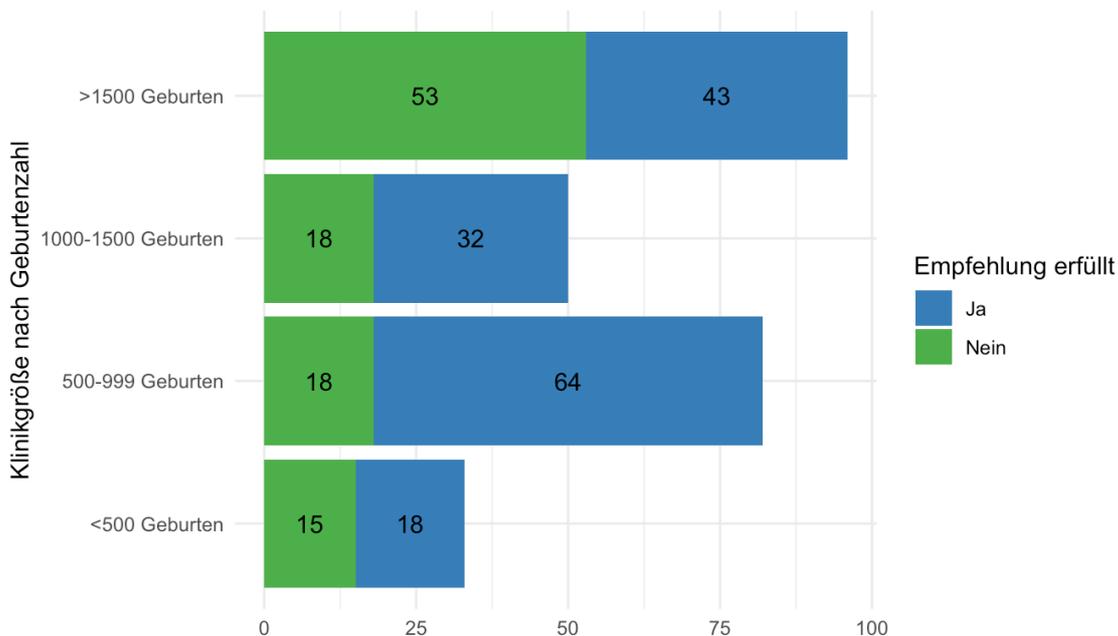
Quelle: eigene Daten, G-BA
Berechnungen: Science Media Center Germany

Dieser Effekt entsteht wahrscheinlich dadurch, dass Kliniken grundsätzlich mindestens 5,65 Hebammen-Vollzeitstellen brauchen, wenn ständig eine Hebamme vor Ort sein soll. Laut der bereits zitierten S1-Leitlinie reichen diese 5,65 Vollzeitstellen für eine Versorgung von bis zu 600 Geburten im Jahr aus. Doch auch eine Klinik, in der nur 300 Kinder jährlich zur Welt kommen, braucht 5,65 Vollzeitstellen, wenn sie rund um die Uhr und 365 Tage im Jahr eine Hebamme im Haus haben will. Das heißt: Kleinere Kliniken müssen mehr Hebammen pro 100 Geburten und Jahr einstellen als größere Kliniken – die mit ihrer viel größeren Anzahl an Hebammen die 24/7 - Anwesenheit ohnehin erreichen. So ist das Betreuungsverhältnis in Kliniken mit sehr wenigen Geburten oft besser als in großen Kliniken.

Der Hebammenmangel in großen Kliniken zeigt sich auch nochmal in einer anderen Darstellung: Bildet man ab, ob die Kliniken die Empfehlungen der S1-Leitlinie umsetzen können, wird deutlich, dass mehr als die Hälfte der Kliniken mit über 1500 Geburten im Jahr dies nicht schafft. Die geführten Telefonate legen nahe: Die Kliniken würden gerne mehr Hebammen einstellen, finden aber keine. Die Grafik macht aber auch klar: Bei der Gruppe der Kliniken mit weniger als 500 Geburten sieht es nicht viel anders aus: Auch hier erfüllt ein großer Teil die Empfehlungen nicht. Zwar haben diese kleinen Kliniken durchschnittlich mehr Hebammen pro 100 Geburten als größere Kliniken. – Aber nicht zu jeder Tages- und Nachtzeit. Viele der kleineren Kliniken haben weniger als 5,65 Vollzeitstellen angegeben und können daher nicht rund um die Uhr eine Hebamme vor Ort vorhalten, wie es die Leitlinie empfiehlt.

Wie viele Kliniken haben laut Empfehlung ausreichend Hebammen?

Datengrundlage: Angaben von 261 Kliniken



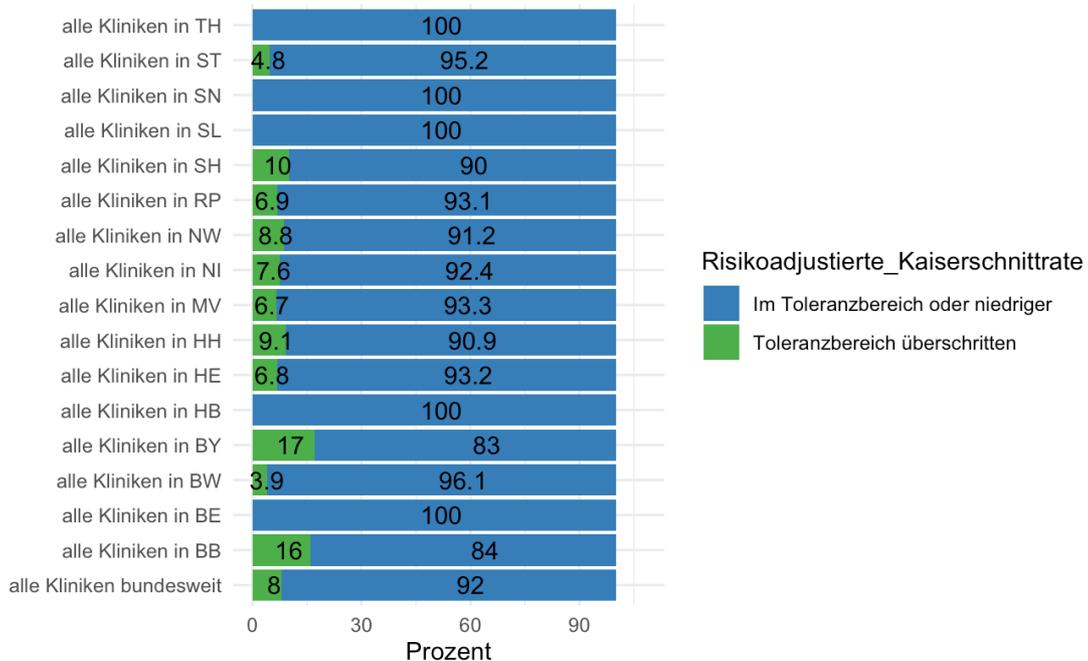
Quelle: eigene Daten, G-BA
Berechnungen: Science Media Center Germany

f) Risikoadjustierte Kaiserschnitttrate nach gesetzlicher Qualitätssicherung

Den Qualitätsindikator zur risikoadjustierten Kaiserschnitttrate halten Fachleute aus der Geburtshilfe und der Qualitätssicherung für sehr aussagekräftig. Das liegt unter anderem daran, dass hier nicht einzelne Ereignisse gezählt werden – die möglicherweise auch noch subjektiven Einschätzungen unterliegen – sondern Operationen, die auch abgerechnet werden. Das heißt: Die Verlässlichkeit der Daten ist sehr hoch. Hinzu kommt: Expertinnen und Experten aus der Qualitätssicherung haben über Jahre die Erfahrung gesammelt, dass sich hinter einer sehr hohen Kaiserschnitttrate tatsächlich sehr häufig Qualitätsmängel verbergen (s. Kap. II/6). Das kann zum Beispiel der Mangel an erfahrenem Fachpersonal sein oder schlecht organisierte Arbeitsabläufe.

Für die folgenden Grafiken haben wir die Ergebnisse der Qualitätssicherung in zwei Kategorien geteilt: In eine Kategorie fallen Kliniken, die in dem definierten Toleranzbereich der gesetzlichen Qualitätssicherung liegen, in die zweite Kategorie Kliniken, die den Toleranzbereich überschreiten.

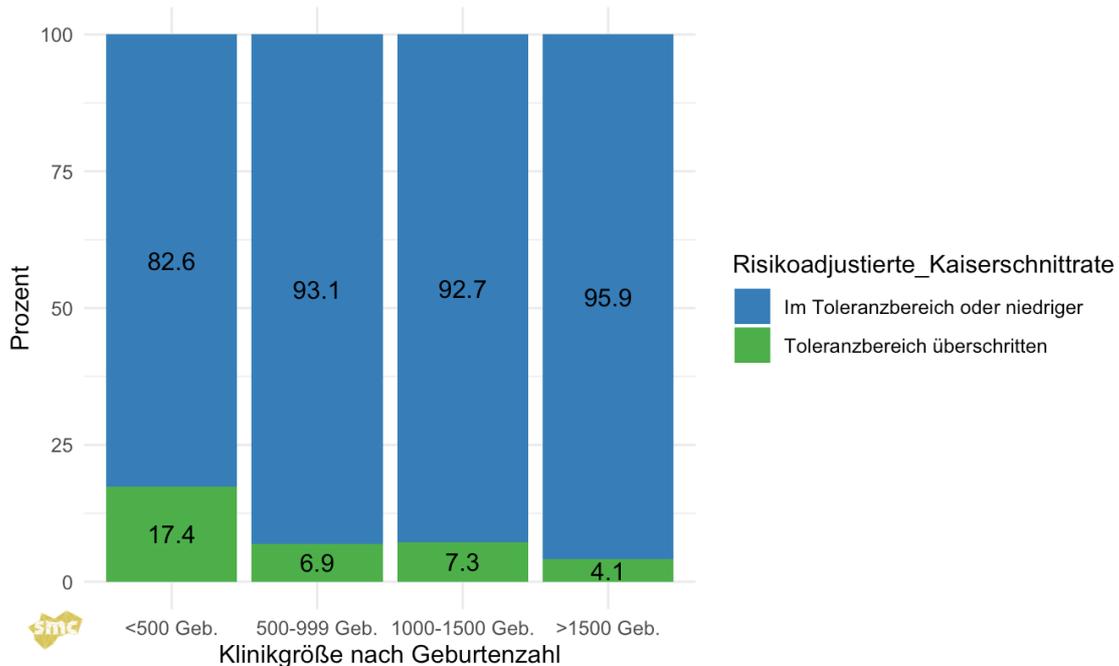
Risikoadjustierte Kaiserschnitttrate: Anteil der Kliniken 2018 im Toleranzbereich und über dem Toleranzbereich



Schaut man sich die Kliniken unter diesem Aspekt nach Größe sortiert an, dürfte das so manche Eltern überraschen: So liegt die Kaiserschnitttrate bei großen Kliniken mit über 1500 Geburten deutlich seltener über dem Grenzwert (4,1 Prozent) als bei kleinen Kliniken unter 500 Geburten (17,4 Prozent). Fachleute vermuten, dass das an einem Mangel an erfahrener Personal im Kreißaal liegen könnte. So ist bekannt, dass unerfahrene Ärztinnen und Ärzte schneller in Sorge über vermeintliche Komplikationen geraten – weil sie diese Komplikationen seltener gesehen haben als erfahrene Kollegen: „Dann breche ich in einer unklaren Situation die Geburt – vernünftigerweise – schneller ab und mache einen Kaiserschnitt“, so Dr. Maike Manz.



Risikoadjustierte Kaiserschnitttrate: Anteil der Kliniken 2018 im Toleranzbereich und über dem Toleranzbereich



Quelle: G-BA
Berechnungen: Science Media Center Germany

V/4 Wie können Eltern mit dem Kreißsaal-Navigator eine geeignete Klinik finden?

Der Kreißsaal-Navigator enthält für alle 649 Geburtskliniken in Deutschland einige Informationen, die aus öffentlichen Daten abzuleiten sind, so zum Beispiel die Geburtzahl, die Kaiserschnitttrate und ob eine Kinderklinik in der Klinik existiert. Für die 351 Kliniken, die sich an der Umfrage beteiligt haben, gehen die Informationen über die öffentlichen Daten hinaus: Die Eltern erfahren, welche Ärzte rund um die Uhr anwesend sind und ob es ausgebildete Stillberaterinnen gibt, die ausschließlich für diese Beratung eingesetzt werden. Für 261 Kliniken erhalten Eltern Auskunft dazu, wie viele Hebammen im Kreißsaal arbeiten.

Der Navigator führt Eltern in acht Schritten zu einer Liste von Kliniken, die ihren Auswahlkriterien entsprechen. Sie können auf diesem Weg festlegen, was ihnen wichtig ist und was nicht. Die Bedeutung der einzelnen Filterkriterien wird ihnen erläutert. Am Ende bleiben in einer ersten Liste die Geburtskliniken übrig, die allen Auswahlkriterien entsprechen. Eine zweite Liste informiert über weitere Kliniken in der Umgebung.

In vielen Bundesländern bietet der Kreißsaal-Navi Eltern zahlreiche Informationen zu vielen Kliniken. Eltern können mit deren Hilfe entscheiden, wie viel Sicherheit und Betreuung sie sich wünschen und dementsprechend eine Klinik auswählen. In anderen Regionen, in denen viele Kliniken nicht an der Umfrage teilgenommen haben, erhalten Eltern weniger Informationen. Sie sehen aber auf einen Blick, bei welcher Klinik wichtige Hinweise fehlen und können gezielt in den Kliniken danach fragen, die sie interessieren.

Während in den Ballungsgebieten Eltern eine Vielzahl an Kliniken zur Auswahl haben, sieht das in dünn besiedelten Regionen anders aus. Dort haben die Bürger oft nur ein Krankenhaus in der Nähe, das Geburtshilfe anbietet. Das muss nicht problematisch sein, wenn die nächste Klinik zumindest viele der wichtigen Kriterien erfüllt – wie das häufig in den neuen Bundesländern der Fall ist: Dort ist die Anzahl an Level-IV-Kliniken, die Fachpersonal kaum rund um die Uhr vorhalten können und



über keine Kinderkliniken verfügen, niedrig. In den meisten alten Bundesländern dagegen liegt dieser Anteil meist bei rund 50 Prozent. „Zurzeit können Eltern dann nur abwägen“, so Prof. Frank Louwen: „Wie weit ist die nächste, besser ausgestattete Klinik entfernt? Wie viel weiter müsste ich wirklich fahren? Und ist mir die Sicherheit, die ich dadurch gewinne, das nicht wert?“ Die Geburt in einer Level-IV-Klinik, ohne Kinderarzt und Kinderklinik sei zu vertreten, wenn die nächste, bessere Klinik sehr weit weg sei. Aber nur dann, wenn wirklich keinerlei Risikofaktoren bei Mutter und Kind vorlägen. „Das ist bei rund 80 Prozent aller Geburten der Fall.“

Dr. Maïke Manz sagt: „Ich denke, eine halbe Stunde Fahrt kann man ohne Sorge einkalkulieren.“ Eltern kämen heute oft eher zu früh in die Klinik als zu spät. „Wenn ich jetzt aber zum sechsten Mal gebäre und die letzten fünf Mal ging es auch schon sehr schnell, sollte man sich eine Klinik aussuchen, die näher liegt. Für solche Fälle – oder eben zum Beispiel auch für Mütter, die auf Inseln leben – würde ich mir wünschen, dass es in Zukunft in der Nähe von gut ausgestatteten Kliniken sogenannte „Onboarding-Häuser“ gibt, kleine Apartments, in die Frauen zwei Wochen vor dem errechneten Termin ziehen könnten.“ Das funktioniert in vielen unserer europäischen Nachbarn sehr gut.

VI. Daten und Methoden

Das Science Media Center hat für dieses Rechercheprojekt drei unterschiedliche Analysen durchgeführt. Im Folgenden geben wir die wichtigsten Informationen zu den Daten und ihren Limitationen. Wir erklären unsere Validierungsprozesse und Rechenmethoden.

VI/1 Die Analyse der Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung

Datenquelle für die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung sind die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser (SQB) für das Jahr 2018. Sie enthalten die zurzeit aktuellen Daten zur Qualitätssicherung. Die SQB von 2019 enthalten bislang noch keine Qualitätsergebnisse. Sie sollen Mitte des Jahres nachgereicht werden. Als Grund gibt der Gemeinsame Bundesausschuss Verzögerungen wegen der Corona-Pandemie an.

Durch die Analyse der SQB wurden 686 Krankenhäuser gefunden, die 2018 eine Abteilung für Geburtshilfe hatten.

a) Eingeschlossene Indikatoren

Nach Gesprächen mit Fachärztinnen und Fachärzten für Geburtshilfe und der Landesstelle für Qualitätssicherung in Hessen haben wir vier Indikatoren aus dem Indikatorenset der externen Qualitätssicherung für Geburtshilfe ausgewählt, die für Geburten am Termin relevant sind:

- ▶ ID 50045 = Antibiotikaprophylaxe Kaiserschnitt
- ▶ ID 1058 = E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
- ▶ ID 52249 = risikoadjustierte Sectio-Rate (O/E-Wert)
- ▶ ID 51803 = Index für kritisches Outcome Reifgeborener

b) Ausgeschlossene Indikatoren

Wir haben uns in dieser Analyse auf Geburten am Termin fokussiert und den sehr speziellen Bereich der Frühgeborenen-Medizin damit nicht berücksichtigt. Die Indikatoren, die Frühgeborene betreffen, haben wir deshalb ausgeschlossen.



Ausgeschlossen haben wir auch die drei Indikatoren zur Azidose. Einer der Indikatoren bezieht sich auf Frühgeborene. Die anderen Indikatoren sind in Form eines risikoadjustierten Wertes im Index 51803 bereits enthalten und würden sonst mehrfach bewertet.

Nicht berücksichtigt haben wir zudem den Indikator Dammriss Grad III und IV, da er schon länger in der Kritik steht und nun dem Qualitätsindikator zu Dammriss Grad IV gewichen ist, der aber in den SQB 2018 noch nicht veröffentlicht ist.

c) Ausgewertete Daten

Bei den meisten Qualitätsindikatoren finden sich in den SQB zwei unterschiedliche Ergebnisse: Zum einen wird ein rechnerisches Ergebnis angegeben, zum anderen die Bewertung dieser rechnerischen Ergebnisse durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung bzw. durch das IQTIG. Konzept der Qualitätssicherung ist es, anhand rechnerischer Auffälligkeiten auf mögliche Qualitätsprobleme bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten aufmerksam zu werden. Fällt eine Klinik rechnerisch auf, sollen die zuständigen Institutionen durch Nachforschungen prüfen, ob es sich tatsächlich um Qualitätsmängel handelt – oder lediglich um einen rechnerischen Ausreißer oder einen Dokumentationsfehler, der begründet werden kann. Die Kliniken sollen also nicht allein wegen eines Rechenergebnisses als auffällig dargestellt werden - sondern aufgrund der Einschätzung von Fachleuten. Deshalb haben wir in diese Analyse lediglich die Bewertungen der zuständigen Institutionen einbezogen.

d) Kategorienbildung

Als Grundlage für die Bewertungen der Landesgeschäftsstellen gibt es ein standardisiertes Schema, das sieben Kategorien und zahlreiche Bewertungsmöglichkeiten umfasst [1]. Wir haben sie nach Rücksprache mit der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung in Hessen in drei Klassen eingeteilt:

Qualitativ unauffällig

- ▶ U 30, U31, U33, U33, U99 (Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig)
- ▶ R10 (Ergebnis liegt im Referenzbereich)
- ▶ S90 (Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog)

Qualitativ auffällig

- ▶ A40, A41, A42, A43, A99 (Bewertung nach Strukturiertem Dialog als auffällig)

Keine eindeutige Bewertung möglich

- ▶ H 20, H99 (Einrichtung auf rechnerisches auffälliges Ergebnis hingewiesen)
- ▶ D 50, D51, D99 (Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation)
- ▶ S 91 (Sonstiges: Strukturiertes Dialog noch nicht abgeschlossen)
- ▶ S 99 (Sonstiges: Sonstiges)

VI/2 Die Umfrage

Das SMC hat mit Hilfe von zwölf Regionalmedien (Zeitungen und öffentlich-rechtliche Rundfunkanstalten) alle Geburtskliniken Deutschlands um Auskunft zu einigen Kriterien gebeten, die Fachärztinnen und Fachärzte für Geburtshilfe für wichtig bei der Klinikwahl halten. Die Fragen wurden mit einem Online-Bogen an die Kliniken versandt. Details zur Entwicklung des Fragebogens und der gestellten Fragen entnehmen Sie bitte Kap. IV/2



Die Umfrage begann im Dezember 2020 und endete im März 2021. Die Kliniken wurden von den Medienpartnern dezentral angefragt, die Auskünfte der Kliniken zentral vom SMC Lab gesammelt, validiert und ausgewertet.

a) Welche Medien haben welche Kliniken angefragt?

Die Journalistinnen und Journalisten haben in der Regel alle Kliniken des Bundeslandes angefragt, in dem der Sitz ihrer Redaktion liegt. Es gab aber auch Ausnahmen.

- ▶ Die Badische Neueste Nachrichten: Ein Teil der Kliniken in BW
- ▶ Die Frankenpost: Alle Kliniken in BY und TH
- ▶ Der Hessische Rundfunk: Alle Kliniken in HE
- ▶ Die Neue Osnabrücker Zeitung: Alle Kliniken in HB, HH, MV und SH
- ▶ Die Ostfriesen-Zeitung: Alle Kliniken in NI
- ▶ Die Rheinische Post: Alle Kliniken in NRW
- ▶ Die Rhein-Zeitung: Alle Kliniken in RP
- ▶ Der Rundfunk Berlin-Brandenburg: Alle Kliniken in BB, BE und ST
- ▶ Die Saarbrücker Zeitung: Alle Kliniken im SL
- ▶ Die Sächsische Zeitung/ Freie Presse: Alle Kliniken in SN
- ▶ Die Stuttgarter Zeitung: Einen Teil der Kliniken in BW

Die Kliniken wurden alle mindestens einmal angeschrieben. In vielen Bundesländern sogar drei Mal. Die ersten Anfragen gingen an die Pressestellen der Kliniken. Später wurden die Cheförzttinnen und -ärzte der Geburtskliniken direkt angeschrieben.

b) Validierungsmethoden

Bei den Angaben der Kliniken handelt sich Selbstauskünfte, die wir umfassend auf mögliche Fehler überprüft haben. Folgende Validierungsmethoden wurden angewendet:

Die **Geburtenzahl**, die die Kliniken für 2019 angegeben hatten, wurde mit der Geburtenzahl 2018 aus den SQB abgeglichen. Bei einer Differenz von über 20 Prozent haben wir die Daten mit der Milupa-Geburtenliste 2019 abgeglichen.

Die Angaben der Kliniken zu ihrer **Ärztepräsenz** haben wir mit der Analyse des Kliniklevels abgeglichen (s.Kap VI/3d). So müssen Kliniken der Level I und II immer rund um die Uhr die Fachärztinnen und Fachärzte im Haus haben, nach denen wir gefragt haben. Kliniken mit dem Level IV haben in der Regel nicht rund um die Uhr eine Kinderärztin oder -arzt im Haus. Tauchten während dieses Abgleichs Widersprüche auf, wurden die Kliniken angeschrieben oder angerufen. Gab es keine Antwort, haben wir die Ärztepräsenz als „keine verwertbare Angabe“ gewertet.

Die **Hebammenanzahl in Vollzeitäquivalenten (VK)** war keine Pflichtangabe im Fragebogen. Gerade Kliniken, die viel auf freiberufliche Hebammen zurückgreifen, haben häufig Schwierigkeiten, ihre Besetzung in Vollzeitäquivalenten auszudrücken, also in volle Stellen umzurechnen. Insgesamt haben wir daher zu dieser Frage nur 261 verwertbare Daten bekommen. Die Angaben haben wir mit Hilfe der S1-Leitlinie „Empfehlung für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung“ validiert. Diese empfiehlt, dass Kliniken für bis zu 600 Geburten im Jahr 5,65 VK vorhalten sollten. Kliniken, die mehr Geburten betreuen, sollten je 100 weitere Geburten pro Jahr 0,93 VK zusätzlich einstellen. Die meisten Kliniken hatten



Werte angegeben, die höchsten 35 Prozent nach oben oder unten abwichen. Alle Kliniken mit weiter abweichenden Werten wurden angeschrieben oder angerufen (n=147). Die meisten Kliniken haben Korrekturen zurückgemeldet. Die beide häufigsten Fehlerursachen waren Tippfehler und die Angabe aller Hebammenstellen im Krankenhaus statt der geforderte Hebammenstellen im Kreißaal. Wenn die Kliniken nicht auf unsere Rückfragen geantwortet haben oder die Rückfragen nicht zu klären waren, wurde die Angabe der VK aus dem Datensatz entfernt (n=37).

Die Angaben zur **Sollschicht-Besetzung der Kreißsäle mit Hebammen und zum hebammengeleiteten Kreißaal** haben wir nach der Validierung von allen weiteren Analysen ausgeschlossen (s. Kap V/2). Die Fragen waren offensichtlich unterschiedlich aufgefasst worden.

c) Berechnung des Wertes zur Anzahl der Hebammen im Kreißaal

Während die meisten Fragen der Umfrage mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten waren, hatten wir bei der Anzahl der Hebammen in Vollzeitäquivalenten (VK) um eine Anzahl gebeten. Sie sagt als rohe Zahl nichts aus, da man sie ins Verhältnis zur Geburtenzahl setzen muss. Wir haben uns dazu entschieden, die Zahl an einer der wenigen verfügbaren Empfehlungen zu messen: die bereits mehrfach zitierte S1-Leitlinie zur perinatalogischen Versorgung. Eine Einordnung dieser Empfehlung entnehmen Sie bitte Kapitel V/3e. Die Empfehlung sieht einen Wert von 5,65 VK bis zu 600 Geburten im Jahr vor. Für größere Kliniken je 100 weitere Geburten 0,93 VK zusätzlich. Damit ist für jede Klinik ein Ist-Wert und ein Sollwert an Hebammen pro 100 Geburten und Jahr berechenbar.

Für die Analysen auf Bundesebene in diesem Investigative wurden die Kliniken in zwei Kategorien geteilt:

- ▶ **Kliniken, die die Empfehlungen der S1-Leitlinie erfüllen oder übererfüllen** (IST-Wert größer gleich SOLL-Wert)
- ▶ **Kliniken, die die Empfehlungen nicht erfüllen** (IST-Wert kleiner SOLL Wert).

Für die Berechnung der Ergebnisse auf Klinikebene, die im Kreißaal-Navigator erscheinen, werden die Abweichungen vom IST-Wert zum SOLL-Wert in Prozent angegeben: zum Beispiel „10 Prozent mehr als empfohlen“ oder „5 Prozent weniger als empfohlen“.

VI/3 Weitere Datenanalysen für das Tool „Kreißaal-Navigator“

Für den Kreißaal-Navigator haben wir aus den SQB weitere Daten extrahiert, die relevant für die Geburtskliniken sind. Grundlagen waren auch hier die SQB von 2018 – mangels neuerer Daten.

a) Die Geburtenzahl

Hierfür haben wir die Grundgesamtheit des Indikators 52249 zur Kaiserschnitttrate verwendet.

b) Die rohe Kaiserschnitttrate

Diese haben wir als Quotient aus den beobachteten Ereignissen und der Grundgesamtheit des Indikators 52249 zur Kaiserschnitttrate berechnet.

c) Die Einstufung der risikoadjustierten Kaiserschnitttrate

Das SMC hatte anlässlich des Investigative zur S3-Kaiserschnittleitlinie [26] die risikoadjustierte Kaiserschnitttrate der Kliniken analysiert. Dazu wurden die Ergebnisse der Kliniken mit Hilfe der



Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung in Hessen in fünf Klassen eingeteilt. Für den Kreißaal-Navigator haben wir zwei Kategorien daraus gemacht:

- ▶ „Im Toleranzbereich oder niedriger“: Hierunter fallen Ergebnisse bis 1,23. Das ist der vom IQTIG festgesetzte Wert, bis zu dem die risikoadjustierte Rate als unauffällig gilt.
- ▶ „Toleranzbereich überschritten“. Hierunter fallen Werte, die höher sind als 1,23. Diese Werte gelten als rechnerisch auffällig.

Die Qualitätsbewertungen der Kliniken durch die zuständigen Institutionen haben wir für diese Version des Kreißaal-Navis dabei ganz außenvor gelassen, da sie ein schwerwiegendes Urteil darstellen, aber nicht mehr aktuell sind.

d) Das Level der Klinik

Die Zuordnung zum korrekten Level war für den „Kreißaal-Navigator“ von großer Bedeutung, weil für die Level unterschiedliche gesetzliche Regelungen für die Vorhaltung von Fachpersonal gelten:

Perinatalzentren Level I sind Kliniken der höchsten Versorgungsstufe. Sie müssen die höchsten Auflagen erfüllen, die streng geprüft werden: Sie brauchen Hebammen, Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie und Kinderheilkunde rund um die Uhr. Sogenannte „Rufdienste“ – bei denen Fachpersonal bei Bedarf angefordert wird, sind nicht zulässig. Level-I-Zentren brauchen außerdem eine Intensivstation für Neugeborene – eine sogenannte „Neonatalogie“. Es müssen ständig Kinderärztinnen oder -ärzte anwesend sein.

Perinatalzentren Level II sind ähnlich ausgestattet wie Level-I-Kliniken. Wie in Level-I-Zentren ist gesetzlich vorgeschrieben, dass Hebammen, Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie und Kinderheilkunde rund um die Uhr vor Ort sind. Es muss ebenfalls eine Kinderklinik mit Neugeborenen-Intensivstation angeschlossen sein.

Level-III-Kliniken oder Kliniken mit „perinatalem Schwerpunkt“ sind Geburtskliniken, denen eine Kinderklinik angeschlossen sein muss. In der Regel befindet sie sich im gleichen Krankenhaus. Es kommen aber auch Kooperationen mit anderen Krankenhäusern vor. Die gesetzlichen Regelungen für Level-III-Kliniken zur Anwesenheit von Fachpersonal sind deutlich weniger umfangreich als die für Perinatalzentren. So müssen Hebammen, Frauenärztinnen und Frauenärzte nicht rund um die Uhr im Haus sein. Es sind Rufdienste zulässig. Rund um die Uhr muss ein Arzt oder Ärztin für den „pädiatrischen Dienst“ anwesend sein. Es muss sich dabei aber nicht um fertig ausgebildete Fachärztinnen oder Fachärzte handeln.

Für **Level-IV-Kliniken oder reine „Geburtskliniken“** gibt es kaum gesetzlichen Regelungen für die Anwesenheit von Fachpersonal. Sowohl Hebammen als auch Fachärztinnen und Fachärzte aus den Bereichen Geburtshilfe, Anästhesie und Kinderheilkunde müssen nicht rund um die Uhr anwesend sein. Eine Kinderklinik oder die Zusammenarbeit mit einer Kinderklinik ist nicht erforderlich.

In den SQB werden die unterschiedlichen Level mit Codes abgebildet:

- ▶ **Der Code CQ05 steht für die Kliniken mit dem Level I**
- ▶ **Der Code CQ06 steht für die Kliniken mit Level II**
- ▶ **Der Code CQ07 steht für die Kliniken mit dem Level III.**

Wir haben die SQB auf diese Codes hin analysiert. Die Informationen zu den Leveln sind nicht in allen Qualitätsberichten eindeutig. Es kommt vor, dass alle drei Codes in einem Qualitätsbericht enthalten sind. Wir haben deshalb die Daten der Qualitätsberichte 2018 mit den Daten der Strukturabfrage 2018 des IQTIG abgeglichen, die ebenfalls Informationen zu den Kliniken der Level I bis III enthalten [23]. Für diese Abfrage bekommen alle Kliniken jährlich einen



Erhebungsbogen vom IQTIG, in dem Sie unter anderem ihr Level angeben müssen. Der Abgleich zeigte, dass die beiden Datenbestände erhebliche Unterschiede aufweisen. Zum Teil widersprachen sich die Angaben (n=15). Ein weitaus größerer Teil der Kliniken waren zwar laut der SQB Kliniken der Level I, II oder III – tauchten aber in der Strukturabfrage nicht auf (n=108). Die Level-Zugehörigkeit haben wir in diesen beiden Fällen mit Hilfe der inzwischen online verfügbaren Strukturabfrage [25], durch eigene Web- und Telefonrecherche geklärt.

346 Geburtskliniken gehörten sowohl laut SQB als auch laut Strukturabfrage des IQTIG [23][25] nicht zu den Leveln I bis III - bzw. werden nicht als solche geführt. Wir haben sie deshalb als Level IV eingestuft.

Anhand der Level war es möglich, den Kliniken einige wichtige Merkmale zuzuordnen – auch wenn sie sich nicht an der Umfrage beteiligt hatten.

Allen Level I- und II-Kliniken haben wir folgende Informationen zugeordnet:

- ▶ Diese Kliniken halten rund um die Uhr Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie, Anästhesie und Geburtshilfe vor.
- ▶ Diese Kliniken haben eine eigene Kinderklinik im Haus.

Allen Level III-Kliniken haben wir folgende Information zugeordnet:

- ▶ Diese Kliniken haben eine eigene Kinderklinik im Haus oder kooperieren mit einer Kinderklinik.

Allen Level-IV-Kliniken haben wir folgende Information zugeordnet:

- ▶ keine Kinderklinik angegeben.

VII. Literatur

- [1] IGES-Institut (2019): **Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit.** Link: <https://bit.ly/2QPs1i2>
- [2] Statistisches Bundesamt (2020): **Grunddaten der Krankenhäuser.** Link: <https://bit.ly/3ndbUH9>
- [3] Luegmair K (2018): **Wünsche und Bedürfnisse Schwangerer und Gebärender an den Geburtsort.** Die Hebamme; 31(02): 80-87. DOI: 10.1055/a-0589-4389. Link: <https://bit.ly/3tKv89m>
- [4] Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): **Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene.** Link: <https://www.g-ba.de/richtlinien/41/>
- [5] Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin: AWMF online; Register-Nr. 087/001. Stand: 05/2015, wird aktuell überarbeitet: **S1-Leitlinie 087-001: Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland.** Link: <https://bit.ly/3nfqJsx>
- [6] Perinatologische Arbeitsgemeinschaft München (1977): **Die Münchner Perinatalstudie.** Deutsches Ärzteblatt; 51: 3015-3020. Link: <https://bit.ly/3exhU9Q>
- [7] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: **Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung.** Link: <https://bit.ly/3dN18nY>
- [8] Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): **Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung.** Link: <https://bit.ly/32GO0dt>



- [9] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2021): [Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL Geburtshilfe, Erfassungsjahr 2020](#).
Link: <https://bit.ly/2QrA2tx>
- [10] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2020): [Qualitätsreport 2020](#).
Link: <https://bit.ly/3dLPF8c>
- [11] Petzold T et al. : [Aufwand und Nutzen der externen Qualitätssicherung gemäß §137 SGB V, Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden](#). Link: <https://bit.ly/3dLv5EN>
- [12] Klakow-Franck R (2020): [Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen – Defizite und Lösungsvorschläge](#). Gesundheitswesen aktuell 2020. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung. S.64. DOI: 10.30433/GWA2020-60. Link: <https://bit.ly/2Qv5ln8>
- [13] Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): [Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses vom 17. Januar 2019 über eine Beauftragung des IQTIG mit der Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität](#). Link: <https://bit.ly/2RXJvcy>
- [14] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen: [Planungsrelevante Qualitätsindikatoren](#). Link: <https://bit.ly/3sFBjdy>
- [15] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2020): [Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019 Geburtshilfe, Qualitätsindikatoren und Kennzahlen](#).
Link: <https://bit.ly/2QSWV9f>
- [16] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2020): [Bericht zum Strukturierten Dialog 2019, Erfassungsjahr 2018](#). Link: <https://bit.ly/2QPuMzU>
- [17] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen: [Methodische Grundlagen](#). S. 20.
Link: <https://bit.ly/3xi12ML>
- [18] Döbler K et al. (2016): [Externe stationäre Qualitätssicherung nach §137 SGB V: Analyse der Dokumentationsqualität](#). MDK Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.
Link: <https://bit.ly/3dIK2re>
- [19] Statistisches Bundesamt Bereich Gesundheit (2021): [Grunddaten der Krankenhäuser](#).
Link: <https://bit.ly/3tOqDKZ>
- [20] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2020): [S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin \(Langfassung\)](#). AWMF online; Register -Nr. 015-084. Link: <https://bit.ly/3eqgsG6>
- [21] [Weisse Liste](#). Zuletzt aufgerufen 22.04.2021. Link: <https://www.weisse-liste.de/>
- [22] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2020): [Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Ergebnisse](#). Link: <https://bit.ly/3vfyLEF>
- [23] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2019): [Strukturabfrage gem. QFR-RL Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2018](#). Link: <https://bit.ly/3esXizg>
- [24] Deutscher Hebammen Verband (2019): [Hebammenkreißsäle in Deutschland](#).
Link: <https://bit.ly/3azKkPj>
- [25] [Perinatalzentren](#). Zuletzt aufgerufen am 22.04.21. Link: <https://perinatalzentren.org/strukturabfrage/>
- [26] Science Media Center (2020): [Erste S3-Leitlinie Kaiserschnitt: Hintergrund und regionale Datenanalyse](#). Investigative. Stand: 12.06.2020. Link: <https://bit.ly/3sSYBfX>



investigative

Ansprechpartner in Redaktion und Lab

Meike Hemschemeier

Redakteurin Medizin und Lebenswissenschaften

Meik Bittkowski

Leiter Softwareentwicklung und Datenwissenschaft

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Disclaimer

Dieses „investigative“ wird herausgegeben vom Science Media Center Germany. Es bietet Hintergrundinformationen zu wissenschaftlichen Themen, die in den Schlagzeilen deutschsprachiger Medien sind, und soll Journalisten als Recherchehilfe dienen.

SMC-„investigatives“ verstehen sich nicht als letztes Wort zu einem Thema, sondern bieten Datenanalysen und eine Zusammenfassung des aktuell verfügbaren Wissens sowie Quellen und weiterführende Informationen. Dieses „investigative“ wurde von Experten aus der Wissenschaft auf Korrektheit geprüft.

Sie haben Fragen zu diesem Fact Sheet (z. B. nach Primärquellen für einzelne Informationen) oder wünschen Informationen zu anderen Angeboten des Science Media Center Germany? Dann schicken Sie uns gerne eine E-Mail an redaktion@sciencemediacenter.de oder rufen Sie uns an unter +49 221 8888 25-0.

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne RStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33
69118 Heidelberg
Amtsgericht Mannheim
HRB 335493

Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42-44
50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des §55 Abs.2 RStV

Volker Stollorz



science
media center
germany