

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
die Richtlinie über sektorbezogene Maßnahmen zur
Sicherung der Qualität der Versorgung in
krankenhausbetriebenen und hebammengeleiteten
Kreißsälen gemäß § 136a Absatz 7 SGB V

(Richtlinie zur Qualitätssicherung der hebammengeleiteten
Betreuung in Kreißsälen/QHKS-RL)

Vom 19. März 2026

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
	Zu § 1 Rechtsgrundlage und Regelungsgegenstand	3
	Zu § 2 Begriffsbestimmungen	5
	Zu § 3 Organisatorische Anforderungen	7
	Zu § 4 Personelle Anforderung an die leitende Hebamme.....	26
	Zu § 5 Anforderungen an die Prozessqualität	28
	Zu § 6 Voraussetzungen an die hebammengeleitete Betreuung	33
	Zu § 7 Anforderungen an die hebammengeleitete Betreuung	63
	Zu § 8 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen	85
	Zu § 9 Nachweisverfahren	85
	Zu § 10 Qualitätsziele und Evaluation.....	86
3.	Bürokratiekostenermittlung	90
4.	Verfahrensablauf	90
5.	Fazit.....	91
6.	Literaturverzeichnis.....	93
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	99

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat diese Richtlinie zur Qualitätssicherung der hebammengeleiteten Betreuung in Kreißsälen (QHKS-RL) auf Grundlage von § 136a Absatz 7 SGB V beschlossen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die hebammengeleitete Betreuung in Kreißsälen ist ein zusätzliches geburtshilfliches Betreuungsangebot im klinischen Setting. Die Betreuung kann ergänzend zur ärztlich geleiteten geburtshilflichen Betreuung in einem Kreißsaal stattfinden, der von einem Krankenhaus eingerichtet und betrieben wird und in dem Hebammen eigenverantwortlich Gebärende nach einem physiologischen Schwangerschaftsverlauf während der Entbindung betreuen. Es ist hierbei insbesondere das Ziel dieser Richtlinie, durch eine kontinuierliche Hebammenbetreuung Interventionen und medizinische Eingriffe bei physiologischen Geburten zu reduzieren (vgl. Begründung zu § 10 Absatz 1 Nummer 1), weshalb nachfolgend häufig auch der Begriff der Geburten verwendet wird, der im Unterschied zum Begriff der Entbindung fachlich weniger mit externen Eingriffen bzw. Interventionen in den physiologischen Geburtsverlauf assoziiert ist.

Die Gebärenden entscheiden sich aktiv dafür, dieses Betreuungsangebot wahrzunehmen. Die hebammengeleitete Betreuung im Sinne der Richtlinie darf nur erfolgen, solange nach dem allgemein anerkannten Stand hebammenwissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse im Sinne von § 9 Absatz 2 HebG und § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V Schwangerschaft und Geburt physiologisch verlaufen, und sich die Schwangere oder Gebärende nach ordnungsgemäßer Aufklärung und Beratung für eine solche Betreuung entscheidet. Der Kreißsaal wird dabei gemäß § 136a Absatz 7 SGB V von einer angestellten Hebamme geleitet. Nur bei physiologischem Schwangerschafts- und Geburtsverlauf ist eine Geburt in einem solchen Setting möglich. Bei Vorliegen bestimmter Befunde, die auf eine Regelwidrigkeit hindeuten oder diese anzeigen, ist die Hinzuziehung eines Arztes oder einer Ärztin und gegebenenfalls auch die Überleitung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung notwendig. Hierfür bedarf es bundesweit einheitlicher Kriterien, bei welchen Befunden eine Konsultation, eine Überleitung in die ärztlich geleitete Betreuung von Geburten oder ein Ausschluss und damit die Geburtsbetreuung unter ärztlicher Leitung notwendig sind. Die nicht abschließende Auflistung entsprechender Kriterien, die nach den Vorgaben der Richtlinie eine Konsultation, einen Ausschluss von der hebammengeleiteten Geburt oder eine Überleitung in die ärztlich geleitete Geburt erforderlich machen, kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Sie entbindet die Krankenhäuser nicht von ihrer Verpflichtung gemäß § 135a Absatz 1 SGB V entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu arbeiten und alle relevanten Überarbeitungen von Leitlinien, neue Studien usw. zu berücksichtigen und ggf. erforderliche Ergänzungen von weiteren Kriterien vorzunehmen und deren Anwendung in der Praxis sicherzustellen.

Das wesentliche Merkmal einer hebammengeleiteten Betreuung besteht in einem durchgängig hebammengeleiteten geburtshilflichen Betreuungspfad. Die hebammengeleitete Betreuung ersetzt nicht die herkömmliche ärztlich geleitete Betreuung von Geburten, sondern

stellt eine Erweiterung des geburtshilflichen Angebotes eines Krankenhauses dar und stärkt das Recht auf die freie Wahl des Entbindungsorts gemäß § 24f SGB V.

Das Angebot der hebammengeleiteten Betreuung ist in die bestehende Infrastruktur der geburtshilflichen Abteilung des Krankenhausstandortes integriert, sodass bei Bedarf während oder nach der Geburt die Gebärende von der hebammengeleiteten Betreuung in die ärztliche Betreuung übergeleitet werden kann. Die hebammengeleitete Betreuung kann in den gleichen Räumen erfolgen, in denen auch die ärztlich geleiteten Geburten des Krankenhauses betreut werden. Sie kann aber auch in eigenen Räumlichkeiten am Krankenhausstandort umgesetzt werden.

Andere bestehende Regelungen zu Anforderungen an die Ausstattung und Einhaltung von Qualitätsanforderungen für Geburten einschließlich der Betreuung des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt bleiben durch diese Richtlinie unberührt. Die G-BA Richtlinie zur Qualitätssicherung der hebammengeleiteten Betreuung in Kreißsälen sieht Mindestanforderungen vor, die bestimmen unter welchen Bedingungen Gebärende in einer hebammengeleiteten Betreuung versorgt werden können. Im Sinne der Richtlinie überprüft das Krankenhaus fallbezogen sowohl vor Beginn als auch während der Betreuung, ob die festgelegten Mindestanforderungen für die Voraussetzungen und die Durchführung der hebammengeleiteten Betreuung erfüllt sind. Die Durchsetzung der Einhaltung der Mindestanforderungen kann das Krankenhaus im Rahmen seiner Organisationsverantwortung erreichen.

Zur Herausarbeitung von Qualitätsanforderungen konnte sich der G-BA auf bereits bestehende Konzepte [21] von Hebammenverbänden und wissenschaftliche Erkenntnisse stützen, etwa aus Forschungsprojekten [38, 39]; [49].

Neben einem Erstkontakt in der Schwangerschaft, um die Eignung für eine hebammengeleitete Geburt festzustellen, ist ein Grundprinzip der hebammengeleiteten Geburtsbetreuung die Eins-zu-Eins-Betreuung mit Beginn der aktiven Eröffnungsphase sowie als Soll-Vorgabe die Zwei-zu-Eins-Betreuung in der aktiven Austrittsphase des Kindes. Um die Sicherheit der Gebärenden und des Neugeborenen zu gewährleisten, sind nach den Vorgaben der Richtlinie die Zusammenarbeit mit Hebammen und Ärztinnen und Ärzten der ärztlich geleiteten Betreuung von Geburten des Krankenhausstandortes sowie eine räumliche Anbindung an deren Infrastruktur zwingend notwendig. Diese Maßnahmen sind notwendig, um im Notfall schnell reagieren zu können.

Im Einzelnen

Zu § 1 Rechtsgrundlage und Regelungsgegenstand

Zu Absatz 1:

Absatz 1 gibt mit § 136a Absatz 7 SGB V die gesetzliche Rechtsgrundlage für diese Richtlinie an und bestimmt ihren entsprechenden Regelungsgegenstand. Hiernach legt diese Richtlinie geeignete sektorbezogene Maßnahmen, insbesondere an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einer geburtshilflichen Betreuung von Entbindungen gemäß § 24f SGB V in Kreißsälen fest, die von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden.

Gegenstand der Richtlinie sind folglich Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringung zugelassener Krankenhäuser, die entsprechende hebammengeleitete Entbindungen gemäß § 24f SGB V erbringen. Ein solcher Leistungsanspruch wird nach der vorgenannten gesetzlichen Vorschrift durch die freie Wahl der Versicherten konkret selbst begründet (vgl. BSG, Urteil vom 20. Februar 2025, Az. B 1 KR 6/24 R, juris Rn. 11 f.). Als Entbindungsort wird das Krankenhaus hierbei häufig gerade wegen der vorhandenen Hintergrundabsicherung gewählt (vgl. BSG, Urteil vom 20. Februar 2025, Az. B 1 KR 6/24 R, juris Rn. 14.). Die festgelegten Anforderungen an die Leistungserbringung sollen für Gebärende sowie Mütter mit ihren Neugeborenen bei der hebammengeleiteten Betreuung im Krankenhaus bundesweit ein einheitliches Versorgungsniveau gewährleisten, so dass im Ergebnis die Qualität der Betreuung und die Versorgung während der Geburt für sie sichergestellt werden.

In Abgrenzung zum Anwendungsbereich dieser Richtlinie wird die Qualitätssicherung für die Versorgung mit Hebammenhilfe durch freiberuflich tätige Hebammen im Rahmen eines Hebammenhilfevertrages durch die hierfür zuständigen Vertragspartner nach § 134a SGB V geregelt. Ebenso fallen gemäß § 136a Absatz 7 SGB V geburtshilfliche Betreuungen von Entbindungen in von einem Krankenhaus betriebenen Kreißsälen nicht in den Anwendungsbereich dieser Richtlinie, wenn sie von einer im Krankenhaus nicht angestellten (freiberuflichen oder selbständigen) Beleghebamme geleitet werden. Die entsprechenden Leistungen dieser Beleghebammen sind gemäß § 2 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG keine Krankenhausleistungen (vgl. zu den Möglichkeiten der Gleichbehandlung von Beleghebammen im Hinblick auf die finanzielle Förderung des besonderen Versorgungskonzeptes hebammengeleiteter Kreißsäle auch den Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 03.11.2025 zur Änderung des § 39 Absatz 2 Satz 3 SGB V durch das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG), BT-Drucksache 21/2512, S. 112).

Zu Absatz 2:

Nach den Regelungen in Absatz 2 ist die Betreuung nach Absatz 1 in die bestehende Infrastruktur der geburtshilflichen Abteilung des Krankenhausstandortes dergestalt zu integrieren, dass bei Bedarf unverzüglich von der hebammengeleiteten Betreuung in die ärztliche Betreuung übergeleitet werden kann.

Die Integration der hebammengeleiteten Geburtsbetreuungen in die bereits bestehende Infrastruktur einer geburtshilflichen Abteilung am Krankenhausstandort ermöglicht eine unverzügliche Überleitung von einer hebammengeleiteten Betreuung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung bei Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf oder in der Postpartal- oder Postnatalphase. Die Geburtsbetreuungen der ärztlich geleiteten Betreuungen können dabei in denselben Räumlichkeiten stattfinden wie die hebammengeleiteten Geburtsbetreuungen. Durch die enge Einbindung in die Infrastruktur der geburtshilflichen Abteilung sollen Verzögerungen bei notwendigen Überleitungen oder Konsultationen vermieden werden und das Schnittstellenmanagement verbessert und Prozesse beschleunigt werden, um eine höchstmögliche Sicherheit für Mutter und Kind zu gewährleisten.

Bei dieser Vorgabe handelt es sich um eine zwingend zu beachtende grundlegende organisatorische Anforderung, für die – isoliert –jedoch keine gesonderte Folge bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen gemäß § 8 besteht. Eine Verletzung dieser Anforderung führt gemäß § 8 Absatz 2 nur unter der Voraussetzung zum Wegfall des

Vergütungsanspruchs, wenn gleichzeitig eine konkrete Mindestanforderung) nicht eingehalten wurde.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 legt fest, dass die Qualitätsanforderungen dieser Richtlinie an die Strukturen und Prozesse grundsätzlich an dem Krankenhausstandort zu erfüllen sind. Dies ist insbesondere im Hinblick auf die Anforderungen an die Sicherheit für die Gebärende und Neugeborenen relevant. Die bestehende Definition von Krankenhausstandorten gemäß § 2a KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V wird zugrunde gelegt. Ausnahmen von diesem Grundsatz finden nur Anwendung, wenn sie explizit in der Richtlinie festgelegt sind. So kann beispielsweise die Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 3 Absatz 6 auch einem anderen Krankenhausstandort zugeordnet sein.

Zu § 2 Begriffsbestimmungen

Mit dieser Vorschrift wird für diese Richtlinie ein Katalog von zentralen und häufig in der Richtlinie wiederkehrenden Begriffen definiert. Hierdurch soll die Lesbarkeit der Regelungen und ihre einheitliche Anwendung im Einzelfall gefördert werden.

Zu Nummer 1:

Im Sinne dieser Richtlinie bezeichnet der Ausdruck „Hebammen“ Personen, gem. § 3 des Gesetzes über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz - HebG), die diese Berufsbezeichnung mit einer Erlaubnis nach § 5 Absatz 1 in Verbindung mit §§ 73 bis 78 HebG führen dürfen.

Zu Nummer 2:

Im Sinne dieser Richtlinie bedeutet der Ausdruck „hebammengeleitete Betreuung“, die eigenverantwortliche Betreuung geburtshilflicher Entbindungen gemäß § 24f SGB V durch eine Hebamme in einem der Geburtshilfe dienenden Krankenhaus gemäß § 107 Absatz 1 SGB V.

Die Begriffsdefinition legt hierbei als zentrales Merkmal die Eigenverantwortlichkeit der Betreuung durch eine Hebamme fest. Nach § 4 Absatz 1 HebG sind zur Leistung von Geburtshilfe, abgesehen von Notfällen, außer Ärztinnen und Ärzten nur Hebammen im Sinne des HebG berechtigt. Nach § 4 Absatz 2 HebG umfasst die Geburtshilfe in diesem Sinne insbesondere die Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an und die Hilfe bei der Geburt. Nach § 4 Absatz 3 HebG sind zudem Ärztinnen und Ärzte bereits verpflichtet, Sorge dafür zu tragen, dass bei einer Geburt eine Hebamme hinzugezogen wird. In Abgrenzung zur ärztlich hinzugezogenen Hebamme ist unter hebammengeleiteter Betreuung im Sinne dieser Richtlinie die im umfassenden Sinne eigenverantwortliche Betreuung geburtshilflicher Entbindungen in einem den gesetzlichen Anforderungen des § 107 Abs. 1 SGB V entsprechend ausgestatteten Krankenhaus zu verstehen.

Die Definition schließt an § 1 HebG an, wonach der Hebammenberuf insbesondere die selbständige und umfassende Beratung, Betreuung und Beobachtung Gebärender u. a. bei der Geburt, die selbständige Leitung von physiologischen Geburten sowie die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen umfasst. Nach § 9 Absatz 1 HebG vermittelt das Hebammenstudium die fachlichen und personalen Kompetenzen, die für die selbständige und

umfassende Hebammentätigkeit im stationären wie ambulanten Bereich erforderlich sind. § 9 Absatz 4 HebG enthält insoweit einen nicht abschließenden Katalog von Aufgaben zur selbständigen Ausführung. So befähigt das Hebammenstudium beispielsweise – um nur einige Handlungskompetenzen auszugsweise zu nennen – dazu,

- physiologisch verlaufende Schwangerschaften durch Durchführung der hierfür erforderlichen Untersuchungen zu beobachten und zu überwachen (vgl. § 9 Absatz 4 Nummer 1 Buchstabe b),
- Anzeichen von Regelwidrigkeiten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen zu erkennen und die im jeweiligen Fall angemessenen Maßnahmen für eine ärztliche Behandlung zu ergreifen (vgl. § 9 Absatz 4 Nummer 1 Buchstabe f) HebG,
- während der Geburt die Gebärende zu betreuen und das ungeborene Kind mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel zu überwachen (vgl. § 9 Absatz 4 Nummer 1 Buchstabe h) HebG),
- die Frau und das Neugeborene fachgerecht in die ärztliche Weiterbehandlung zu übergeben (vgl. § 9 Absatz 4 Nummer 1 Buchstabe k) HebG),
- Hilfe bei ärztlichen Maßnahmen unter Fortsetzung der Hebammenhilfe zu leisten (§ 9 Absatz 4 Nummer 1 Buchstabe l) HebG und u.a. die angewendeten Maßnahmen, den Schwangerschaftsverlauf, die Geburt zu dokumentieren (§ 9 Absatz 4 Nummer 1 Buchstabe q) HebG).

Eine hebammengeleitete Betreuung im Sinne dieser Richtlinie ist im Ergebnis nur innerhalb der nach dem HebG bestimmten selbständig auszuführenden Handlungskompetenzen zulässig.

In diesem Sinne gilt die hebammengeleitete Betreuung im Unterschied zum Begriff der leitenden Hebamme nach Nummer 3 grundsätzlich unabhängig vom Beschäftigungsverhältnis an dem Krankenhausstandort (angestellte Hebammen oder Beleghebammen), solange die zu bewirkenden Entbindungen als Leistungen des Krankenhauses zu qualifizieren sind (vgl. auch Erläuterungen zu § 1 Absatz 1).

Zu Nummer 3:

Im Sinne dieser Richtlinie bezeichnet der Ausdruck „leitende Hebamme“, diejenigen Personen, denen als am Krankenhaus angestellte Hebamme die organisatorische und fachliche Leitung der hebammengeleiteten Betreuungen im Sinne von Nummer 2 obliegt.

Die fachliche Leitung bezieht sich auf Leitungsaufgaben, die die generellen fachlichen Aspekte sowie die Qualität der hebammengeleiteten Betreuungen betreffen (z.B. Erarbeitung von Standards, Durchführung von Fallbesprechungen). Die organisatorische Leitung bezieht sich auf die Leitungsaufgaben, die die Abläufe der hebammengeleiteten Betreuungen betreffen (z.B. Personal- und Dienstplanung).

Die leitende Hebamme muss gemäß § 136a Absatz 7 SGB V am Krankenhaus angestellt sein. Die organisatorische und fachliche Leitung der hebammengeleiteten Betreuungen kann jedoch auch von einer leitenden, angestellten Hebamme übernommen werden, die eine Leitungsfunktion in den ärztlich geleiteten Betreuungen von Geburten übernimmt. Die hebammengeleiteten Geburtsbetreuungen können in die Organisationsstruktur eines bestehenden Kreißsaals, in dem auch ärztlich geleitete Geburten betreut werden, integriert sein. Dementsprechend können die Anforderungen an die Leitung auch durch eine

gemeinsame leitende, angestellte Hebamme erfüllt werden. Die für die hebammenhilfliche Leitung geltenden Anforderungen nach der QFR-RL bleiben unberührt.

Ein Aufbau von Doppelstrukturen durch eine eigenständige Führungsstruktur für die hebammengeleitete Betreuung ist nicht erforderlich, wenn es in der Organisation des Krankenhauses und zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen dafür keine Notwendigkeit gibt.

Zu Nummer 4:

Im Sinne dieser Richtlinie bezeichnet der Ausdruck „Konsultation“ die Hinzuziehung einer Ärztin oder eines Arztes aus der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung zur ärztlichen Entscheidung, ob die hebammengeleitete Betreuung begonnen und fortgesetzt werden kann oder ob eine ärztlich geleitete Betreuung erfolgen muss.

Die Richtlinie regelt in § 6 Absatz 4 und § 7 Absatz 2 einen nicht abschließenden Katalog mit Kriterien, wann eine ärztliche Konsultation erforderlich ist und damit zwingend erfolgen muss. Im Rahmen der Konsultation hat die hinzuzuziehende Ärztin oder der hinzuziehende Arzt zu entscheiden, ob eine hebammengeleitete Betreuung begonnen und fortgesetzt werden kann oder ob eine ärztlich geleitete Betreuung erfolgen muss. Dies gilt gemäß § 7 Absatz 1 Satz 2 für eine bereits begonnene hebammengeleitete Betreuung entsprechend.

Zu Nummer 5:

Im Sinne dieser Richtlinie bezeichnet der Ausdruck „Überleitung“, den Übergang von der hebammengeleiteten Betreuung in die ärztlich geleitete Betreuung durch eine Ärztin oder einen Arzt aus der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung.

Die Richtlinie regelt in § 7 Absatz 3 und § 7 Absatz 4 jeweils einen nicht abschließenden Katalog mit Kriterien, wann eine Überleitung zwingend erfolgen muss. Die Kriterien nach § 7 Absatz 3 richten sich an der Gebärenden aus und die Kriterien nach § 7 Absatz 4 an der des neugeborenen Kindes. Die Gebärende und das Neugeborene verlassen im Fall einer Überleitung die hebammengeleitete Betreuung. Der Betreuungskreis wird mindestens um eine Ärztin bzw. einen Arzt aus der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung erweitert, die oder der die fachliche Verantwortung übernimmt und auch darüber entscheidet, ob die Betreuung ohne Wechsel des Raumes oder der Hebamme fortgesetzt werden kann.

Zu Nummer 6:

Im Sinne dieser Richtlinie bedeutet der Ausdruck „Ausschluss“, die Festlegung, dass eine hebammengeleitete Betreuung nicht geeignet ist und eine ärztlich geleitete Betreuung erfolgen muss.

Die Richtlinie regelt in § 6 Absatz 3 Satz 1, in welchen Fällen spätestens bei Beginn der Leistungserbringung eine hebammengeleitete Betreuung mit der Folge ausgeschlossen ist, dass eine ärztlich geleitete Betreuung erfolgen muss. § 6 Absatz 3 Satz 2 enthält einen nicht abschließenden Katalog mit Kriterien, wann dies zwingend der Fall ist.

Zu § 3 Organisatorische Anforderungen

In § 3 werden grundlegende organisatorische Mindestanforderungen definiert, die zur Schaffung der Voraussetzungen für eine hebammengeleitete Geburt (§ 6), sowie zur

Einhaltung der Anforderungen an eine hebammengeleitete Geburt (§ 7) notwendig sind. Die Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein zur Begutachtung ärztlicher Behandlungsfehler geht in ihrer Publikation aus dem Jahr 2015 auf Fehler in der Organisation als Ursache bzw. Teilursache für einen Behandlungsfehler ein. Von insgesamt 2.234 Begutachtungsverfahren von 2003 bis 2007 wurden in etwas mehr als 10 % der Fälle (239) Organisationsmängel als Grund für den Schaden angegeben [46] (S. 238). Als Organisationsfehler werden dabei z.B. eine nicht ausreichende Zur-Verfügung-Stellung von Personal oder auch von sachlichen Mitteln benannt, Kommunikationsstörungen bei der Arbeitsteilung, Dokumentationsverstöße oder das Unterlassen gebotener Maßnahmen. Die Gutachterkommission beschäftigt sich zwar vorrangig mit ärztlichen Behandlungsfehlern, ein Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten weist im Hebammenbereich auf ähnliche, wenn nicht teilweise auch gleiche Organisationsmängel hin, die als fehlerbegünstigende Faktoren zu einem Schaden unter der Geburt führen können [45].

Zur Herausarbeitung von organisatorischen Qualitätsanforderungen konnte sich der G-BA auf bestehende Konzepte des Deutschen Hebammenverbandes [21] und Publikationen über nationale Forschungsprojekte [38, 39]; [49] beziehen. In den Veröffentlichungen werden aus den Studienergebnissen Empfehlungen abgeleitet, die für einige der Anforderungen zugrunde gelegt werden konnten.

In der GESchIck-Studie erfolgte die Untersuchung in sieben Teilschritten zur Beschreibung eines Best-Practice-Modells [38]. Nach einer Begriffsbestimmung zum hebammengeleiteten Kreißsaal und Best-Practice wurde eine nationale und internationale Literaturrecherche durchgeführt. Es erfolgte eine quantitative und qualitative Datenerhebung. Im nächsten Schritt wurde ein Erfahrungsaustausch mit den beteiligten Berufsgruppen durchgeführt und im Anschluss die Komponenten eines Best-Practice-Modells identifiziert. Vertreter und Vertreterinnen von Ärzteschaft und Hebammen konsentierten die identifizierten Komponenten. Zum Abschluss erfolgte noch der Versuch einer Analyse von Hemmnissen und Hürden.

Die Empfehlungen für ein Best-Practice-Modell auf Basis des beschriebenen Untersuchungsverlaufs sind [38], (S. 70):

(1) Empfehlungen zur institutionellen Vorbereitung

- Dienstplangestaltung: die Dienstplangestaltung sollte derart erfolgen, dass eine erfahrene Hebamme pro Schicht anwesend ist;
- Stellenplan: der Stellenplan sollte ggf. eine Rufbereitschaft für Hebammen beinhalten;
- Ausstattung der Gebärumgebung: die Ausstattung der Gebärumgebung sollte derart erfolgen, dass sie zur Förderung einer physiologischen Geburt beiträgt.

(2) Empfehlungen zur organisatorischen Vorbereitung

- In der organisatorischen Vorbereitung wird die Miteinbeziehung von Vertretern des Qualitätsmanagements in die Projektleitung bzw. Steuerungsgruppe empfohlen.

(3) Empfehlungen zur inhaltlichen Vorbereitung

- Weiterbildung: Weiterbildungen werden nicht nur zum Kompetenzerwerb des Hebammenteams empfohlen; Weiterbildungsmaßnahmen sollten auch der Teamentwicklung und -pflege gelten;

- Berufserfahrung: Die inhaltliche Vorbereitung sollte von Hebammen mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung gestaltet werden;
- Erstellung von SOPs: Eine Standardisierung möglichst aller im Hebammenkreißaal angewandten Abläufe und Verfahrensweisen wird empfohlen.

(4) Empfehlungen zur formalen Vorbereitung

- Juristische Überprüfung: Nach aktueller Rechtslage darf eine Schwangere bei Geburt in einem Krankenhaus erwarten, dass die Geburt unter der Leitung und Verantwortung eines Arztes stattfindet, und die Klinik einen fachärztlichen Standard gewährleistet. Eine Überprüfung der erstellten Hebammenkreißaal-Dokumente durch die zuständige juristische Instanz des Krankenhauses wird daher empfohlen. Dies betrifft insbesondere das Dokument „Einverständniserklärung der Schwangeren für die Geburt im Hebammenkreißaal“;
- Versicherungsschutz: Eine Nachfrage beim Versicherungsträger wird empfohlen, um den Versicherungsschutz bei hebammengeleiteten Geburten sowie die Deckungssumme zu klären.

Der Verbund Hebammenforschung hat mit Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Rahmen des Forschungsvorhabens „Gesundheitsförderung im Geburtsprozess“ die Implementierung des Hebammenkreißaals am Klinikum Bremerhaven wissenschaftlich begleitet und in diesem Rahmen das Handbuch Hebammenkreißaal – von der Idee zur Umsetzung erstellt [49].

Das Handbuch führt folgende Merkmale eines Hebammenkreißaals auf (Seite 15):

- formulierte Betreuungskriterien für eine hebammengeleitete Geburt;
- einheitliches entsprechendes Qualifikationsniveau der Hebammen;
- Kriterienkatalog zur kontinuierlichen Einschätzung des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs;
- klare räumliche Organisation des Hebammenkreißaals;
- Gewährleistung einer personellen Betreuungskontinuität.

Der Deutsche Hebammenverband hat in seiner Veröffentlichung „Strukturanforderungen an den Hebammenkreißaal (HKS) als Standard für die hebammengeleitete Geburtshilfe in Deutschland“ im Hebammenforum 2024 allgemeine und strukturelle Anforderungen zusammengefasst sowie den Betreuungspfad beschrieben.

Es besteht ein Anforderungskatalog für die Vergabe des HKS+ Zertifikats „Sicherheitsauditierte Hebammenkreißaal“ [22], der durch den Deutschen Hebammenverband und Kooperationspartner aus dem Risikomanagement und der Versicherungsbranche erstellt wurde. Der Anforderungskatalog umfasst allgemeine Voraussetzungen, personelle Vorgaben, Kriterien zur Dokumentation und Aufklärung, Prä- und Postpartale Behandlungsaspekte, Kriterien zu Notfallstrukturen und Hygiene.

Neben den beschriebenen Forschungsprojekten und den Strukturanforderungen des Deutschen Hebammenverbandes werden die in der Richtlinie genannten Mindestanforderungen durch weitere Publikationen gestützt.

So wurde in einer Studie aus dem Jahr 2020 der Zusammenhang zwischen geburtshilflichen Traumata und der zur Verfügung stehenden Anzahl an Hebammen und Krankenpflegepersonal [1].

Im Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten werden als Ursache von Geburtsschäden neben den Risikofaktoren der Mutter auch Teamfaktoren wie mangelhafte Kommunikation und Übergabedefizite, als auch eine mangelhafte Qualifikation und Kompetenz sowie auch ein Personalmangel neben weiteren Faktoren aufgeführt. Die entsprechenden Informationen beruhen auf einer Literaturrecherche, einer Onlinebefragung von 950 Personen (davon 840 Hebammen), einer Expertenbefragung sowie Interviews mit den Versicherungsunternehmen von Hebammen und einem Expertenaustausch [45].

In der Neugeborenenreanimationsleitlinie aus dem Jahr 2025 sind sowohl Empfehlungen zum regelhaften Training von postpartalen Neugeborenenreanimationen enthalten als auch eine Empfehlung zur Anwesenheit von zwei Gesundheitsfachpersonen bei Geburten auch im außerklinischen Setting [33].

Die Ärztekammer Nordrhein hat in den letzten Jahren 2 Berichte aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein herausgegeben. Darin werden z.T. Einzelfallkonstellationen aufgeführt als auch Empfehlungen abgegeben in spezifischen Situationen. In den Berichten wird auch über geburtshilfliche Schadensfälle berichtet, an denen in der Regel Ärzte beteiligt waren. Ähnliche Publikationen gibt es zu hebammengeleiteten Geburten im Krankenhaus bislang nicht. Die enthaltenen Empfehlungen lassen sich jedoch auch auf andere, als nur die ärztliche Berufsgruppe im geburtshilflichen Bereich übertragen [46]; [3].

Zu Absatz 1:

Absatz 1 regelt für die hebammengeleitete Betreuung die Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl von Hebammen in Vollzeitäquivalenten im Verhältnis zu der Anzahl der Geburten pro Jahr durch das Krankenhaus.

Sinn und Zweck ist es, eine grundlegende organisatorische Mindestanforderung zu definieren, die zur Einhaltung der Anforderungen an eine hebammengeleitete Betreuung (§§ 6 und 7) notwendig ist.

Ein zentrales Element der hebammengeleiteten Betreuung im Kreißaal ist die Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Hebamme mit Beginn der aktiven Eröffnungsphase (§ 7 Abs. 5 Satz 1). Kann das Krankenhaus diese Anforderung nicht umsetzen, darf nach der Richtlinie keine hebammengeleitete Betreuung erbracht werden. Wenn ein Krankenhaus die hebammengeleitete Betreuung verlässlich anbieten will, ist eine entsprechende Personalplanung und Vorhaltung zwingende Voraussetzung. Dies gilt auch, um verlässlich die Anforderung nach § 7 Abs. 6 (Beratung der betreuenden Hebamme mit einer weiteren Hebamme) und die Soll-Anforderung aus § 7 Abs. 5 Satz 2 (Anwesenheit zweite Hebamme in der aktiven Austrittsphase) zu erfüllen. Als Grundlage zur Ermittlung des Personalbedarfs für eine ausreichende Besetzung der Schichten (Möglichkeit der Eins-zu-Eins Betreuung sowie die Verfügbarkeit von unterstützenden Hebammen) legt das Krankenhaus jeweils die Zahl der Geburten pro Jahr an dem Standort zugrunde, an dem die hebammengeleitete Betreuung erfolgen soll.

Die Anforderung wurde aus den folgenden Publikationen hergeleitet:

Die Empfehlungen der GEsCHick-Studie für ein Best-Practice-Modell auf Basis des beschriebenen Untersuchungsverlaufs [38], (S. 70), führen zu dieser Anforderung folgende Inhalte auf:

(1) Empfehlungen zur institutionellen Vorbereitung

- Dienstplangestaltung: die Dienstplangestaltung sollte derart erfolgen, dass eine erfahrene Hebamme pro Schicht anwesend ist;
- Stellenplan: der Stellenplan sollte ggf. eine Rufbereitschaft für Hebammen beinhalten.

Das Handbuch Hebammenkreißaal führt auf Seite 43 aus, dass der Stellenplan und die Aufteilung der Dienste eine nahezu Eins-zu-Eins Betreuung ermöglichen soll.

Der Deutsche Hebammenverband führt in seiner Veröffentlichung „Strukturanforderungen an den Hebammenkreißaal (HKS) als Standard für die hebammengeleitete Geburtshilfe in Deutschland“ [34] unter 3.1 Personelle Anforderung und Ausstattung aus, dass die Versorgung der Frauen im HKS während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen in Anwesenheit sichergestellt werde. Die personelle Sicherstellung erfolge durch Hebammen (insgesamt für die geburtshilfliche Abteilung mindestens 6 VZÄ) innerhalb des Hebammenteams der Geburtshilfe.

Der Anforderungskatalog für die Vergabe des HKS+ Zertifikats „Sicherheitsauditierter Hebammenkreißaal“ [22] führt unter Nr. 56 auf, dass die Personalplanung der Hebammen im Kreißaal so angelegt sei, dass das HKS-Angebot inklusive Eins-zu-Eins Betreuung grundsätzlich aufrechterhalten und auf die Anmeldezahlen abgestimmt werde.

Im Sinne einer Risikobewertung führt die Nichteinhaltung dieser Anforderung dazu, dass sich die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass zum Zeitpunkt der Leistungserbringung keine Hebamme für die geforderte Eins-zu-Eins-Betreuung zur Verfügung steht. Wenn dieser Betreuungsschlüssel nicht gewährleistet sein sollte, muss eine ärztlich geleitete Geburt erfolgen gemäß § 7 Absatz 5 Satz 1.

Im Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten wird ein Mangel an Personal als ein Risikofaktor für die Entstehung von Geburtsschäden aufgeführt [45]. Der Risikofaktor wird dort einerseits als Ergebnis der Literaturrecherche aufgeführt und auch abgeleitet aus der Onlinebefragung. In dieser wurde der Ressourcenmangel in 469 Antworten (55,9 %) als Risikofaktor angegeben und dabei insbesondere das Risiko der Überlastung (34,8 %) sowie die Zeitverzögerung (22,7 %). Beide Risiken können auch in der hebammengeleiteten Betreuung auftreten und das individuelle Risiko für Gebärende und Neugeborenes z.B. im Falle einer notfallmäßigen Überleitung erheblich erhöhen. Beim Vergleich verschiedener Risikofaktoren miteinander, wurde als Risikofaktor mit dem höchsten Einfluss auf die Entstehung eines Geburtsschadens die Fehlinterpretation von Befunden angegeben und direkt danach der Mangel an Personal gefolgt von Zeitverzögerungen bei Entscheidung für und Durchführung von Maßnahmen.

Eine Studie zum Zusammenhang zwischen Personaldichte bezüglich Hebammen und Pflegekräften und geburtshilflichem Trauma, gemessen als Dammverletzungen dritten und

vierten Grades, konnte anhand von Längsschnittdaten aus 17 OECD-Ländern eine Assoziation zwischen Personaldichte und geburtshilflichen Trauma zeigen [1].

In der Neugeborenenreanimationsleitlinie wird für außerklinische Geburten die Anwesenheit von zwei Gesundheitsfachkräften empfohlen. Die vorliegende Richtlinie hat diese Empfehlung insoweit aufgenommen, als in § 7 Abs. 4 eine zweite Hebamme in der aktiven Austrittsphase anwesend sein soll [33].

Für die in § 7 Abs. 5 und 6 formulierten Mindestanforderungen bedarf es einer entsprechenden Personaldichte. Diese Mindestanforderungen sollen eine sichere Geburt für Schwangere und Gebärende und Neugeborene gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2 gewährleisten. Die Nichteinhaltung der Mindestanforderung einer Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl an Hebammen für die hebammengeleitete Geburtsbetreuung erhöht somit das Risiko für Schwangere und Gebärende und Neugeborene für einen Schaden unter der hebammengeleiteten Betreuung als auch für das Risiko einer Überleitung unter der Geburt aufgrund organisatorischer Ursachen und nicht aufgrund individueller Risiken.

Die Anforderung, dass eine ausreichende Anzahl von Hebammen für die hebammengeleitete Betreuung vorgehalten wird, ist auf die Erreichung der in § 10 aufgeführten Qualitätsziele

- der Förderung der physiologischen Geburt durch eine kontinuierliche Hebammenbetreuung sowie
- die Gewährleistung einer sicheren Geburt für Schwangere und Gebärende und Neugeborene ausgerichtet.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 bestimmt, dass jederzeit mindestens eine Hebamme im Krankenhaus anwesend sein muss, die für eine hebammengeleitete Betreuung zur Verfügung steht.

Diese Mindestanforderung erfordert eine entsprechende Planung durch das Krankenhaus.

Sinn und Zweck ist es, eine grundlegende organisatorische Mindestanforderung zu definieren, die zur Einhaltung der Anforderungen an eine hebammengeleitete Betreuung (§ 7) notwendig ist.

Kann das Krankenhaus dies nicht umsetzen, ist eine hebammengeleitete Betreuung nicht möglich. Aus § 1 Absatz 2 ergibt sich, dass hebammengeleitete Betreuung in die bestehende Infrastruktur der geburtshilflichen Abteilung des Krankenhausstandortes zu integrieren ist. Im Zusammenhang mit der Anforderung § 3 Abs. 2 ergibt sich zwangsläufig, dass bei Bindung einer Hebamme in einer Eins-zu-Eins-Betreuung in der hebammengeleiteten Betreuung, für die weiteren Prozesse in der hebammengeleiteten Betreuung und Anforderungen aus dieser Richtlinie eine entsprechende Besetzung vorgesehen wird. Eine ausreichende Besetzung kann durch eine entsprechende Dienstplangestaltung für das Hebammenteam gewährleistet werden. Die Dienstplanung kann Anwesenheits-, Bereitschafts- und Rufbereitschaftsdienste umfassen.

Wenn die Anforderung zur Anwesenheit einer Hebamme nicht erfüllt ist, kann nur eine ärztlich geleitete Entbindung erfolgen. Die Anforderung wurde aus den folgenden Publikationen abgeleitet:

Die Empfehlungen der GEsCHlck-Studie für ein Best-Practice-Modell auf Basis des beschriebenen Untersuchungsverlaufs [38], (S. 70), führt zu dieser Anforderung folgenden Inhalt auf:

(1) Empfehlungen zur institutionellen Vorbereitung

- Dienstplangestaltung: die Dienstplangestaltung sollte derart erfolgen, dass eine erfahrene Hebamme pro Schicht anwesend ist;

Das Handbuch Hebammenkreißaal führt auf Seite 43 aus, dass der Stellenplan und die Aufteilung der Dienste sicherstellen, dass in jeder Schicht mindestens eine Hebamme arbeitet, die ausreichend qualifiziert und bereit ist, eine hebammengeleitete Geburt durchzuführen.

Der Deutsche Hebammenverband führt in seiner Veröffentlichung „Strukturanforderungen an den Hebammenkreißaal (HKS) als Standard für die hebammengeleitete Geburtshilfe in Deutschland“ unter 3.3 Satz 4 aus, dass wenn sich eine Gebärende im HKS befinde, immer eine Hebamme für die Eins-zu-eins-Betreuung verfügbar sei. [34].

Der Anforderungskatalog für die Vergabe des HKS+ Zertifikat „Sicherheitsauditierter Hebammenkreißaal“ führt unter Nr. 59 auf, dass bei der Dienstplangestaltung in jedem Dienst eine Hebamme eingeplant werde, die eine Freigabe für den HKS habe. [22].

Die Aufnahme dieser Regelung in die Richtlinie wurde in den interdisziplinären G-BA-Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, konsentiert.

Im Sinne einer Risikobewertung führt die Nichteinhaltung dieser Mindestanforderung dazu, dass sich die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass zum Zeitpunkt der Leistungserbringung keine Hebamme für die geforderte Eins-zu-Eins-Betreuung zur Verfügung steht. Wenn dieser Betreuungsschlüssel nicht gewährleistet sein sollte, muss eine ärztlich geleitete Geburt erfolgen gemäß §7 Absatz 5 Satz 1. Sollte durch einen Schichtwechsel in der hebammengeleiteten Geburtsbetreuung und fehlender Hebamme für die nächste Schicht eine Überleitung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung notwendig sein, ergeben sich daraus möglich Schnittstellenprobleme.

In der Onlinebefragung, welche im Rahmen des Gutachtens zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflichen tätigen Hebammen betreuten Geburten durchgeführt wurde, waren mit 64,9 % der Fälle eine mangelhafte Kommunikation und mit 55,9 % der Fälle ein Ressourcenmangel die häufigsten genannten fehlerbegünstigende Faktoren, die den Schadensverlauf negativ beeinflussten [45], (S. 72). Der Mangel an Personal wurde in den Interviews als ein Faktor benannt, der zu Informationsverlust, unzureichender Dokumentation und unzureichender Informationsweitergabe führt [45], (S. 63). Die Analyse von 7 vorausgewählten Schadensfällen weist ebenfalls auf Kommunikations- und Informationsdefizite im Team als Fehlerursachen hin [45], (S. 55). In der Regel führt dabei nicht ein Sachverhalt alleine zu einem negativen Outcome, sondern immer eine Reihe von fehlerbegünstigenden Faktoren, die zu fehlerhaften Handlungen führen und schließlich zum Schadensereignis.

Bei Nichteinhaltung der Mindestanforderung, dass jederzeit mindestens eine Hebamme im Krankenhaus für eine hebammengeleitete Betreuung anwesend sein muss, besteht das Risiko einer aus organisatorischen Gründen notwendigen Überleitung für Gebärende und

Neugeborene mit den damit einhergehenden Risiken für Informationsverluste. Die Sicherheit für Schwangere, Gebärende und Neugeborene unter der Geburt kann dadurch verschlechtert werden.

Die Mindestanforderung, dass jederzeit mindestens eine Hebamme im Krankenhaus für eine hebammengeleitete Betreuung anwesend sein muss, ist auf die Erreichung der in § 10 aufgeführten Qualitätsziele

- der Förderung der physiologischen Geburt durch eine kontinuierliche Hebammenbetreuung sowie
- die Gewährleistung einer sicheren Geburt für Schwangere und Gebärende und Neugeborene ausgerichtet.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 regelt als Mindestanforderung die Verpflichtung des Krankenhauses, sicherzustellen und zu dokumentieren, dass nur Hebammen die hebammengeleitete Betreuung übertragen wird, die an einem entsprechenden Einarbeitungsprogramm teilgenommen haben.

Zur Sicherstellung des für die hebammengeleitete Betreuung von Geburten erforderlichen Kompetenzniveaus der Hebammen hat das Krankenhaus, im Rahmen seiner Konzepte und Vorgaben zur Einarbeitung ein klar strukturiertes Einarbeitungsprogramm für die Hebammen umzusetzen. Das zu erarbeitende Einarbeitungsprogramm ist als krankenhausesinterne verbindliche Regelung gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 eigenverantwortlich schriftlich festzulegen (digitale Anwendungen sind auch möglich) und müssen mindestens den Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 genügen sowie die Vorerfahrungen der einzelnen Hebammen berücksichtigen. Es berücksichtigt die verschiedenen Kenntnisstände von neu in der hebammengeleiteten Betreuung von Geburten tätigen Hebammen, sowie von Wiedereinsteigern und Wiedereinsteigerinnen.

In Ergänzung zu Inhalten eines krankenhausesweiten Einarbeitungsprogramms können in ein entsprechendes Einarbeitungsprogramm nach § 3 Absatz 3 die spezifischen Prozesse der hebammengeleiteten Betreuung sowie damit verbundene interne und externe Regelungen und Vorgaben aufgenommen werden. Die spezifischen Prozesse können unter anderem

- die Aufklärung und Beratung zur hebammengeleiteten Betreuung,
- die Bewertung des physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs insbesondere anhand der Kriterien der Richtlinie
- Vorgehen und Zusammenarbeit bei Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes und
- Überleitung von der hebammengeleiteten Betreuung in die ärztlich geleitete Betreuung

umfassen.

Krankenhausinterne Regelungen und Vorgaben der hebammengeleiteten Betreuung, können denen der ärztlich geleiteten Betreuung entsprechen, wie z.B.

- Komplikations- und Notfallmanagement,
- Reanimation,
- Hygienemanagement,
- Dokumentationsvorgaben und
- Maßnahmen des geburtshilflichen Qualitäts- und Risikomanagements.

Externe Regelungen und Vorgaben können z.B.

- Patientenrechtegesetz
- Empfehlungen des Robert-Koch Instituts

- bundeslandspezifische Vorgaben zur Hygiene und Patientensicherheit
- Medizinprodukte-Durchführungsgesetz (MPDG)
- Regelungen des G-BA
- Regelungen zum Datenschutz

umfassen.

Das Einarbeitungsprogramm für die hebammengeleitete Betreuung kann auch die notwendigen Schulungen umfassen, die vom Krankenhaus, der leitenden, angestellten Hebamme und der leitenden Ärztin oder des leitenden Arztes der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung als notwendig bewertet werden. Die Schulungen können sowohl Inhalte aus Geburtshilfe, Hebammenwesen, Notfallmanagement und aus dem Bereich der Kommunikation umfassen. Die Einarbeitung nach dem Einarbeitungsprogramm und die Teilnahme an den Schulungen wird dokumentiert, so dass das Krankenhaus nachvollziehen kann, ab wann die eigenverantwortliche Übernahme der hebammengeleiteten Betreuung durch die neu eingearbeiteten jeweiligen Hebammen erfolgen kann.

Sinn und Zweck ist es, eine grundlegende organisatorische Mindestanforderung zu definieren, durch welche die Einhaltung der Voraussetzungen an eine hebammengeleitete Betreuung (§ 6) und der Anforderungen an eine hebammengeleitete Betreuung (§ 7) gewährleistet wird.

Diese Anforderung wurde aus den folgenden Publikationen abgeleitet:

Das Handbuch Hebammenkreißsaal benennt auf Seite 15 als ein Merkmal des Hebammenkreißsaals ein einheitliches entsprechendes Qualifikationsniveau der Hebammen [49]. In Bezug auf die Kompetenzbildung für die Hebammen, die hebammengeleitete Betreuungen übernehmen können, kann auf die Inhalte des Handbuchs Hebammenkreißsaal Seite 30 -32 sowie auf den Abschlussbericht des Forschungsprojekts Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal (GEscHlck) – Entscheidungsabläufe, Qualitätssicherung und ‚Best Practice‘ Modell‘ S. 70 (3) Empfehlungen zur inhaltlichen Vorbereitung, 1. Unterpunkt verwiesen werden [38].

Der Anforderungskatalog für die Vergabe des HKS+ Zertifikat „Sicherheitsauditierter Hebammenkreißsaal“ führt unter Nr. 64 auf, dass es ein nachweisbares und strukturiertes Einarbeitungskonzept für Hebammen im Hebammenkreißsaal gibt [22].

Neben diesen konkreten Forderungen nach einem Einarbeitungsprogramm für Hebammen, welche hebammengeleitete Geburtsbetreuungen durchführen, lassen sich Anforderungen an die Inhalte dieses Einarbeitungsprogramms unter anderem aus dem Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten, aus der Neugeborenenreanimationsleitlinie oder auch aus den Berichten der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein ableiten.

Im Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten zeigen sich über alle Methoden hinweg als Risikofaktoren für die Entstehung eines Geburtsschadens unter anderem die individuellen Risikofaktoren der Mutter und auch die Fehlinterpretation von Befunden [45], (S. 121). In dieser Richtlinie sind individuelle Gesundheitsprobleme und Befunde, die sich vor oder während der Geburt ergeben können in § 6 Abs. 3 und 4 sowie in § 7 Abs. 2, 3 und 4 der Richtlinie nicht abschließend aufgeführt. Neu in der hebammengeleiteten Geburtsbetreuung tätige

Hebammen sollten eine Einarbeitung bezüglich dieser Befunde und daraus abzuleitender Maßnahmen erhalten.

Des Weiteren werden in dem Gutachten eine mangelhafte Qualifikation und Kompetenz als Risikofaktoren benannt, dazu werden auch fehlende Notfalltrainings und fehlende Kompetenzen in der Befundinterpretation gezählt. Hier bedarf es ggf. einer fachlichen Schulung zu relevanten Sachverhalten, insbesondere zu Befunden, die zu einem Ausschluss, einer Überleitung oder einer Konsultation führen.

In der Neugeborenenreanimationsleitlinie wird auf die Notwendigkeit von Reanimationstrainings hingewiesen, diese sollen wenigstens einmal jährlich stattfinden und helfen, das Wissen um die Reanimation aktuell zu halten und technische und nicht-technische Anwendungen zu trainieren [33]. Im Rahmen der Einarbeitung wäre mindestens ein erstes Training sinnvoll. In kürzeren Abständen von 3 bis 6 Monaten sollen kleinere Auffrischungsschulungen stattfinden. Diese können im Rahmen des Fortbildungsprogramms nach § 3 Abs. 4 dieser Richtlinie etabliert werden.

Das Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten nennt auch eine mangelhafte Kommunikation im Team und zwischen den Berufsgruppen sowie Übergabedefizite als Risikofaktoren für die Entstehung von Geburtsschäden über alle in der Untersuchung eingesetzte Methoden [45]. Das Einarbeitungsprogramm kann Maßnahmen zur Strukturierung und Verbesserung der Kommunikation im Team und auch interprofessionell enthalten, um die Sicherheit für Schwangere, Gebärende und Neugeborene zu gewährleisten. Insbesondere sollte dabei auf das Vorgehen bei Überleitungen oder Konsultationen nach dieser Richtlinie eingegangen werden, um einen komplikationslosen und raschen Ablauf dieser Vorgänge zu gewährleisten. Dies würde auch dem Risikofaktor „Zeitverzögerung“ entgegenstehen, der im Gutachten ebenfalls als Faktor mit hohem Einfluss auf die Entstehung eines Geburtsschadens bewertet wurde.

Durch das interdisziplinäre Autorenteam des Gutachtens wurden auf Grundlage der Untersuchungsergebnisse Empfehlungen für eine sichere Geburtshilfe formuliert, welche unter anderem eine standardisierte Dokumentation beinhalten. Die Dokumentation wird dabei als integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements angesehen. Sie ist nicht nur im Sinne der Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen unerlässlich, sondern auch zur Unterstützung bei der Weitergabe von Information z.B. bei Überleitungen, Konsultationen, im Gespräch mit einer weiteren Hebamme nach § 7 Abs. 5 und 6 dieser Richtlinie oder auch bei Schichtwechsel. Die Dokumentation ist daher ein unerlässliches Instrument der Risikominimierung durch Organisationsfehler für Schwangere, Gebärende und Neugeborene.

Darin stimmen das genannte Gutachten als auch die Empfehlungen der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein überein [3]. Die Gutachterkommission empfiehlt eine fundierte Dokumentation der Abläufe. Zudem werden durch die Kommission interdisziplinäre Handlungsanweisungen und regelmäßige Notfalltrainings empfohlen. Zu diesen Sachverhalten sollten Schulungen bereits im Rahmen des Einarbeitungsprogramms erfolgen.

Die Aufnahme dieser Regelung in die Richtlinie wurde in den interdisziplinären G-BA-Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der

Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, konsentiert.

Das Risiko in der Nichteinhaltung dieser Mindestanforderung besteht darin, dass kein verbindlicher Wissensstand zu den Anforderungen an das Arbeiten in der hebammengeleiteten Betreuung gewährleistet werden kann. Daraus können in den Prozessen der hebammengeleiteten Betreuung Risiken für die Gebärende sowie das Neugeborene entstehen. Ein strukturiertes Einarbeitungsprogramm ist wesentlich für das Wissensmanagement und die Sicherstellung relevanter Abläufe und schafft die Grundlage für die Einhaltung der Vorgaben und Regelungen im Kontext der Organisation des Krankenhausstandortes.

Die Anforderung zur verpflichtenden Teilnahme an einem Einarbeitungsprogramm in die hebammengeleitete Betreuung ist auf die Erreichung der in § 10 aufgeführten Qualitätsziele

- die Gewährleistung einer sicheren Geburt für Schwangere und Gebärende und Neugeborene sowie
- der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Schwangeren und Gebärenden und Neugeborenen zur Gewährleistung eines bundesweit einheitlichen Versorgungsstandards ausgerichtet.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 regelt als weitere Mindestanforderung die Verpflichtung des Krankenhauses, die Hebammen, denen die hebammengeleitete Betreuung übertragen wird, jährlich anhand eines interprofessionellen Fortbildungsprogramms fortlaufend fortzubilden.

Krankenhäuser erstellen im Rahmen der Implementierung der hebammengeleiteten Betreuung im Kreißsaal ein gezieltes Schulungs- und Fortbildungsprogramm zu den wesentlichen Elementen und Prozessen, um das Wissen zur hebammengeleiteten Betreuung zu sichern und ggf. zu erweitern. Dieses enthält jährliche Schulungs- und Fortbildungsangebote zur hebammengeleiteten Betreuung für die Hebammen.

Mit Absatz 4 wird die Erstellung eines solchen interprofessionellen Fortbildungsprogramms zur Mindestanforderung. Wie das Einarbeitungsprogramm ist auch dieses Fortbildungsprogramm gemäß § 5 Absatz 1 und 2 eigenverantwortlich zu erarbeiten, schriftlich festzulegen und anhand dieses Programms die Hebammen, denen die hebammengeleitete Betreuung übertragen wird, jährlich fortzubilden.

Das Fortbildungsprogramm ist interprofessionell zu planen und durchzuführen, unter Beteiligung zumindest der leitenden, angestellten Hebamme und leitenden Ärztin oder des leitenden Arztes der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung gemäß § 5 Absatz 2. Inhalte der Fortbildungen können z.B.

- Bewertung eines physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs mindestens anhand der Kriterien der Richtlinie,
- Aufklärung und Beratung zum Betreuungsangebot der hebammengeleiteten Betreuung,
- Geburtsbetreuung,
- CTG-Auswertung,
- Versorgung von Geburtsverletzungen/Nahttechniken,

- Überleitung von der hebammengeleiteten Betreuung in die ärztlich geleitete Betreuung,
- Kommunikation mit der für Kinder- und Jugendmedizin zuständigen Fachabteilung
- Schmerzmanagement,
- Patientensicherheit,
- Komplikationsmanagement im Kreißsaal,
- Reanimation/ Neugeborenenreanimation,
- Gebärhaltung/Kinästhetik,
- Fallbesprechungen
- Kommunikation

sein.

Die Planung des Programms berücksichtigt, dass jährliche Fortbildungen für alle in der hebammengeleiteten Betreuung tätigen Hebammen gemäß Richtlinie verpflichtend sind. Weitere Fachabteilungen wie z.B. Anästhesie, Pädiatrie oder Neonatologie können in die Durchführung des interprofessionellen Fortbildungsprogramms einbezogen werden, wenn dies an dem Krankenhausstandort hilfreich ist. Dies kann ein Element sein, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern und das Schnittstellenmanagement zu verbessern. Die Dokumentation der Teilnahme an den Schulungen und Fortbildungen kann zur Nachweisführung der fortlaufenden Fortbildung der Hebammen, wie in der Richtlinie festgelegt, genutzt werden. Das Krankenhaus kann in seine Planung, Gestaltung und Durchführung der Schulungen und Fortbildungen einbeziehen, dass allen in der hebammengeleiteten Betreuung zusammenarbeitenden Gesundheitsberufen eine Teilnahme möglich ist. Im Sinne des in § 10 Absatz 1 Nummer 6 festgelegten Qualitätsziels der „Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit der an der hebammengeleitete Betreuung nach § 2 Nummer 2 mitwirkenden Hebammen mit den am Standort des Krankenhauses tätigen Gesundheitsberufe“ ist dies als besonders sinnvoll zu erachten.

Sinn und Zweck ist es, eine grundlegende organisatorische Mindestanforderung zu definieren, durch welche die Einhaltung der Voraussetzungen an eine hebammengeleitete Betreuung (§ 6) und der Anforderungen an eine hebammengeleitete Betreuung (§ 7) gewährleistet wird.

Diese Anforderung wurde aus den folgenden Publikationen abgeleitet:

Das Handbuch Hebammenkreißsaal benennt auf Seite 15 als ein Merkmal des Hebammenkreißsaals ein einheitliches entsprechendes Qualifikationsniveau der Hebammen [49]. In Bezug auf die Kompetenzbildung für die Hebammen, die hebammengeleitete Betreuungen übernehmen können, kann auf die Inhalte des Handbuchs Hebammenkreißsaal Seite 30 -32 verwiesen. Unter dem Ziel der Weiterqualifikation der Hebammen wird ausgeführt, dass ein breites Qualifikationsprofil erforderlich ist unter Einbeziehung der aktuellen medizinischen Entwicklung, vielfältiger fachlicher Kompetenzen und traditionellem Hebammenwissen. Kommunikations- und Beratungskompetenzen werden näher ausgeführt, sowie die Kompetenz zur professionellen Beziehungsgestaltung als auch weitere Kompetenzen wie zum Beispiel evidenzbasierte Hebammenarbeit, Dokumentation, taktil-kinästhetische Wahrnehmung, Geburtspositionen und Nahttechniken. Auf Seite 43 wird auf die Möglichkeit von Fachkonferenzen und Fallbesprechungen verwiesen.

Im Abschlussbericht des Forschungsprojekts Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal (GESCHICK) – Entscheidungsabläufe, Qualitätssicherung und ‚Best Practice‘ Modell‘ [38], (S.

70), wird unter der Empfehlung zur inhaltlichen Vorbereitung auf die Weiterbildung zum Kompetenzerwerb und zur Teambildung verwiesen werden.

Der Deutsche Hebammenverband führt in seiner Veröffentlichung „Strukturanforderungen an den Hebammenkreißsaal [34] als Standard für die hebammengeleitete Geburtshilfe in Deutschland“ unter 3.4 Satz Spiegelstrich 3 aus, dass jede im HKS tätige Hebamme mindestens alle zwei Jahre eine Fortbildung in Neugeborenenreanimation von mindestens vier Stunden zu absolvieren habe [34].

Der Anforderungskatalog für die Vergabe des HKS+ Zertifikat „Sicherheitsauditierter Hebammenkreißsaal“ [22] führt unter Nr. 70 als KO-Kriterium auf, dass nachweislich Schulungen zur Versorgung und Reanimation des Neugeborenen nach der Geburt für alle Hebammen stattzufinden haben. Unter Nr. 75 wird als weiteres Ko-Kriterium aufgeführt, dass regelmäßig Notfall- und Teamtrainings sowie Übungen zum Management unter Stress in interprofessionellen Simulationstrainings geübt würden. Die Teilnahme sei verpflichtend. Unter Nr. 71 wird das folgende Kriterium geführt, dass regelmäßig fachspezifische Fortbildungen für die Hebammen stattfänden, z. B. zur Versorgung von Geburtsverletzungen, Auskultation, CTG-Interpretation, Schmerzmanagement etc. Das Kriterium Nr. 76 fordert, dass die Teilnahme an allen Schulungen nachgehalten, dokumentiert und die Teilnehmenden erinnert werden.

Die Ableitung möglicher Fortbildungsinhalte aus Risikofaktoren für das Entstehen eines Geburtsschadens aus dem Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten [45] sowie der Neugeborenenreanimationsleitlinie [33] und des Berichtes der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein [3], wurde bereits in den Tragenden Gründen zu § 3 Abs. 3 dargelegt. Im Gutachten [45] wird zudem beschrieben welche Lösungsansätze interdisziplinäre Teilnehmende im Rahmen eines Austauschs dazu erarbeitet haben, wie eine „sichere Geburtshilfe“ erreicht werden kann. Es wurden gemeinsame Ausbildungsmodule gefordert zu den Themen Kommunikation, Achtsamkeit, gegenseitige Wertschätzung und Sensibilisierung für die unterschiedlichen Berufsbilder. Die Bewältigung von Notfallsituationen soll in Skills-Labs geübt werden. Diese Themen wurden zwar im Rahmen des Ausbildungsmoduls benannt, können aber auch für ein fortlaufendes Weiterbildungsprogramm hinzugezogen werden. Die Durchführung interdisziplinärer strukturierter Fallbesprechungen wurde als eine weitere Maßnahme zur Gewährleistung der Sicherheit für Schwangere, Gebärende und Neugeborene erachtet. Auch diese können im Rahmen eines strukturierten Fortbildungsprogramms in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. Die Durchführung strukturierter Übergaben sowohl zwischen den Berufsgruppen als auch zwischen Schichten kann Inhalt eines fortlaufenden Fortbildungsprogramms sein. Neue Schnittstellen sollten dabei grundsätzlich Berücksichtigung finden. Gemeinsame Notfall- und Verlegungstrainings wurden von den Teilnehmenden des Austauschs als ein effektives Instrument zur Gewährleistung einer sicheren Geburt angesehen. In einem anderen Format wurde unter anderem die Interpretation von CTG-Befunden als Fortbildungsthema gefordert. Also auch fachliche Inhalte sollten im Fortbildungsprogramm enthalten sein und auch anhand aktueller Leitlinien fortlaufend aktualisiert werden.

Die Aufnahme dieser Anforderung in die Richtlinie wurde in den interdisziplinären G-BA-Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der

Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, konsentiert.

Das Risiko der Nichteinhaltung dieser Mindestanforderung besteht darin, dass Risiken für die Gebärende und das Neugeborene entstehen können, wenn aktuelle medizinische und hebammenwissenschaftliche Erkenntnisse nicht an die Hebammen in der hebammengeleiteten Betreuung vermittelt werden, Fähigkeiten und Fertigkeiten für eine sichere Durchführung von Maßnahmen nicht ausreichend eingeübt sind oder Notfallmaßnahmen nicht hinreichend für eine sicherer Ausführung trainiert werden.

Die Anforderung des interprofessionellen Fortbildungsprogramms ist auf die Erreichung der in § 10 formulierten Qualitätsziele

- die Gewährleistung einer sicheren Geburt für Schwangere und Gebärende und Neugeborene,
- die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Schwangeren und Gebärenden und Neugeborenen zur Gewährleistung eines bundesweit einheitlichen Versorgungsstandards sowie
- die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit der an der hebammengeleitete Betreuung nach § 2 Nummer 2 mitwirkenden Hebammen mit den am Standort des Krankenhauses tätigen Gesundheitsberufe ausgerichtet.

Zu Absatz 5:

Absatz 5 regelt die Verpflichtung des Krankenhauses, sicherzustellen, dass eine Ärztin oder ein Arzt aus der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung jederzeit für eine persönliche, telefonische oder telemedizinische Konsultation zur Verfügung steht.

Das Krankenhaus stellt sicher, dass jederzeit durch eine Ärztin oder einen Arzt der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung eine Konsultation persönlich, telefonisch und ggf. auch unter Einsatz telemedizinischer Anwendungen erfolgen kann. Die Dienstplanung kann Anwesenheits-, Bereitschafts- und Rufbereitschaftsdienste umfassen.

Sinn und Zweck ist es, eine grundlegende organisatorische Mindestanforderung zu definieren, durch die die Einhaltung der Voraussetzungen an eine hebammengeleitete Betreuung (§ 6) und der Anforderungen an eine hebammengeleitete Betreuung (§ 7) gewährleistet wird.

Diese Anforderung leitet sich daraus ab, dass eine Hebamme gemäß § 9 Absatz 4 Nr. 1f HebG Anzeichen von Regelwidrigkeiten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen, in der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und während der Stillzeit zu erkennen und die im jeweiligen Fall angemessenen Maßnahmen für eine ärztliche Behandlung zu ergreifen hat. Um angemessenen Maßnahmen für eine ärztliche Behandlung ergreifen zu können, stellt die Planung des Krankenhauses sicher, dass eine Ärztin bzw. ein Arzt der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung jederzeit verfügbar ist.

Der Deutsche Hebammenverband führt in seiner Veröffentlichung „Strukturanforderungen an den Hebammenkreißsaal [34] als Standard für die hebammengeleitete Geburtshilfe in Deutschland“ unter 3.4. Satz 1 aus, dass es ein schriftlich hinterlegtes Überleitungskonzept mit der Abstimmung und Einbindung aller relevanten Fachabteilungen (insbesondere mit den Abteilungen der Gynäkologie und Geburtshilfe, Neonatologie, Anästhesie und/oder Kinder- und Jugendmedizin, sofern am Standort vorhanden) gebe. Am Standort müsse mindestens die

Verfügbarkeit eines geburtshilflichen Facharztes und die Verfügbarkeit einer geburtshilflichen Anästhesie gewährleistet sein [34].

Der Anforderungskatalog für die Vergabe des HKS+ Zertifikat „Sicherheitsauditierter Hebammenkreißsaal“ [22] führt unter Nr. 54 als K.-o.-Kriterium auf, dass sicherzustellen sei, dass zu jeder Zeit ein Facharzt / eine Fachärztin für den HKS im Dienstplan berücksichtigt werde (z.B. für Konsultationen). Im Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten [45] wird die Zeitverzögerung als ein relevanter Risikofaktor für das Auftreten von Geburtsschäden angegeben. In der Onlinebefragung wurde dieser Faktor bei 22,7 % der Fälle genannt.

Die Aufnahme dieser Anforderung in die Richtlinie wurde in den interdisziplinären G-BA-Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, konsentiert.

Das Risiko der Nichteinhaltung dieser Mindestanforderung liegt darin, dass im Falle von Regelwidrigkeiten eine Ärztin bzw. einen Arzt aus der für die Geburtshilfe zuständigen Abteilung nicht erreichbar ist und eine ärztliche Einschätzung des Geburtsverlaufs oder eine notwendige Überleitung in die ärztliche geleitete Betreuung nicht rechtzeitig erfolgen kann. In diesem Fall besteht das Risiko einer Gefährdung der Gebärenden und des Neugeborenen.

Die Anforderung, dass eine Ärztin oder ein Arzt aus der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung jederzeit für eine persönliche, telefonische oder telemedizinische Konsultation zur Verfügung steht, ist auf die Erreichung der in § 10 formulierten Qualitätsziele

- der Gewährleistung einer sicheren Geburt für Schwangere und Gebärende und Neugeborene sowie
- der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Schwangeren und Gebärenden und Neugeborenen zur Gewährleistung eines bundesweit einheitlichen Versorgungsstandards ausgerichtet.

Zu Absatz 6:

Das Krankenhaus stellt sicher, dass bei Bedarf jederzeit eine Ärztin oder ein Arzt einer für Kinder- und Jugendmedizin zuständigen Fachabteilung persönlich, telefonisch oder telemedizinisch erreichbar ist. Die Hinzuziehung ist beispielsweise für die Beurteilung von Neugeborenen mit Verdacht auf regelwidrige Befunde und einer entsprechend erforderlichen fachärztlichen Entscheidung über die weitere Versorgung angezeigt.

Die Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin kann sich gemäß Satz 2 auch an einem anderen Krankenhausstandort im Sinne von § 1 Absatz 3 befinden. Auch in diesem Fall muss die Erreichbarkeit jederzeit sichergestellt sein. Diese Sicherstellung kann durch die für Geburtskliniken zu erstellenden Standard Operating Procedures (SOP) gemäß Anlage 1 IV. Absatz 4 Nummer 8 der QFR-RL erfolgen. Ungeachtet dessen kann die Erreichbarkeit auch durch eigenverantwortlich festzulegende krankenhausinterne Regelungen gemäß § 5 Absatz 1 sinnentsprechenden Inhalts gewährleistet werden, die mindestens den Anforderungen des § 5 Absatz 2 genügen.

Sinn und Zweck ist es, eine grundlegende organisatorische Mindestanforderung zu definieren, die eine Erreichbarkeit einer Ärztin oder eines Arztes einer für Kinder- und Jugendmedizin zuständigen Fachabteilung jederzeit sicherstellt.

In Krankenhäusern, in denen keine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Krankenhausstandort vorhanden ist, werden die Anforderungen aus der QFR-RL Anlage 1 IV Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik Absatz 4 Nr. 8 berücksichtigt. Eine jederzeitige Erreichbarkeit muss gewährleistet sein.

Diese Anforderung leitet sich daraus ab, dass eine Hebamme gemäß § 9 Absatz 4 Nr. 1f HebG Anzeichen von Regelwidrigkeiten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen, in der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und während der Stillzeit zu erkennen und die im jeweiligen Fall angemessenen Maßnahmen für eine ärztliche Behandlung zu ergreifen hat. Im Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten [45] wird die Zeitverzögerung als ein relevanter Risikofaktor für das Auftreten von Geburtsschäden angegeben. In der Onlinebefragung wurde dieser Faktor bei 22,7 % der Fälle genannt.

Die Aufnahme dieser Anforderung in die Richtlinie wurde in den interdisziplinären G-BA-Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, konsentiert.

Diese Mindestanforderung soll die Risiken für das Neugeborene reduzieren. Treten unvorhergesehene Komplikationen beim Neugeborenen auf, müssen Strukturen und Prozesse vorhanden sein, die die ärztliche Versorgung ermöglichen.

Die Anforderung, dass bei Bedarf jederzeit eine Ärztin oder ein Arzt einer für Kinder- und Jugendmedizin zuständigen Fachabteilung persönlich, telefonisch oder telemedizinisch erreichbar ist, ist auf die Erreichung der in § 10 formulierten Qualitätsziele

- der Gewährleistung einer sicheren Geburt für Schwangere und Gebärende und Neugeborene sowie
- der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Schwangeren und Gebärenden und Neugeborenen zur Gewährleistung eines bundesweit einheitlichen Versorgungsstandards ausgerichtet.

Zu Absatz 7:

Absatz 7 regelt die Verpflichtung des Krankenhauses, sicherzustellen, dass eine Überleitung in die ärztlich geleitete Betreuung ohne Unterbrechung der Versorgung unverzüglich möglich sein muss.

Eine Überleitung kann während einer hebammengeleiteten Betreuung jederzeit erforderlich werden. Die Erforderlichkeit kann sich nicht nur durch auftretende Anzeichen für Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf ergeben, sondern etwa auch dadurch, dass der Krankenhausstandort nicht die Personalanforderungen wie u.a. die Eins-zu-Eins-Betreuung gemäß § 7 Absatz 5 Satz 1 (vgl. auch die Erläuterungen zu Absatz 2) erfüllen kann. Die Erforderlichkeit einer Überleitung kann sich nicht zuletzt auch dadurch ergeben, dass sich die Gebärende oder die betreuende Hebamme während des Geburtsverlaufs hierzu entscheidet (§ 7 Absatz 3). Häufig besteht etwa der Wunsch der Gebärenden nach einem Wechsel in die ärztlich geleitete Betreuung aufgrund einer Schmerztherapie, die nicht im Rahmen der hebammengeleiteten Betreuung durchgeführt werden darf. Diese Mindestanforderung ist eine konkrete Ausprägung der allgemeinen organisatorischen Anforderung nach § 1 Absatz 2, wonach die hebammengeleitete Betreuung in die bestehende

Infrastruktur der geburtshilflichen Abteilung des Krankenhausstandortes so integriert sein muss, dass bei Bedarf unverzüglich von der Hebammengeleiteten Betreuung in die ärztliche Betreuung übergeleitet werden kann. Nach § 5 Absatz 1 ist das Krankenhaus zugleich verpflichtet, zur Sicherstellung der Qualität der Hebammengeleiteten Betreuung, entsprechende jederzeit verfügbare krankenhausinterne Regelungen eigenverantwortlich schriftlich festzulegen, durch die auch die erforderliche unverzügliche Überleitung ohne Unterbrechung der Versorgung gewährleistet wird. Diese krankenhausinternen Regelungen müssen mindestens den Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 genügen. Im Rahmen dieser Gewährleistungspflicht ist insbesondere durch entsprechende krankenhausinterne Regelungen nach § 5 Absatz 1 Rechnung zu tragen, wenn die ärztlich geleiteten und Hebammengeleiteten Betreuungen in unterschiedlichen Räumlichkeiten des Krankenhausstandortes erfolgen.

Um dies sicherzustellen, regelt das Krankenhaus eigenverantwortlich die Strukturen vor Ort, in denen die Hebammengeleitete Betreuung erfolgt. Die Schnittstellen zur ärztlich geleiteten Betreuung und anderen Bereichen im Krankenhaus werden identifiziert und daraus werden die Prozesse in der Überleitung abgeleitet und bestimmt, so dass keine Unterbrechung in der Versorgung der Gebärenden und des Neugeborenen eintritt.

Die Sicherstellung einer ununterbrochenen Betreuung und einer unverzüglichen ärztlich geleiteten Betreuung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt aus der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung sind wesentliche Sicherheitsaspekte einer Hebammengeleiteten Betreuung. Dies kann das Krankenhaus auch weitergehend unterstützen, in dem es prüft, ob eine Information über den Beginn einer Hebammengeleiteten Betreuung an die Hebammen, Ärztinnen und Ärzte der ärztlich geleiteten Betreuungen von Geburten notwendig ist. Je nach Organisation der ärztlich geleiteten Betreuungen von Geburten und der Hebammengeleiteten Betreuungen kann eine entsprechende Information zur Sicherung einer unverzüglichen Überleitung notwendig sein. Da eine Überleitung in ca. 50% der begonnenen Hebammengeleiteten Betreuungen wahrscheinlich ist [38], (S. 8, 27, 33) und Tabelle 11, S. 51; [2] erscheint es sinnvoll Hebammen, Ärztinnen und Ärzte der ärztlich geleiteten Betreuungen rechtzeitig zu informieren, um die Ressourcen entsprechend planen zu können. Die GESchlick Studie führt unter dem Weiterleitungsgrund Geburtsverlauf aus, dass Regelwidrigkeiten des Geburtsverlaufs in jeder Phase der Geburt auftreten können und entsprechend des Kriterienkatalogs eine Weiterleitung erfordern. Zu den Regelwidrigkeiten gehören eine protrahierte Geburt sowie ein Geburtsstillstand in der Eröffnungs- oder Austreibungsphase. In diese Gruppe der Weiterleitungen fielen 13,3% der einbezogenen Geburtsverläufe. Unter dem Weiterleitungsgrund Mutter, medizinische Gründe nach Geburt führt die Studie mütterliche Komplikationen in der Nachgeburtsphase auf. Hierzu gehören die Auffälligkeiten verstärkte Blutung, Plazentalösungsstörung, unvollständige Plazenta, sonstige Geburtsverletzungen und sonstige Regelwidrigkeiten in der unmittelbaren Nachgeburtsphase. Diese Gruppe umfasste 13,6% der einbezogenen Geburtsverläufe. [39], (S. 27 bis 28). Die gleiche Studie führt auf Seite 42 in der Tabelle 2 Geburtshilfliche Charakteristika der Mutter nach Studien- und Kontrollgruppe auf. In der Studiengruppe mit 612 untersuchten Geburtsverläufen im Hebammenkreißsaal mussten 3 Not-Sectiones vorgenommen werden sowie 52 sekundäre Sectiones und 38 vaginal-operative Geburtsbeendigungen. Eine notfallmäßige Versorgung, ggf. auch mit einer operativen Entbindungsmaßnahme muss zur Gewährleistung einer sicheren Geburt jederzeit möglich sein.

Sinn und Zweck ist es, eine grundlegende organisatorische Regelung zu definieren, durch welche die Einhaltung der Anforderungen an eine hebammengeleitete Betreuung (§ 7) gewährleistet wird.

Diese Anforderung wurde aus den folgenden Publikationen abgeleitet:

Das Handbuch Hebammenkreißsaal führt unter dem Ziel: Kriterienkatalog zur kontinuierlichen Einschätzung des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs auf Seite 35 den Prozess Ablauf bei Hinzuziehung eines Facharztes aus, der dem Prozess der Überleitung in der Richtlinie entspricht [49].

Im Abschlussbericht des Forschungsprojekts Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal (GESCHICK) – Entscheidungsabläufe, Qualitätssicherung und ‚Best Practice Modell‘ wird der Aspekt der Überleitung unter dem Begriff Weiterleitung insbesondere in Verbindung mit der Anpassung des Kriterienkatalogs unter 6. Erste Klausurtagung erläutert [38].

Der Deutsche Hebammenverband führt in seiner Veröffentlichung „Strukturanforderungen an den Hebammenkreißsaal [22] als Standard für die hebammengeleitete Geburtshilfe in Deutschland“ in 2 Unterpunkten zu 3.4 Regelung der Zusammenarbeit in Notfallsituationen (Notfallkonzept) aus [34], dass es ein schriftlich hinterlegtes Überleitungskonzept mit der Abstimmung und Einbindung aller relevanten Fachabteilungen gibt (insbesondere mit den Abteilungen der Gynäkologie und Geburtshilfe, Neonatologie, Anästhesie und/oder Kinder- und Jugendmedizin, sofern am Standort vorhanden) sowie am Standort mindestens die Verfügbarkeit eines geburtshilflichen Facharztes und die Verfügbarkeit einer geburtshilflichen Anästhesie gewährleistet sein muss. Im Weiteren wird unter diesem Abschnitt ausgeführt, dass die Behandlungsrichtlinien von Hebammen und Ärztinnen/Ärzten gemeinsam erstellt werden und Schnittstellen klar definiert werden müssen, insbesondere die Überleitung und die Überleitungskriterien von der hebammengeleiteten Geburt zur Geburt im interprofessionellen Kreißsaal.

Im Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten [45] wird die Zeitverzögerung als ein relevanter Risikofaktor für das Auftreten von Geburtsschäden angegeben. In der Onlinebefragung wurde dieser Faktor bei 22,7 % der Fälle genannt. Unter dem Begriff „Zeitverzögerung“ umfasst waren dabei Zeitverzögerungen in der Hinzuziehung des Arztes oder der Ärztin, der Entscheidung und in der Durchführung von Interventionen und bei Verlegungen / Transporten.

Das Gutachten nennt auch eine mangelhafte Kommunikation im Team und zwischen den Berufsgruppen sowie Übergabedefizite als Risikofaktoren für die Entstehung von Geburtsschäden über alle in der Untersuchung eingesetzte Methoden. Die Erstellung verbindlicher Regelungen nach § 5 Abs. 1 soll es ermöglichen, den Prozess der Überleitung klar zu strukturieren, um Kommunikationshindernisse und Informationsverluste zu vermeiden und Zeitverzögerungen zu verhindern.

Die Aufnahme dieser Anforderung Regelung in die Richtlinie wurde in den interdisziplinären G-BA-Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, konsentiert.

Diese Anforderung soll das Risiko von Folgeschäden aufgrund von Komplikationen für die Gebärende und das Neugeborene reduzieren, die bei einem unvorhergesehen pathologischen Geburtsverlauf eine unmittelbare ärztliche Leitung der Geburt erforderlich machen.

Die Anforderung, sicherzustellen, dass eine Überleitung in die ärztlich geleitete Betreuung ohne Unterbrechung der Versorgung unverzüglich möglich sein muss, ist auf die Erreichung der in § 10 formulierten Qualitätsziele

- der Gewährleistung einer sicheren Geburt für Schwangere und Gebärende und Neugeborene sowie
- der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Schwangeren und Gebärenden und Neugeborenen zur Gewährleistung eines bundesweit einheitlichen Versorgungsstandards ausgerichtet.

Zu Absatz 8:

Satz 1 regelt, dass für die hebammengeleitete Betreuung die Ausstattung zur Verfügung stehen muss, damit sowohl die Durchführung physiologischer Geburten als auch die Notfallversorgung der Gebärenden und des Neugeborenen jederzeit gewährleistet ist. Nach Satz 2 muss insbesondere ein Operationssaal zur Durchführung einer Sectio caesarea (auch Kaiserschnitt, Schnittentbindung oder abdominelle Entbindung genannt) sowie eine Neugeborenenreanimationseinheit vorgehalten werden.

Entbindungen gemäß § 24f SGB V in einem Krankenhaus dürfen bereits gesetzlich nur in einem den Anforderungen des § 107 SGB V entsprechend ausgestatteten Krankenhaus bewirkt werden. Insbesondere muss das Krankenhaus der Geburtshilfe im Sinne von § 107 SGB V dienen (vgl. auch Erläuterungen zum Ausdruck „hebammengeleitete Betreuung“ gemäß § 2 Nummer 3). Es muss folglich mindestens die Ausstattung einer Geburtsklinik verfügbar sein, die sowohl die Durchführung physiologischer Geburten ermöglicht als auch die Ausstattung für eine etwaige Notfallversorgung vorhält. Häufig wird gerade wegen dieser Hintergrundabsicherung das Krankenhaus als Entbindungsort gewählt (vgl. BSG, Urteil vom 20. Februar 2025, Az. B 1 KR 6/24 R, juris Rn. 14.). Dies umfasst insbesondere einen Operationssaal für die Durchführung einer Sectio caesarea, eine Reanimationseinheit zur Neugeborenenenerstversorgung sowie die apparative Ausstattung zur Durchführung vaginal operativer Geburten (Forceps und Vakuumextraktion).

Zu diesen Mindestanforderungen hat das Krankenhaus zur Sicherung der Prozessqualität krankenhausinterne verbindliche Regelungen gemäß § 5 Absatz 1 eigenverantwortlich festzulegen, die mindestens den Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 entsprechen müssen. Auch in diesem Zusammenhang ist insbesondere mit Blick auf die Notfallversorgung die allgemeine organisatorische Anforderung nach § 1 Absatz 2 zu beachten, wonach die hebammengeleitete Betreuung in die bestehende Infrastruktur der geburtshilflichen Abteilung des Krankenhausstandortes so integriert sein muss, dass bei Bedarf unverzüglich von der hebammengeleiteten Betreuung in die ärztliche Betreuung übergeleitet werden kann.

Sinn und Zweck der Anforderung ist es, dass das Krankenhaus in den verschiedenen räumlichen Umsetzungsmöglichkeiten zur hebammengeleiteten Betreuung die Ausstattungen bereithält, die für eine physiologische Geburt, sowie für vaginal operative Geburten und Notfälle erforderlich sind.

Die Anforderung wurde abgeleitet aus den folgenden Publikationen:

Der Deutsche Hebammenverband führt in seiner Veröffentlichung „Strukturanforderungen an den Hebammenkreißsaal [34] als Standard für die hebammengeleitete Geburtshilfe in Deutschland“ in Punkt 3.4 unter anderem aus [34], dass die apparativen Einrichtungen eine sichere geburtshilfliche Nutzung, sowohl bei normalen Geburtsverläufen als auch bei schwierigeren Geburtsverläufen, einschließlich Notfällen und Verlegungen in Geburtskliniken höherer Versorgungsstufen ermöglichen solle. Weiterhin werden in diesem Abschnitt als Strukturvoraussetzungen ein Operationssaal für die Durchführung einer Sectio caesarea, eine Reanimationseinheit zur Neugeborenenenerstversorgung und die apparative Ausstattung zur Durchführung vaginal operativer Geburten (Forceps und Vakuumextraktion) aufgeführt.

Die AWMF-Leitlinie S3 „Sectio caesarea“ [11] enthält eine starke Empfehlung mit einem Evidenzgrad 2+ nach SIGN, wonach allen Frauen mit einem Zustand nach Sectio caesarea eine kontinuierliche CTG-Überwachung angeboten werden soll. Zudem soll empfohlen werden, in einer Einrichtung zu gebären, in der die Durchführung eines notfallmäßigen Kaiserschnittes jederzeit möglich ist (Empfehlung 6.3., S. 77). Damit sollen Verzögerungen der Versorgung v.a. bei drohenden oder bereits erfolgten Uterusrupturen vermieden werden.

Die Aufnahme dieser Anforderung Regelung in die Richtlinie wurde in den interdisziplinären G-BA-Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, konsentiert.

Diese Anforderung soll sicherstellen, dass in einem Notfallszenario, das an dem Krankenhausstandort im Zusammenhang mit der hebammengeleiteten Betreuung auftritt, für die Gebärende und das Neugeborene eine angemessene Versorgung möglich ist.

Die Anforderung ist auf die Erreichung der in § 10 formulierten Qualitätsziele

- der Gewährleistung einer sicheren Geburt für Schwangere und Gebärende und Neugeborene sowie
- der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Schwangeren und Gebärenden und Neugeborenen zur Gewährleistung eines bundesweit einheitlichen Versorgungsstandards

ausgerichtet.

Zu § 4 Personelle Anforderung an die leitende Hebamme

§ 4 regelt, dass die leitende Hebamme eine mindestens dreijährige hauptberufliche praktische Tätigkeit in der Geburtshilfe nach Abschluss der Ausbildung oder des Studiums zur Hebamme nachweisen können muss, die innerhalb der letzten acht Jahre vor Beginn der Leitung erbracht wurde.

Die Anforderung an die angestellte Hebamme, welche die organisatorische und fachliche Leitung der hebammengeleiteten Betreuung übernimmt, besteht darin, dass sie mindestens eine dreijährige hauptberufliche praktische Tätigkeit in der Geburtshilfe nach Abschluss der Ausbildung bzw. Studium zur Hebamme vorweisen kann. Diese Anforderung entspricht der Anforderung an die fachliche Leitung von hebammengeleiteten Einrichtungen (HgE, Geburtshaus) gemäß § 1 Absatz 5 in Verbindung mit § 1 Absatz 1b der Anlage 1 (Qualitätsvereinbarung) des Ergänzungsvertrags nach § 134a SGB V über

Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen, in der zuletzt geänderten Fassung vom 26. November 2018.

Die geforderte praktische Tätigkeit muss nicht unmittelbar vor der Übernahme der Leitungsfunktion erbracht worden sein, sondern es genügt ein entsprechender Nachweis der Tätigkeit innerhalb eines Zeitraums von acht Jahren vor Übernahme der Leitungsfunktion.

Die Mindestanforderung ist nur erfüllt, wenn die geforderte praktische Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt wurde. Die geforderte Tätigkeit in der Geburtshilfe kann jedoch sowohl in selbstständiger als auch in nichtselbstständiger Erwerbstätigkeit erbracht worden sein. Die Tätigkeit ist dann als hauptberuflich im Sinne dieser Mindestanforderung anzusehen, wenn sie in der Gesamtschau nach ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und ihrem zeitlichen Aufwand etwaige weitere "Erwerbstätigkeiten" zusammen deutlich übersteigen oder den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. Bei Arbeitnehmenden ist die Hauptbeschäftigung in der Regel die sozialversicherungspflichtige Tätigkeit, die nicht geringfügig ist (also kein Minijob). Bei Selbstständigen wird häufig angenommen, dass die Tätigkeit hauptberuflich ist, wenn sie mehr als 20 Stunden pro Woche umfasst und das Einkommen daraus die Haupteinnahmequelle darstellt oder Mitarbeitende beschäftigt werden.

Sinn und Zweck ist es, eine grundlegende organisatorische Mindestanforderung zu definieren, durch welche die Einhaltung der Voraussetzungen für eine hebammengeleitete Betreuung (§ 6) und der Anforderungen an eine hebammengeleitete Betreuung (§ 7) gewährleistet wird.

Die Anforderung wurde aus den folgenden Publikationen abgeleitet:

Im Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen [31] wird in Anlage 1 Qualitätsvereinbarung § 1 Absatz 1b die personelle Voraussetzung beschrieben, dass die fachliche Leitung eine mindestens dreijährige hauptberufliche praktische Tätigkeit auf dem Gebiet der Geburtshilfe nach Abschluss der Ausbildung zur Hebamme nachweist, die innerhalb der letzten acht Jahre vor Beginn der fachlichen Leitung erbracht wurde.

Im Abschlussbericht des Forschungsprojekts Geburt im hebammengeleiteten Kreißaal (GEschlCK) – Entscheidungsabläufe, Qualitätssicherung und ‚Best Practice‘ Modell‘ [38], (S. 70), wird unter der Empfehlung zur inhaltlichen Vorbereitung aufgeführt: Berufserfahrung: Die inhaltliche Vorbereitung sollte von Hebammen mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung gestaltet werden.

Das Handbuch Hebammenkreißaal führt unter dem Ziel: Weiterqualifikation der Hebammen auf Seite 32 an [49], dass grundsätzlich darüber nachzudenken sei, ob zu den Grundqualifikationen der Hebammen des Hebammenkreißaals eine Mindestdauer an Berufserfahrung in der Geburtshilfe zählen sollte. Nach Aussagen in der internationalen Literatur ist davon auszugehen, dass zwei Jahre Berufserfahrung mit einer Vollzeitstelle in der Geburtshilfe ausreichend seien, um in einem Hebammenkreißaal nach Hebammenbetreuungskriterien arbeiten zu können. In dem Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten werden mangelhafte Qualifikation und Kompetenz als ein Risikofaktor angegeben, der sich sowohl aus der Literaturrecherche als auch aus der Onlinebefragung, den Interviews und dem Ergebnis

des Austausches ergibt [45]. Insbesondere aus der Literaturrecherche wurden als Risikofaktoren für das Auftreten von Geburtsschäden unter anderem ein niedriges Qualifikationsniveau der Hebammen sowie eine unzureichende Supervision von unerfahrenem Personal angegeben. Dies impliziert, dass ein gewisses Maß an Erfahrung die Sicherheit von Schwangerer, Gebärender und Neugeborenem verbessert oder bei unzureichender Erfahrung eine Supervision notwendig ist. Die leitende Hebamme der hebammengeleiteten Geburten sollte daher über eine darüberhinausgehende Berufserfahrung, hier drei Jahre verfügen, um das Qualifikationsniveau der weiteren Hebammen einschätzen zu können und entsprechende Maßnahmen einleiten und strukturieren zu können. Diese 3-jährige Berufserfahrung wurde im Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V 2018 bereits vereinbart.

Die Aufnahme dieser Anforderung in die Richtlinie wurde in den interdisziplinären G-BA-Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, konsentiert.

Im Sinne einer Risikobewertung könnte die Nichteinhaltung dieser Anforderung dazu führen, dass aufgrund einer geringeren Erfahrung der leitenden Hebamme die Umsetzung der strukturellen und organisatorischen Anforderungen der Richtlinie oder Überwachung der Einhaltung der Anforderungen nicht ausreichend ist. Hieraus lassen sich Risiken für Schwangere, Gebärende und das Neugeborene in der hebammengeleiteten Geburtsbetreuung ableiten, die zu Geburtsschäden führen können.

Die Anforderung ist auf die Erreichung der in § 10 formulierten Qualitätsziele

- der Gewährleistung einer sicheren Geburt für Schwangere und Gebärende und Neugeborene sowie.
- der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Schwangeren und Gebärenden und Neugeborenen zur Gewährleistung eines bundesweit einheitlichen Versorgungsstandards

ausgerichtet.

Zu § 5 Anforderungen an die Prozessqualität

Zu Absatz 1:

Absatz 1 Satz 1 regelt, dass Krankenhäuser, die Leistungen im Anwendungsbereich dieser Richtlinie erbringen, verpflichtet sind, zur Sicherstellung der Qualität der hebammengeleiteten Betreuung jederzeit verfügbare krankenhausinterne verbindliche Regelungen zu den §§ 3, 6 und 7 schriftlich festzulegen.

Die Verpflichtung zur verbindlichen Festlegung von krankenhausinternen Regelungen zu den Mindestanforderungen nach den §§ 3, 6 und 7 haben insbesondere zum Ziel, die Struktur- und Prozessqualität der hebammengeleiteten Betreuung am maßgeblichen Krankenhausstandort durch einheitliche und verbindliche Standards für alle Beteiligten zu gewährleisten. Die verbindliche Festlegung kann beispielsweise durch Organisationsstatute, Standards, Arbeitsanweisungen, Verfahrens- oder Prozessbeschreibungen, Standard Operating Procedures (SOP), Dienstanweisungen oder ggf. auch Vereinbarungen im Rahmen der

betrieblichen Mitbestimmung erfolgen. Die erforderliche jederzeitige Verfügbarkeit der festzulegenden krankenhausinternen Vorgaben kann z.B. durch eine ausreichende Anzahl von ausgedruckten Dokumenten an den Orten der Leistungserbringung oder durch digitale Anwendungen erreicht werden.

Gegenstand dieser festzulegenden krankenhausinternen Regelungen zur Sicherstellung der Prozessqualität sind die organisatorischen Mindestanforderungen gemäß § 3, die Mindestvoraussetzungen für eine hebammengeleitete Betreuung nach § 6 sowie die Mindestanforderungen an die hebammengeleitete Betreuung gemäß § 7 (vgl. auch die entsprechenden Erläuterungen zu diesen Mindestvoraussetzungen und Mindestanforderungen).

Im Rahmen der Regelungen zu § 3 können durch das Krankenhaus insbesondere Regelungen zu den nachfolgenden Anforderungen erstellt werden. Regelungen zur Personalplanung, die zur Ermittlung der Vollzeitäquivalente für den Personalbedarf zur Umsetzung der hebammengeleiteten Betreuung im Kreißsaal bestehen, können Teil der Planungen für das gesamte Krankenhaus sein (Stellenplan). Die Regelungen zur Dienstplangestaltung des Krankenhauses können entsprechende Vorgaben enthalten, wie die Anwesenheit mindestens einer Hebamme im Krankenhaus für die hebammengeleitete Betreuung oder die Verfügbarkeit einer Ärztin oder eines Arztes aus der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung sichergestellt wird. Die Regelungen zur Einarbeitung und zur Schulung und Fortbildung sowie die entsprechenden Nachweise und Dokumentationen können Teil der zugrundeliegenden Programme des Krankenhauses sein. Zur Sicherstellung, dass eine Ärztin oder ein Arzt einer für Kinder- und Jugendmedizin zuständigen Fachabteilung bei Bedarf jederzeit persönlich, telefonisch oder telemedizinisch erreichbar ist, können in den Geburtskliniken (Versorgungsstufe IV) Regelungen getroffen werden. Bei Bestehen einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort werden Regelungen nach § 3 Abs. 6 für die interne Zusammenarbeit festgelegt.

Das Krankenhaus stellt durch schriftliche verbindliche Regelungen zur Überleitung wie z.B. durch Standards, Prozessbeschreibungen, Dienstanweisungen und Organisationstatuten sicher, dass im Geburtsverlauf einschließlich der Nachgeburtsphase unverzüglich eine Überleitung in die ärztlich geleitete Betreuung vollzogen werden kann. Dazu regelt das Krankenhaus die Strukturen, in denen die hebammengeleitete Betreuung erfolgt und gestaltet die Prozesse in der Überleitung so, dass keine Unterbrechung in der Versorgung der Gebärenden oder Mutter und des Neugeborenen eintritt. Eine Überleitung kann aus einer Konsultation heraus von einer Ärztin oder einem Arzt angeordnet werden, Regelungen dazu sollten mögliche Abläufe und Verantwortlichkeiten berücksichtigen. Die Regelungen können auch beinhalten, dass Ärzte und weitere Hebammen der ärztlich geleiteten Betreuungen Kenntnis vom Beginn einer hebammengeleiteten Betreuung einer Geburt haben.

Im Rahmen der Regelungen zu den Mindestanforderungen des § 6 können einheitliche und verbindliche Vorgaben für die Prozessbeteiligten zur Beurteilung, ob ein physiologischer Schwangerschaftsverlauf vorliegt (z.B. im Rahmen einer Anamnese und Befunderhebung), erfolgen. Diese können eine Beschreibung der körperlichen Untersuchung durch die Hebamme enthalten, wie z.B. eine Beckenbeurteilung, Leopold'sche Handgriffe, Messung des Symphysen-Fundus-Abstands und die Beurteilung von Varizen und Ödemen, sowie eine Erhebung der kindlichen Vitalität mit Kindsbewegungen und Auskultation der fetalen Herzfrequenz.

Zur Abklärung eines physiologischen Schwangerschaftsverlaufs im Rahmen der Geburts- und Aufnahmeplanung mit Überprüfung zumindest der Kriterien gemäß § 6 der Richtlinie, kann beschrieben werden, wie die Vorgehensweise zur Erhebung und Dokumentation der Befunde sowie der Entscheidungen festgelegt ist. Die Inhalte der Beratung der Schwangeren sowie die Dokumentation der Ergebnisse der Beratung, Information und Aufklärung können Bestandteil der Regelungen sein (vgl. auch Erläuterungen zu § 6 Absatz 1 und 2).

Die Umsetzung der Mindestanforderungen des § 7 kann das Krankenhaus durch einheitliche und verbindliche Vorgaben für die Prozessbeteiligten insbesondere zu den folgenden Prozessen regeln:

Das Krankenhaus nimmt in seine Regelungen das Vorgehen bei Vorliegen von Kriterien für eine Konsultation in der hebammengeleiteten Betreuung und bei Vorliegen von Kriterien für eine Überleitung auf. Dies kann die Beschreibung von Abläufen und die Dokumentation umfassen. Die Regelungen zur Überleitung können die Schnittstellen, Prozesse und Verantwortlichkeiten in der Überleitung definieren.

Die Regelungen können beschreiben, wie die Überleitung erfolgen soll, wie die Übergabe der Gebärenden Person und des ungeborenen Kindes oder des Neugeborenen an die Ärztin oder den Arzt aus der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung erfolgen soll (z.B. nach SBAR-Schema) und wie der Beginn der ärztlich geleiteten Betreuung dokumentiert wird. Das Verfahren, wenn eine Überleitung aus einer Konsultation heraus von einer Ärztin oder einem Arzt angeordnet wird, kann ebenfalls im Sinne der Sicherstellung eindeutig bezüglich der Abläufe und Verantwortlichkeiten geregelt werden.

Das Krankenhaus kann in seinen Regelungen beschreiben, wie die Anforderungen an die Eins-zu-Eins-Betreuung in der hebammengeleiteten Betreuung (§ 7 Abs. 5 Satz 1) und wie die Betreuung nach Aufnahme in die hebammengeleitete Betreuung bis zum Beginn der aktiven Eröffnungsphase (Muttermundöffnung von ca. 4-6 cm) ausgestaltet werden. In die Regelungen kann auch die Ausgestaltung der Hinzuziehung einer weiteren Hebamme zur aktiven Austrittsphase des Kindes aufgenommen werden (§ 7 Abs. 5 Satz 2). Die Regelungen können auch beschreiben, welche Bedingungen einen Wechsel der Hebamme in der Eins-zu-Eins-Betreuung (z.B. Schichtwechsel) begründen können, und wie eine Übergabe in der Eins-zu-Eins-Betreuung erfolgt.

In die Regelungen zur kollegialen Beratung in der hebammengeleiteten Betreuung mit einer zweiten Hebamme (§ 7 Abs. 6) kann das Krankenhaus Festlegungen u.a. zur Organisation, zur Sicherstellung der Durchführung, zum Vorgehen (z.B.: ca. alle zwei Stunden erfolgt eine kollegiale Absprache mit kurzer Zusammenfassung des Geburtsverlaufs und ggf. gemeinsame Bewertung des CTGs oder der fetalen Auskultation) und zur Dokumentation treffen. Vorgaben zur Dokumentation des kollegialen Austauschs können z.B. Zeitpunkt und Ergebnis (physiologischer Verlauf, suspekter Verlauf mit Maßnahmen, pathologischer Verlauf mit Überleitung in die ärztlich geleitete Betreuung) umfassen.

Die Checkliste gemäß Anlage 1 zur Prüfung der Voraussetzungen gemäß § 6 und Anforderungen gemäß § 7 für die hebammengeleitete Betreuung (Kriterien) kann als Orientierung bei der Erstellung der verbindlichen Regelungen herangezogen werden.

Die Notwendigkeit dieser Anforderung ergibt sich aus den bereits in den Tragenden Gründen zu § 3 beschriebenen Notwendigkeiten zur Festlegung von Standards für bestimmte Situationen.

Im Expertenaustausch zum Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten (Niemeyer A et al. 2018) wurden Standards als ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung beschrieben, aber nur, wenn sie interprofessionell entwickelt (siehe § 5 Abs. 2), geschult und nachhaltig flächendeckend umgesetzt werden.

Die Aufnahme dieser Regelung in die Richtlinie wurde in den interdisziplinären G-BA-Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, konsentiert.

Diese Anforderung soll sicherstellen, dass festgelegte Standards verschriftlicht sind und allen in der hebammengeleiteten Geburtshilfe tätigen Personen jederzeit zugänglich sind, um entsprechende Maßnahmen möglichst ohne Zeitverzögerung rasch umsetzen zu können.

Die Nicht-Verschriftlichung oder unzugängliche Aufbewahrung führt für Schwangere, Gebärende und das Neugeborene in der hebammengeleiteten Geburtsbetreuung zu Risiken, die z.B. durch Verzögerungen von Maßnahmen wie einer Überleitung oder einer Konsultation zu Geburtsschäden führen können.

Die Anforderung ist auf die Erreichung der in § 10 formulierten Qualitätsziele

- der Gewährleistung einer sicheren Geburt für Schwangere und Gebärende und Neugeborene sowie.
- der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Schwangeren und Gebärenden und Neugeborenen zur Gewährleistung eines bundesweit einheitlichen Versorgungsstandards ausgerichtet.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 bestimmt, dass die krankenhausinternen Regelungen nach Absatz 1 in interdisziplinärer Zusammenarbeit und unter der Verantwortung der leitenden Hebamme und der leitenden Ärztin oder des leitenden Arztes der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung gemäß dem aktuellen Stand hebammenwissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse im Sinne § 9 Absatz 2 HebG und § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V festzulegen sind.

Die durch das Krankenhaus eigenverantwortlich festzulegenden Regelungen nach Absatz 1 zu den §§ 3, 6 und 7 müssen folglich dem aktuellen Stand hebammenwissenschaftlicher Erkenntnisse im Sinne § 9 Absatz 2 HebG und § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V entsprechen. Nach § 9 Absatz 2 HebG hat die Hebammentätigkeit insbesondere entsprechend dem allgemein anerkannten Stand hebammenwissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer Berufsethik zu erfolgen. Da die hebammengeleitete Betreuung im Sinne dieser Richtlinie konkret den krankenversicherungsrechtlich gesetzlichen Leistungsanspruch für Entbindungen gemäß § 24f SGB V zum Gegenstand hat, müssen Qualität und Wirksamkeit die maßgeblichen Leistungen daher zugleich gemäß § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.

Entsprechend diesem Maßstab sind die krankenhausinternen Regelungen zur hebammengeleiteten Betreuung nach Absatz 1 in interprofessioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit im Team zu erarbeiten und festzulegen sowie in regelmäßigen festgelegten Abständen sowie bei konkreten Anlässen oder Anhaltspunkten (z.B. auf Grundlage von Qualitätsergebnissen aus der hebammengeleiteten Geburt, aktuellen Studien, neue bzw. aktualisierte Leitlinien, Berücksichtigung besonderer Bedingungen am Standort, Patientensicherheit, zwischenzeitlich im Team erworbene krankenhausinterne Erfahrungen) auch auf etwaigen erforderlichen Anpassungs- oder Weiterentwicklungsbedarf kontinuierlich zu überprüfen.

Die leitende, angestellte Hebamme und die leitende Ärztin oder der leitende Arzt der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung erarbeiten und verantworten die Inhalte der Regelungen für die hebammengeleitete Betreuung. Unterliegt die ärztliche Leitung der ärztlich geleiteten Betreuung von Geburten dem Leiter oder der Leiterin der gesamten Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, so ist dieser die leitende Ärztin oder der leitende Arzt im Sinne von Absatz 2. In die Erarbeitung und Überprüfung der Regelungen können je nach fachlich zu klärender Fragestellung auch Ärzte und Ärztinnen weiterer relevanter betroffener medizinischen Fachgebiete bzw. Schwerpunkte (z. B. Anästhesiologie, Neuropädiatrie oder Neonatologie) und ggf. ergänzend auch weitere bezugswissenschaftliche Kompetenzen im Sinne von § 9 Absatz 2 HebG (z.B. pflegewissenschaftliche, psychologische oder sozialwissenschaftliche Kompetenzen, vgl. Begründung zum Hebammenreformgesetz (HebRefG) vom 04.06.2019, BT-Drucksache 19/10612, S. 51) einbezogen werden.

In seinen Regelungen kann das Krankenhaus ergänzend den Prozess beschreiben, wie krankenhauspezifisch weitere Kriterien zur Feststellung einer physiologischen Schwangerschaft und eines physiologischen Geburtsverlaufs mit den entsprechenden Maßnahmen in die standortspezifische Auflistung der hebammengeleiteten Betreuung aufgenommen werden.

Für die Nichteinhaltung der Verpflichtung nach Absatz 1 und Absatz 2 bestehen nach dieser Richtlinie keine gesonderten Folgen gemäß § 8. Eine Verletzung dieser Anforderung führt gemäß § 8 Absatz 2 nur unter der Voraussetzung zum Wegfall des Vergütungsanspruchs, wenn gleichzeitig eine konkrete Mindestanforderung nach §§ 3 und 4 sowie §§ 6 und 7 nicht eingehalten wurde.

Die Notwendigkeit dieser Anforderung ergibt sich aus den bereits in den Tragenden Gründen zu § 3 beschriebenen Notwendigkeiten zur Festlegung von Standards für bestimmte Situationen.

Im Expertenaustausch zum Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten [45] wurden Standards als ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung beschrieben, aber nur, wenn sie wie in § 5 Abs. 2 gefordert interprofessionell entwickelt, geschult und nachhaltig flächendeckend umgesetzt werden.

Die Aufnahme dieser Regelung in die Richtlinie wurde in den interdisziplinären G-BA-Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, konsentiert.

Diese Anforderung soll sicherstellen, dass festgelegte Standards interprofessionell erarbeitet werden, um die Akzeptanz zu fördern und die Umsetzbarkeit sicherzustellen. Zudem sollen sie fortlaufend überprüft und an den aktuellen Stand hebammenwissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse angepasst werden, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

Die Nicht-Einhaltung dieser Anforderung führt für Schwangere, Gebärende und das Neugeborene in der hebammengeleiteten Geburtsbetreuung zu Risiken, die z.B. bei veralteten Standards zu Geburtsschäden führen können.

Die Anforderung ist auf die Erreichung der in § 10 formulierten Qualitätsziele

- der Gewährleistung einer sicheren Geburt für Schwangere und Gebärende und Neugeborene sowie
- der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Schwangeren und Gebärenden und Neugeborenen zur Gewährleistung eines bundesweit einheitlichen Versorgungsstandards

ausgerichtet.

Zu § 6 Voraussetzungen an die hebammengeleitete Betreuung

Absatz 1 und 2 regeln die Mindestvoraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit der Leistungsanspruch gemäß §24f vom Krankenhaus nicht nur durch eine ärztlich geleitete, sondern auch durch eine hebammengeleitete Betreuung im Sinne von § 2 Nummer 2 bewirkt werden kann. Absatz 3 und 4 regeln spiegelbildlich hierzu, wann eine hebammengeleitete Betreuung im Sinne von § 2 Nummer 6 generell ausgeschlossen ist und legt in nicht abschließenden Katalogen entsprechende konkrete Ausschluss- bzw. Konsultationskriterien fest (siehe Erläuterung zu Absatz 3 und 4). Zu diesen Mindestanforderungen hat das Krankenhaus zur Sicherung der Prozessqualität krankenhausesinterne verbindliche Regelungen gemäß § 5 Absatz 1 eigenverantwortlich festzulegen, die mindestens den Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 entsprechen.

Das Hebammengesetz bestimmt in § 1 HebG, dass Hebammen physiologische Geburten selbstständig leiten dürfen. Es enthält jedoch keine Definition des Begriffs „physiologische Geburt“.

Die WHO hatte 1996 eine „normale Geburt“ definiert als eine Geburt mit spontanem Beginn, niedrigem Risiko bei Beginn der Wehentätigkeit sowie während der weiteren Geburt, spontaner Kindsgeburt aus Schädellage zwischen der 37. und 42. kompletten Schwangerschaftswoche und unauffälligem postpartalen Verlauf [51]. Gleichzeitig wies die WHO darauf hin, dass auch viele Schwangere und Gebärende mit einem hohen Risiko einen normalen Geburtsverlauf erleben. Die gerade von der WHO aufgeführten Kriterien dienen heute nahezu regelhaft als Basiskriterien für die Definition einer physiologischen Geburt.

In der S3 Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ [8] wird die Physiologie der Geburtsphasen in Abgrenzung zu pathologischen Verläufen und Zuständen dargestellt. Die entsprechend dort beschriebenen Kriterien geben dabei einen Rahmen vor, der den geburtsbetreuenden Personen als Orientierung für die weitere Betreuung dient. Gleichzeitig wird es der

Schwangeren und Gebärenden dabei ermöglicht, angepasst an die individuelle Situation eine möglichst selbstbestimmte Geburt zu erleben.

Dem Gesetzesauftrag zufolge (Gesetzesbegründung BT-Drs. 20/11854 (Regierungsentwurf KHVVG) bedarf es „verbindlicher“ Vorgaben von Kriterien. „Der Gemeinsame Bundesausschuss kann sich dabei an bereits vorhandenen Vorarbeiten (wie von Hebammen und Ärzteschaft erarbeiteten Kriterienkatalogen oder Ergebnissen durchgeführter Forschungsvorhaben) orientieren.“ Für hebammengeleitete Geburtenbetreuungen im Krankenhaus sind in diesem Kontext eine retrospektive Kohortenstudie am Zentrum für Geburtshilfe des Universitätsklinikums Bonn [38] oder das Zertifikat des Deutschen Hebammenverbandes für den Hebammenkreißsaal (2024) [34] zu nennen. Hier wurden jedoch Kriterienkataloge entwickelt und festgelegt, nach denen die Hebamme vor, während und unmittelbar nach der Geburt im Kreißsaal entscheidet, ob ein Arzt hinzugezogen werden muss. Diese Kriterien dienen der Hebamme als Rahmenvorgabe und Hilfestellung in ihren Entscheidungen. Der Kriterienkatalog ermöglicht dabei eine Risikoselektion nach individuellen Risikofaktoren und Befunden, um somit Schwangeren und Gebärenden mit niedrigem oder keinem Risiko für das Auftreten von Regelwidrigkeiten unter oder unmittelbar nach der Geburt eine hebammengeleitete Geburt zu ermöglichen.

In der außerklinischen Geburtshilfe wurde 2020 ein Kriterienkatalog für Geburtsbetreuungen durch Hebammen im häuslichen Umfeld bzw. in hebammengeleiteten Einrichtungen konsentiert zwischen den maßgeblichen Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband [32]. Die Vorarbeiten bestanden unter anderem darin, eine Übersichtstabelle zu entwickeln, in welcher Kriterien aufgeführt sind und deren Risikoeinordnung in den Gesundheitssystemen verschiedener Länder [37]. Mithilfe dieser Übersichtstabelle sowie weiterer Leitlinien, Richtlinien und Einzelstudien gelang es, einen Kriterienkatalog zwischen den Vertragspartnern zu konsentieren, der sowohl Kriterien festlegte für einen Ausschluss als auch für die zusätzliche Konsultation eines Facharztes [4].

In der NICE-guideline Intrapartum Care [42] aus Großbritannien sind im Kapitel „Medical conditions and other factors that may affect planned place of birth“ sowohl Kriterien aufgeführt, die für ein erhöhtes Risiko unter und unmittelbar nach der Geburt für Mutter oder Kind stehen und somit eine Geburt in einem ärztlich geleiteten Setting empfohlen wird als auch Kriterien, bei denen eine individuelle Risikoabklärung vor Wahl des Geburtsortes notwendig ist. Diese Kriterien sollen mit der Schwangeren bei der Wahl des Geburtsortes besprochen werden, damit dieser eine informierte Entscheidung möglich ist.

In der GEsCHick-Studie von 2020 am Universitätsklinikum Bonn [39] konnte gezeigt werden, dass die hebammengeleitete Geburtsbetreuung nach Risikoselektion sowohl in Bezug auf das maternale Outcome als auch des kindlichen Outcomes der ärztlich geleiteten Geburtsbetreuung nicht unterlegen war. Die Risikoselektion erfolgte dabei zum einen vor Geburt sowie fortlaufend während der Geburt. Der entsprechende Kriterienkatalog ist gemäß Autoren der „Garant für die medizinische Sicherheit des Versorgungskonzeptes“.

Zur Schlussfolgerung, dass hebammengeleitete Geburten bei niedrigem Risiko eine gleichwertige Alternativ zu ärztlich geleiteten Geburten sind, kommt auch eine Studie zum Hebammenkreißsaal der Universität Leipzig von 2023, in welcher hebammengeleitete Geburten verglichen wurden mit ärztlich geleiteten Geburten bei Schwangeren und Gebärenden mit einem niedrigen Geburtsrisiko [2].

In einem Review aus 2024 mit insgesamt 1.397.320 Frauen, in dem hebammengeleitete Geburten mit ärztlich geleiteten Geburten verglichen wurden, konnten Sriram et al. nach Einschluss von 44 Studien zeigen, dass bei Einschluss von Geburten mit niedrigem Risiko weniger geburtshilfliche Interventionen bei den hebammengeleiteten Geburtsbetreuungen durchgeführt wurden bei z.T. günstigeren maternalen und fetalen Outcomes. Die Risikoselektion war hier nicht einheitlich, sondern studienabhängig [48].

Ein Cochrane-Review aus 2024 untersuchte in 17 Studien die Effekte von hebammengeleiteter Geburtsbetreuung und anderen Betreuungsmodellen auf die Gebärende und das Neugeborene. Es wurde gezeigt, dass bei hebammengeleiteter Geburtsbetreuung weniger Kaiserschnittentbindungen und weniger vaginal-operative Interventionen und Dammschnitte (Episiotomien) durchgeführt wurden [47]. Ungünstige Ereignisse, wie neonataler Tod oder niedriger Apgar nach 5 Minuten traten nicht häufiger auf. Frauen, die in einem hebammengeleiteten Geburtssetting betreut wurden, berichteten über positivere Erfahrungen in Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett. Die Ein- und Ausschlusskriterien der eingeschlossenen Studien ließen mehrheitlich nur den Einschluss von Schwangeren und Gebärenden mit niedrigem Risiko zu.

Ein Kriterienkatalog ist damit ein unabdingbares Instrument der Qualitätssicherung für die hebammengeleitete Betreuung von Geburten.

Die in dieser Richtlinie aufgeführten Kriterien schaffen als Mindestanforderungen einen bundesweit einheitlichen Rahmen zur Beurteilung von Risiken für die hebammengeleitete Geburtsbetreuung. Sie stärken Schwangere und Gebärende in ihrer Selbstbestimmung zur Wahl eines Geburtsortes für die hebammengeleitete Geburt in einem Krankenhaus. Der in dieser Richtlinie aufgeführte Kriterienkatalog gewährleistet einen bundesweit einheitlichen Versorgungsstandard nach § 10 Abs. 1 Nr. 4 dieser Richtlinie, für alle Frauen, die sich für dieses Setting entscheiden. Erst mit einem solchen Kriterienkatalog ist die in den Qualitätszielen unter § 10 genannte am Bedarf der Schwangeren und Gebärenden und Neugeborenen orientierte Geburtshilfe möglich (Abs. 1 Nr. 5.), da kontinuierlich eine Risikoselektierung durch die Hebamme erfolgt, womit eine bestsichere Geburt für schwangere und gebärende Frauen und Neugeborene gegeben ist (Abs. 1 Nr. 2.). Zudem wird ein positives Geburtserleben gefördert, wie in § 10 Abs. 1 Nr. 7 als Ziel aufgeführt.

Zu Absatz 1 und Absatz 2:

Nach Absatz 1 kann ein zugelassenes, der Geburtshilfe dienendes Krankenhaus Entbindungen gemäß § 24f SGB V durch eine hebammengeleitete Betreuung im Sinne dieser Richtlinie anbieten und durchführen, wenn und solange nach dem allgemein anerkannten Stand hebammenwissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse gemäß § 9 Absatz 2 und § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V (vgl. hierzu auch die Erläuterungen zu § 5 Absatz 2) die Schwangerschaft bisher physiologisch verlaufen ist, die Geburt physiologisch verläuft und die Schwangere bzw. Gebärende sich nach ordnungsgemäßer Aufklärung und Beratung für eine solche Betreuung entscheidet. Absatz 2 legt konkretisierend fest, dass die Aufklärung nach Absatz 1 rechtzeitig zwischen einer Hebamme, die an der hebammengeleiteten Betreuung im Sinne § 2 Nummer 2 mitwirkt, und der Schwangeren zu erfolgen hat und in diesem Rahmen insbesondere darüber aufzuklären ist, wann gemäß der nicht abschließenden aufgeführten Kriterien nach Absatz 3 und Absatz 4 schon von Beginn der geburtshilflichen Leistungserbringung des

Krankenhauses an eine solche Betreuung ausgeschlossen ist oder die Hinzuziehung eines Arztes oder einer Ärztin notwendig ist.

Die Begrenzung der Möglichkeit des Krankenhauses Leistungsansprüche auf Entbindungen gemäß § 24f SGB V auch durch eine hebammengeleitete Betreuung zu bewirken, „wenn und solange“ die maßgebliche Schwangerschaft und Geburten nach dem allgemein anerkannten Stand hebammenwissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse physiologisch verläuft, schließt – wie bereits der Ausdruck „hebammengeleitete Betreuung“ im Sinne dieser Richtlinie selbst – zunächst unmittelbar an die heilberuflichen Kompetenzen des HebG an, wonach Leistungen zur Geburtshilfe außer Ärztinnen und Ärzten nur Hebammen vorbehalten sind und der Hebammenberuf insbesondere die selbständige Leitung von physiologischen Geburten sowie die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen umfasst. Hebammen besitzen hiernach insbesondere die Kompetenzen physiologisch verlaufende Schwangerschaften durch Durchführung der hierfür erforderlichen Untersuchungen zu beobachten und zu überwachen, Anzeichen von Regelwidrigkeiten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen zu erkennen und die im jeweiligen Fall angemessenen Maßnahmen für eine ärztliche Behandlung zu ergreifen sowie während der Geburt die Gebärende zu betreuen und das ungeborene Kind mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel zu überwachen (vgl. auch die Erläuterungen zu § 2 Nummer 2).

Zu der Anforderung an eine hebammengeleitete Betreuung, dass ein physiologischer Verlauf der Schwangerschaft und Geburt nach Absatz 1 gegeben sein muss, hat das Krankenhaus entsprechende krankenhausesinterne verbindliche Regelungen für die Umsetzung nach § 6 Absatz 1 gemäß § 5 Absatz 1 eigenverantwortlich festzulegen, die mindestens den Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 genügen. Die Einhaltung dieser Mindestanforderung setzt voraus, dass eine entsprechende Bewertung für jede Schwangere und Gebärende und das ungeborene Kind in der Schwangerschaft und darüber hinaus auch des Neugeborenen im Geburtsverlauf getroffen wird. Das Krankenhaus hat folglich durch die Regelungen nach § 5 prozessual sicherzustellen, dass die Prüfung, ob ein physiologischer Schwangerschaftsverlauf vorliegt und ein physiologischer Geburtsverlauf zu erwarten ist, dem allgemein anerkannten Stand hebammenwissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse entspricht und mindestens die Anforderungen und Kriterien der Richtlinie für die Beurteilung herangezogen werden. Zur Prüfung, ob die Voraussetzung für eine hebammengeleitete Betreuung einer Geburt mit dem Vorliegen eines physiologischen Schwangerschaftsverlaufs und der Erwartung eines physiologischen Geburtsverlaufs gegeben ist, werden zumindest die Kriterien des § 6 Abs. 3 und 4 dieser Richtlinie genutzt und können vom Krankenhaus um weitere Kriterien ergänzt werden. Die Kriterien erfassen Abweichungen, die bei der Schwangeren oder bei dem Ungeborenen vorliegen können. Die hebammengeleitete Betreuung einer Geburt ist ein Angebot des Krankenhauses, für das sich die Schwangere aktiv entscheiden können. Die Schwangere oder Gebärende muss sich folglich wirksam für eine hebammengeleitete Betreuung im Sinne dieser Richtlinie entschieden haben. Vor Beginn der hebammengeleiteten Betreuung ist daher eine ordnungsgemäße Aufklärung über sämtliche für diese Entscheidung wesentliche Umstände erforderlich, die dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren bzw. Gebärenden in vollem Umfang Rechnung trägt. Die erforderliche mündliche und verständliche Aufklärung durch eine Hebamme nach Absatz 2 muss insbesondere so rechtzeitig erfolgen, dass die Schwangere oder Gebärende durch hinreichende Abwägung der für oder gegen eine hebammengeleitete Betreuung sprechenden Gründe ihre Entscheidungsfreiheit und damit ihr Selbstbestimmungsrecht in angemessener Weise ausüben kann (vgl. zu den Anforderungen

an eine ordnungsgemäße Aufklärung im Rahmen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung im Einzelnen: BSG, Urteil vom 19.03.2020, Az. B 1 KR 20/19, juris Rn. 35 m. w. N. und unter Hinweis auf die §§ 630c bis 630e BGB).

Das Krankenhaus hat für die Durchführung und Dokumentation der erforderlichen Aufklärung und Beratung einschließlich der erklärten Entscheidung der Schwangeren oder Gebärenden krankenhausesinterne verbindliche Regelungen gemäß § 5 Absatz 1 eigenverantwortlich festzulegen, die mindestens den Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 genügen. Hierdurch sollen Inhalt und Modalitäten der erforderlichen Beratung, Information und Aufklärung zur hebammengeleiteten Geburt an dem Standort des Krankenhauses durch einheitliche und verbindliche Standards für alle Beteiligten gewährleistet werden.

Das Krankenhaus kann zum Prozess des Aufklärungsgesprächs regeln, wie die Information, Beratung und Aufklärung erfolgen und wie über die Möglichkeiten und Grenzen einer hebammengeleiteten Geburt aufgeklärt werden soll. In diesem Rahmen ist insbesondere auch auf die Alternative der ärztlich geleiteten Entbindung hinzuweisen und über maßgebliche Ausschluss-, Konsultations- und Überleitungskriterien unter Berücksichtigung auch etwaiger weiterer relevanter krankenhausesinternen Regelungen nach § 5 zu informieren. Ebenso ist auch darüber zu informieren, dass die Schwangere bzw. Gebärende jederzeit und ohne Angabe von Gründen das Recht hat, in die ärztlich geleitete Betreuung zu wechseln. Die Regelungen des Krankenhauses haben u.a. auch sicherzustellen, dass im Rahmen des Aufklärungsgesprächs etwa aufgezeigt wird, welche Unterschiede zwischen der hebammengeleiteten Betreuung einer Geburt (verpflichtende Eins-zu-Eins-Betreuung ab aktiver Eröffnungsphase, nach Möglichkeit zweite Hebamme in der Austrittsphase und zum kollegialen Gespräch) im Vergleich zur ärztlich geleiteten Betreuung einer Geburt bestehen und wie diese ärztlich geleitete Betreuung geplant und auf welche Weise als auch durch wen sie durchgeführt werden würde. Die Schwangere bzw. Gebärende benötigt die Information, dass vor Beginn der hebammengeleiteten Betreuung eine intensive Prüfung anhand von festgelegten Kriterien nach der Richtlinie und standortspezifischem Standard erfolgt, zur Klärung, ob ein physiologischer Schwangerschaftsverlauf vorliegt oder individuelle Abweichungen bestehen, die einen Ausschluss von der hebammengeleiteten Betreuung einer Geburt zur Folge haben. Zu den wesentlichen Erläuterungen und Informationen der Schwangeren bzw. Gebärenden sind auch der die Fortführung der Überprüfung anhand von festgelegten Kriterien während des gesamten Geburtsverlaufs, einschließlich der Abläufe und Ausgestaltungen von Konsultationen und Überleitungen zu zählen.

Die Regelungen haben auch die erforderlichen Vorgaben zum Zeitpunkt und zur Dokumentation von Aufklärungs-, Informations- und Beratungsgesprächen zu enthalten. Dies schließt die Möglichkeit der Verwendung von Unterlagen wie etwaigen Aufklärungsformularen oder Merkblättern mit ein, auf die im Rahmen der mündlichen Aufklärung Bezug genommen werden kann und welche die Schwangere oder Gebärende in Textform erhält (vgl. zu den Möglichkeiten und Grenzen der Verwendung von Unterlagen im Rahmen des Aufklärungsgesprächs vgl. BGH, Urteil vom 5. November 2024, VI ZR 188/23, juris Rn. 13). Hinsichtlich der erforderlichen Rechtzeitigkeit des Aufklärungsgesprächs erscheint grundsätzlich eine Terminierung vor 36 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen plus 6 Tagen geeignet, da ab 37 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen plus 0 Tagen bis 41 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen plus 6 Tagen die hebammengeleitete Geburtsbetreuung grundsätzlich möglich ist, wenn ein physiologischer

Schwangerschaftsverlauf vorliegt und ein physiologischer Geburtsverlauf zu erwarten ist. Der Zeitpunkt zur Durchführung der Beratung und Aufklärung ermöglicht bei entsprechenden Prozessen des Krankenhauses auch noch eine ausreichende Bedenkzeit für die Schwangere und eine Abklärung der Kriterien ohne zeitlichen Druck. Der Zeitpunkt für die rechtzeitige Durchführung orientiert sich an der Definition einer Geburt am Termin, wie sie in der AWMF S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin [8] in der Fassung vom 22.12.2020 verwendet wird. Zur Bezeichnung der Schwangerschaftswochen wird in dieser Richtlinie die international gültige Schreibweise verwendet, die die Anzahl der abgeschlossenen Schwangerschaftswochen, auch mit SSW abgekürzt, plus die abgeschlossenen Tage (zwischen 0 und 6) der laufenden Schwangerschaftswoche benennt.

Beratung und Aufklärung zur hebammengeleiteten Betreuung einer Geburt und die Prüfung, ob ein physiologischer Schwangerschaftsverlauf vorliegt und ein physiologischer Geburtsverlauf zu erwarten ist, findet gemäß Absatz 2 zwischen der Schwangeren und Hebammen statt. Die Hebamme, die die Aufklärung durchführt, muss in der hebammengeleiteten Betreuung tätig sein. So kann erreicht werden, dass der Schwangeren, die wesentlichen Aspekte der hebammengeleiteten Betreuung auch aus der Erfahrung der Hebamme vermittelt werden können. Die Durchführung der Beratung, Aufklärung, der Prüfung des Schwangerschaftsverlaufs und des zu erwartenden physiologischen Geburtsverlaufs liegt sinnvollerweise bei den Hebammen, die die hebammengeleitete Betreuung einer Geburt in dem Krankenhaus auch durchführen.

Zu Absatz 3:

Eine hebammengeleitete Betreuung der Entbindung ist nach der Mindestanforderung gemäß Satz 1 ausgeschlossen, wenn spätestens bei Beginn der Leistungserbringung durch das Krankenhaus mindestens ein Anzeichen für Abweichungen vom physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf im Sinne von § 6 Absatz 1 festzustellen ist, welches eine ärztlich geleitete Betreuung der Entbindung erfordert. Satz 2 legt hierzu als Mindestanforderung einen nicht abschließenden Katalog mit bundeseinheitlichen Ausschlusskriterien fest.

In § 6 Abs. 1 der Richtlinie ist bereits als Voraussetzung für eine hebammengeleitete Betreuung einer Geburt festgelegt, dass bei der Schwangeren ein physiologischer Schwangerschaftsverlauf vorliegt und ein physiologischer Geburtsverlauf für die Gebärende und das Neugeborene erwartet wird (vgl. hierzu auch die Erläuterungen zu § 6 Absatz 1 und 2). Daraus ergibt sich, dass bei Vorliegen von entsprechenden Anzeichen für Abweichungen eine hebammengeleitete Betreuung der Geburt ausgeschlossen ist, wenn diese Anzeichen die Erforderlichkeit einer ärztlich geleiteten Betreuung anzeigen. Durch eine Anamnese und unter Berücksichtigung der Befunde aus der Schwangerschaft sowie durch die fachkundige Betreuung und Beobachtung erfassen die Hebammen, ob Abweichungen vom physiologischen Schwangerschaftsverlauf vorliegen. Die Richtlinie führt die Mindestkriterien auf, die Abweichungen vom physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf anzeigen und eine ärztlich geleitete Geburt erfordern. Die festgelegten Kriterien sind im Ergebnis zugleich am Begriff der Anzeichen von Regelwidrigkeiten im Sinne von § 9 Abs. 4 Nr. 1f HebG ausgerichtet, sodass eine hebammengeleitete Betreuung im Sinne dieser Richtlinie im Ergebnis nur innerhalb der nach dem HebG bestimmten selbständig auszuführenden Handlungskompetenzen zulässig bleibt (vgl. hierzu auch die Erläuterungen zu § 2 Nummer 2).

Kriterien, die spätestens bis zum Beginn der Leistungserbringung (also spätestens bei Beginn der Entbindung) vorliegen und eine hebammengeleitete Betreuung ausschließen, benennt die Richtlinie als „Kriterien für einen Ausschluss“. Das Vorliegen eines Kriteriums reicht aus, um eine hebammengeleitete Betreuung auszuschließen, sodass die Entbindung allein unter ärztlich geleiteter Betreuung bewirkt werden kann.

Durch den Begriff „insbesondere“ wird verdeutlicht, dass die Aufzählung der Kriterien in der Richtlinie nicht abschließend ist und die Richtlinie die Kriterien benennt, die mindestens vor Beginn der hebammengeleiteten Betreuung abzu prüfen sind. In jedem Krankenhaus, das hebammengeleitete Betreuung nach § 2 Nr. 2 anbietet, können durch Regelungen gemäß § 5 Absatz 1 weitere Kriterien bestimmt werden, die zu einem Ausschluss führen. Auch diese weiteren eigenverantwortlich durch das Krankenhaus festzulegenden Kriterien müssen mindestens dem aktuellen Stand der Hebammenwissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse gemäß § 5 Absatz 2 entsprechen. Sie können aber über diesen Stand auch hinausgehen. Es kann sich bei den zusätzlichen Kriterien für einen Ausschluss daher beispielsweise auch um Kriterien handeln, für die nach dieser Richtlinie eine Konsultation vorgesehen ist und die das Krankenhaus im Rahmen des § 5 zur Sicherstellung der Qualität der hebammengeleiteten Betreuung als Ausschlusskriterium definiert. Es ist jedoch umgekehrt nicht möglich, dass das Krankenhaus Kriterien, die nach dieser Richtlinie einen Ausschluss oder eine Überleitung erfordern, in Konsultationskriterien abändert.

Im Einzelnen scheidet nach dem Katalog eine hebammengeleitete Betreuung zunächst aus, wenn sich die Schwangere oder Gebärende für eine ärztlich geleitete Betreuung entscheidet. Dieses Kriterium trägt insbesondere dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren oder Gebärenden im Kontext der krankenversicherungsrechtlichen Besonderheit Rechnung, dass der gesetzliche Leistungsanspruch nach § 24f SGB V unmittelbar durch die Wahl der Versicherten einer entsprechenden Entbindung im Krankenhaus begründet wird (vgl. auch Erläuterungen zu § 6 Absatz 1 und 2). Dies gilt ebenfalls, wenn aufgrund einer fachlichen Einschätzung die Hebamme die Entscheidung für eine ärztlich geleitete Betreuung trifft (z.B. bei Befunden, die nicht als Mindestanforderungen angeführt sind, die Hebamme diese aber für problematisch hält wie z.B. Drogenabusus oder psychische Erkrankung oder ähnliches, wenn diese nicht zusätzlich vom Krankenhaus festgelegt wurden).

Die Zusammenstellung der Kriterien erfolgte nach Sichtung entsprechender Kriterienkataloge für die hebammengeleitete Geburt. Berücksichtigt wurden dabei folgende Kriterienkataloge:

- Handbuch Hebammenkreißaal [49],
- Finaler Kriterienkatalog in der Fassung vom 30. April 2019 der GEsCHlck-Studie [38], wie er von beteiligten Ärzten und Ärztinnen sowie Hebammen konsentiert wurde,
- Kriterien zu Geburten im häuslichen Umfeld gemäß Anlage 3.1 zum Vertrag nach § 134a SGB V [32] mit der zugrundeliegenden Synopse des MDS [37]
- Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien gemäß „Strukturanforderungen an den Hebammenkreißaal [34] als Standard für die hebammengeleitete Geburtshilfe in Deutschland“ [34].

In einem zweiten Schritt wurden die Kriterien selektiert, für die sich aus Angaben und Empfehlungen v.a. in AWMF-Leitlinien Handlungsanweisungen für die hebammengeleitete Geburtsbetreuung im Krankenhaus im Sinne von Mindestanforderungen ableiten ließen. Zudem wurden aktuelle AWMF-Leitlinien, wie z.B. die S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin

im Hinblick auf weitere zu berücksichtigende Kriterien für eine ärztlich geleitete Geburt bzw. die Notwendigkeit zur Hinzuziehung eines Facharztes überprüft. Die entsprechend herausgearbeiteten Kriterien wurden in den interdisziplinären G-BA-Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, konsentiert. Zur weiteren fachlichen Begründung der Kriterien wurden ergänzend relevante internationale Studien und einschlägige Leitlinien herangezogen. Die Einbeziehung dieser Quellen erweitert die Evidenzbasis, ermöglicht eine Einordnung der Kriterien in den internationalen wissenschaftlichen Kontext und stützt ihre fachliche Herleitung zusätzlich. Diese Aufzählung ist somit nicht abschließend. Auch Regelwidrigkeiten in Schwangerschaft, während und unmittelbar nach der Geburt, die hier nicht aufgezählt sind, können eine Konsultation, eine Überleitung oder einen Ausschluss notwendig machen. In Ermangelung entsprechender Studien und Empfehlungen sind diese jedoch nicht als Mindestanforderungen im Sinne dieser Richtlinie aufgeführt.

Eine besondere Herausforderung ergab sich durch die Zuteilung der Kriterien zu den Handlungsanweisungen Ausschluss, Konsultation und Überleitung. Studien, v.a. randomisierte klinische Studien, zum einen zu den Kriterien für die hebammengeleitete Betreuung, zum anderen zu den verschiedenen Handlungsanweisungen liegen bislang nicht vor. Insofern sind auch die Empfehlungen aus den zugrundeliegenden AWMF-Leitlinien in der Regel konsensbasiert und interdisziplinär konsentiert. Die Zuordnung zu den entsprechenden Handlungsanweisungen erfolgte nach interdisziplinärer Beratung innerhalb der G-BA - Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, und unter Berücksichtigung entsprechender Handlungsanweisungen in den zugrundeliegenden Kriterienkatalogen und Leitlinienempfehlungen.

Die Evidenz zu den Kriterien für einen Ausschluss gemäß § 6 Absatz 3 wurde aus den folgenden Referenzen abgeleitet.

Zu Nummer 1: ein präkonzeptionell manifester Diabetes mellitus besteht:

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Zugrunde liegt eine starke Empfehlung der AWMF S2e Leitlinie „Diabetes in der Schwangerschaft“ eines interdisziplinären Expertengremiums [6]. Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden mit präkonzeptionellem Diabetes mellitus unter der Geburt oder von Neugeborenen von Müttern mit präexistentem Diabetes verhindern.

Die AWMF S2e Leitlinie Diabetes in der Schwangerschaft folgert nach Literaturrecherche, dass Kinder diabetischer Mütter ein erhöhtes Risiko für angeborene Fehlbildungen, Frühgeburtslichkeit, Hypertrophie, Atemstörungen, Plexusparese und Asphyxie aufweisen, welches im Mittel 1,5-3-fach höher ist als bei Neugeborenen nicht diabetischer Mütter. Bei prägravidem, also vor der Schwangerschaft bestehendem Diabetes sei das Risiko jeweils höher als bei Gestationsdiabetes. Die häufigste Komplikation bei Neugeborenen, die ca. 200–400-mal häufiger auftritt als bei Kindern nicht diabetischer Mütter ist dabei die Hypoglykämie (Siehe Kapitel 1.2).

Zudem liegt ein erhöhtes Risiko für schwangerschafts-assoziierte Begleiterkrankungen der diabetischen Schwangeren vor. So ist das Risiko für Gestationshypertonie/Präeklampsie um ein Vielfaches höher im Vergleich zu stoffwechselgesunden Frauen (Siehe Kapitel 6.1). Es wird angegeben, dass Frauen mit Typ-1 Diabetes zudem ein erhöhtes Thromboembolierisiko haben.

Die Leitliniengruppe empfiehlt daher die Entbindung von Schwangeren mit präexistentem Diabetes in Perinatalzentren Level I oder II als starke Empfehlung mit dem Evidenzlevel 4 nach SIGN (Empfehlung 9-3, S. 58).

Die NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] ordnet einen mit Medikamenten behandlungsbedürftigen Diabetes als Kriterium für eine Empfehlung zu einer Geburt in einem ärztlich geleiteten Setting ein (Empfehlung 1.3.9).

Ein präkonzeptionell manifester Diabetes mellitus während Schwangerschaft und Geburt erfordert eine ärztliche Überwachung und Betreuung unter der Geburt, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgehen. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Schwangerschaft und Geburt nach § 1 HebG liegt damit nicht vor.

Zu Nummer 2: ein Body-Mass-Index vor der Schwangerschaft größer als 35 kg/m² vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Der Mindestanforderung liegt eine evidenzbasierte Empfehlung eines interdisziplinären Expertengremiums der AWMF S3 Leitlinie „Adipositas und Schwangerschaft“ [10] zugrunde. Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und die Notwendigkeit notfallmäßiger Überleitungen von adipösen Gebärenden mit einem Body-Mass-Index (BMI) größer als 35 kg/m² unter der Geburt oder von Neugeborenen von Müttern mit einem BMI größer als 35 kg/m² von der hebammengeleiteten Geburtsbetreuung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung aufgrund von Regelwidrigkeiten verhindern.

Der Empfehlung liegt eine Literaturrecherche zugrunde, die auf ein erhöhtes Mortalitätsrisiko ab einem BMI größer 30 kg/m² hindeutet. Als ursächlich hierfür werden eine höhere Inzidenz für Frühgeburtlichkeit, Komorbiditäten der Mutter, häufigeren Geburtseinleitungen, protrahierte Geburtsverläufe und operative Geburtsbeendigungen angegeben sowie postpartale Hämorrhagien. Die Validität von sonographischen Untersuchungsbefunden wird als eingeschränkt dargestellt, wodurch Fehlbildungen des Neugeborenen oder pathologische Doppler-Befunde unentdeckt bleiben können.

Das Präeklampsierisiko wird ab einem BMI größer 30 kg/m² als um das 3-fache erhöht angegeben.

Die Leitliniengruppe empfiehlt daher für Schwangere mit einem BMI größer als 35 kg/m² die Geburt in einem Perinatalzentrum als Empfehlung mit dem Empfehlungsgrad B und mit dem Evidenzgrad 2++ nach SIGN (Empfehlung 5.E45, S. 95).

In der AWMF -Leitlinie „Peripartale Blutungen“ [17] ist zudem ein BMI größer 35 kg/m² als Risikofaktor für eine peripartale Blutung aufgeführt mit einem Odds ratio von 1,6 für eine Blutung über 500ml.

Die NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] empfiehlt eine Aufklärung von Frauen mit einem höheren BMI, vor allem mit einem BMI über 35 kg/m², über das höhere Risiko für das Auftreten von mütterlichen und kindlichen Komplikationen (Empfehlung 1.3.6). Es wird eine erhöhte Rate an Totgeburten, eine höhere Rate an Kaiserschnitten, Notfallkaiserschnitten, postpartalen Blutungen, vaginal-operativen Geburtsbeendigungen und neonatalen Todesfällen und neonatalem Überwachungsbedarf angegeben nach Evidenzanalyse und Auswertung von 5 Kohortenstudien.

Ein Body-Mass-Index vor der Schwangerschaft größer als 35 kg/m² erfordert eine ärztliche Überwachung und Betreuung unter der Geburt, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgehen. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Schwangerschaft und Geburt nach § 1 HebG liegt damit nicht vor.

Zu Nummer 3: ein Body-Mass-Index vor der Schwangerschaft größer als 30 kg/m² und ein Zustand nach Sectio caesarea vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Der Mindestanforderung liegt eine starke Empfehlung eines interdisziplinären Expertengremiums der AWMF S3 Leitlinie „Adipositas und Schwangerschaft“ [10] zugrunde. Die Mindestanforderung soll die Schädigung von Mutter oder Kind verhindern. Zudem soll die Notwendigkeit notfallmäßiger Überleitungen von adipösen Gebärenden mit einem Body-Mass-Index (BMI) größer als 30 kg/m² und vorangegangener Sectio caesarea unter der Geburt oder von Neugeborenen von Müttern mit einem BMI größer als 30 kg/m² von der hebammengeleiteten Geburtsbetreuung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung aufgrund von Regelwidrigkeiten vermieden werden.

Die zugrundeliegende Literaturrecherche zur Adipositas der S3 Leitlinie „Adipositas und Schwangerschaft“ [10] ist bereits zu Nummer 2 „ein Body-Mass-Index vor der Schwangerschaft größer als 35 kg/m² vorliegt“ angegeben.

Die Leitliniengruppe empfiehlt bei adipösen Schwangeren mit vorausgegangener Sectio caesarea eine Entbindung in einem Perinatalzentrum als Empfehlung mit einem Empfehlungsgrad A und einem Evidenzgrad 4 nach SIGN (Empfehlung 5.E47, S.95).

Die NICE-Guideline „Intrapartum care“ (NG235) empfiehlt eine Aufklärung von Frauen mit einem höheren BMI über das erhöhte Risiko für das Auftreten von Komplikationen (Empfehlung 1.3.6). Es wird eine erhöhte Verlegungsrate bei Mehrgebärenden angegeben sowie eine erhöhte Rate an Kaiserschnittentbindungen bei Erst- und Mehrgebärenden mit einem BMI größer als 30 kg/m² nach Auswertung von 5 Kohortenstudien. Der Zustand nach Kaiserschnittentbindung wird als Risikofaktor für ein erhöhtes Geburtsrisiko und eine Empfehlung zur Geburt in einem ärztlich geleiteten Setting aufgeführt.

Ein Body-Mass-Index vor der Schwangerschaft größer als 30 kg/m² und ein Zustand nach Sectio caesarea erfordern eine ärztliche Überwachung und Betreuung unter der Geburt, die

über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgehen. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Schwangerschaft und Geburt nach § 1 HebG liegt damit nicht vor.

Zu Nummer 4: ein Zustand nach Re-Sectio caesarea (zwei oder mehrere Kaiserschnitte) vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Der Mindestanforderung liegen Statements und Empfehlungen aus verschiedenen AWMF - Leitlinien zugrunde sowie Ergebnisse eines Reviews aus dem Jahr 2024.

Die Mindestanforderung soll die Schädigung von Mutter und Kind verhindern. Zudem soll die Notwendigkeit notfallmäßiger Überleitungen von Gebärenden mit Zustand nach zwei Sectiones unter der Geburt oder von Neugeborenen von Müttern mit Zustand nach zwei Sectiones von der hebammengeleiteten Geburtsbetreuung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung aufgrund von Regelwidrigkeiten vermieden werden.

Eine starke Empfehlung eines interdisziplinären Expertengremiums der AWMF S3 Leitlinie „Sectio caesarea“ [11] empfiehlt für alle Frauen mit Z.n. Kaiserschnitt eine kontinuierliche CTG-Überwachung des Kindes unter der Geburt. Außerdem soll die Durchführung einer Kaiserschnittentbindung jederzeit möglich sein. Die Empfehlung wird mit dem Evidenzgrad 2+ nach SIGN angegeben (Empfehlung 6.3, S. 77).

Ein konsensbasiertes Statement der AWMF S2k Leitlinie „Peripartale Blutungen“ [17] weist auf ein erhöhtes Risiko für eine Placenta praevia bei Zustand nach Kaiserschnittentbindungen hin und auf ein steigendes Risiko mit steigender Anzahl derselben (Statement 3.S1, S. 53). Es wurden Studien und Metaanalysen ausgewertet, die das Risiko und den Anstieg der Inzidenzen mit zunehmender Kaiserschnittanzahl belegen. Die Plazenta praevia wird als ein Risikofaktor für eine peripartale Blutung angegeben. Es wird eine Odds Ratio von 4 bis 13,1 für eine peripartale Blutung über 500ml und eine Odds Ratio von 15,9 für eine Blutung über 1000ml angegeben bei Vorliegen einer Plazenta praevia.

In der gleichen Leitlinie findet sich ebenfalls ein konsensbasiertes Statement darüber, dass der Zustand nach Kaiserschnitt einer der Hauptrisikofaktoren für eine Plazentaimplantationsstörung bzw. ein Placenta accreta Spektrum darstellt. Auch hier wird das Risiko als steigend mit Zunahme der Anzahl der Kaiserschnitte beschrieben (Statement 3.S5, S.59).

In einem systematischen Review mit Metaanalyse aus dem Jahr 2024 wurden 13 Studien inkludiert, bei denen der Versuch der Vaginalgeburt einer elektiven Sectio caesarea bei Zustand nach zwei Kaiserschnitten gegenübergestellt wurde [35]. Es wurde eine Odds Ratio für eine Uterusruptur von 7,15 angegeben bei vaginalem Geburtsversuch versus elektiver Sectio caesarea. Für maternale Mortalität war die Odds Ratio bei vaginalem Geburtsversuch ebenfalls erhöht auf 1,5. Die NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] führt einen Zustand nach Kaiserschnittentbindung als Risikofaktor auf mit der Empfehlung zur Geburt in einem ärztlich geleiteten Setting (Empfehlung 1.3.9).

Die NICE-Guideline „Caesarean birth“ [41] führt aus, dass Frauen auf das erhöhte Risiko einer Uterusruptur bei geplanter Spontangeburt nach Sectio caesarea hingewiesen werden sollen (Empfehlung 1.8.3).

Zu Nummer 5: eine bestätigte Plazentationsstörung (Plazenta praevia, Plazenta accreta-Spektrum) besteht

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll die Schädigung von Mutter oder Kind durch vermehrten Blutverlust während oder nach der Geburt, verursacht durch die Plazentationsstörung verhindern.

Der Mindestanforderung liegen Empfehlungen aus zwei AWMF – Leitlinien zugrunde.

In der AWMF – Leitlinie „Peripartale Blutung“ [17] beschreibt eine konsensbasierte Empfehlung bei V.a. Plazentationsstörung die frühzeitige Vorstellung in einer Geburtsklinik mit „geeigneter Organisationsstruktur“ (Konsensbasierte Empfehlung 3.E7). Die entsprechend erhöhte Odds Ratio für das Auftreten peripartaler Blutungen bei Plazenta praevia ist unter den Erläuterungen zu Nummer 4 bereits dargelegt.

In der AWMF – Leitlinie „Sectio caesarea“ [11] ist eine starke Empfehlung gegeben für Frauen mit Plazenta praevia partialis oder totalis zur Geburt per primärer Sectio caesarea (Empfehlung 4.7.1, S. 49). Für die Empfehlung wurde ein Evidenzgrad von 2 + angegeben nach SIGN.

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] ist die Plazenta praevia als Risikofaktor dargestellt, der eine Empfehlung zur Geburt in einem ärztlich geleiteten Setting begründet (Empfehlung 1.3.9).

Zu Nummer 6: eine Mehrlingsschwangerschaft vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborene nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll die Schädigung von Mutter oder Kindern vor, während oder nach der Geburt verhindern.

Es liegt unter anderem eine starke Empfehlung der Leitliniengruppe zur AWMF S2e Leitlinie „Überwachung und Betreuung von Zwillingschwangerschaften“ [9] zugrunde. Es wird darin nach Literaturrecherche bei unkomplizierten monochorialen diamnialen Zwillingschwangerschaften eine Geburt zwischen der 36 + 0. Schwangerschaftswoche und der 37 + 0. Schwangerschaftswoche empfohlen (Empfehlung 58, S. 55).

In einer Literaturrecherche werden zum Teil differierende Studienergebnisse bezüglich Morbidität bei Sectio caesarea vs. Vaginaler Geburt aufgeführt. In einem Teil der Geburten war nach vaginaler Geburt des ersten Zwillings eine Geburt des zweiten Kindes per Sectio caesarea notwendig.

Da dies nicht mehr den Kriterien für eine „normale“ Geburt nach WHO entspricht [51] ist damit eine Geburt dieser monochorialen diamnialen Zwillingschwangerschaften hebammengeleitet nicht mit dem Hebammengesetz § 9 Abs. 4 Nummer 1f HebG vereinbar.

Die NICE-Guideline „Twin and triplet pregnancy“ [44] enthält eine Empfehlung, Frauen mit Mehrlingen in einem multidisziplinären Team aus Ärzten und Hebammen mit Erfahrung in der Geburtsbetreuung von Mehrlingsgeburten während der Geburt zu betreuen (Empfehlung 1.3.6).

Passend dazu ist in der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] die Mehrlingsschwangerschaft als Risikoschwangerschaft eingeordnet mit der Empfehlung zur Geburt in einem ärztlich geleiteten Setting (Empfehlung 1.3.9).

Eine Mehrlingsschwangerschaft erfordert eine ärztliche Überwachung und Betreuung unter der Geburt, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgehen. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Schwangerschaft und Geburt nach § 1 HebG liegt damit nicht vor.

Zu Nummer 7: eine fetale Wachstumsrestriktion des Kindes besteht

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll die Schädigung des Neugeborenen vor, während oder nach der Geburt verhindern.

Der Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der Leitliniengruppe der AWMF-Leitlinie „Fetale Wachstumsrestriktion“ [12] zugrunde. Es wird als Geburtsort bei fetaler Wachstumsrestriktion ein Perinatalzentrum mit neonataler Intensivstation und erfahrenem Team empfohlen (Konsensbasierte Empfehlung 5.E25, S. 62). Als neonatale Risiken für Neugeborene mit fetaler Wachstumsrestriktion werden nach Literaturrecherche eine perinatale Asphyxie, eine schlechte Thermoregulation, eine Hypoglykämie und eine erhöhte Sepsisanfälligkeit benannt.

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wird ein Kind mit Small-for Gestational Age (definiert als Gewicht unter der 3. Perzentile oder reduziertes Wachstum nach Ultraschalluntersuchung) als Risikofaktor angesehen, welcher eine Empfehlung zur Geburt in einem ärztlich geleiteten Setting bedingt (Empfehlung 1.3.9).

Eine fetale Wachstumsrestriktion des Kindes erfordert eine ärztliche Überwachung und Betreuung unter der Geburt, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgehen. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Schwangerschaft und Geburt nach § 1 HebG liegt damit nicht vor.

Zu Nummer 8: Eine hypertensive Schwangerschaftserkrankung vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll die Schädigung von Mutter oder Kind verhindern. Zudem soll die Notwendigkeit notfallmäßiger Überleitungen von Gebärenden mit hypertensiver Schwangerschaftserkrankung unter der Geburt oder von Neugeborenen von Müttern mit hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen von der hebammengeleiteten

Geburtsbetreuung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung aufgrund von Regelwidrigkeiten reduziert werden.

Der Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der Leitliniengruppe der AWMF-Leitlinie S2k „Hypertensive Schwangerschaftserkrankung“ [14] zugrunde. In der konsensbasierten Empfehlung wird eine Vorstellung in einem Krankenhaus mit Perinatalzentrum empfohlen bei einer typischen Risikokonstellation für eine hypertensive Schwangerschaftserkrankung nach entsprechender Literaturrecherche (Konsensbasierte Empfehlung 10.E32).

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wird eine hypertensive Erkrankung als ein Risikofaktor angesehen, der eine Empfehlung zur Geburt in einem ärztlich geleiteten Setting bedingt (Empfehlung 1.3.9).

Eine hypertensive Schwangerschaftserkrankung erfordert eine ärztliche Überwachung und Betreuung unter der Geburt, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgehen. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Schwangerschaft und Geburt nach § 1 HebG liegt damit nicht vor.

Zu Nummer 9: ein insulinpflichtiger Gestationsdiabetes (iGDM) besteht

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden mit insulinpflichtigem Gestationsdiabetes unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Es liegt eine Empfehlung der AWMF Leitlinie S3 „Gestationsdiabetes mellitus“ [6] mit Empfehlungsgrad A zugrunde, nach welcher Schwangere mit insulinpflichtigem Gestationsdiabetes in einem Perinatalzentrum Level 1 oder 2 gebären sollen (Empfehlung in Kapitel 9.2.1, S. 61).

Eine weitere Empfehlung und die weiteren Ausführungen dazu in der AWMF-Leitlinie S2k Schulterdystokie [19] weisen zudem auf ein erhöhtes Risiko für eine Schulterdystokie bei maternalem Diabetes mellitus mit einer erhöhten Odds Ratio von 2,18 hin. In der konsensbasierten Empfehlung wird empfohlen, dass Frauen mit Risikofaktoren für das Auftreten einer Schulterdystokie sich zwei Wochen vor dem erwarteten Geburtstermin im ärztlichen geleiteten Setting vorstellen sollen, um anhand einer fetalen Biometrie eine individuelle Entscheidung zum Geburtsmodus treffen zu können. Als Risikofaktoren sind ein fetales Schätzwicht von 4250g maximal 14 Tage vor der Geburt, eine Kopf-Abdomen-Diskrepanz von mindestens 2,5cm und ein maternaler Diabetes mellitus angegeben.

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wird ein Gestationsdiabetes unter Medikation als ein Risikofaktor aufgeführt, der zu der Empfehlung einer Geburt in einem ärztlich geleiteten Setting führt (Empfehlung 1.3.9).

Ein insulinpflichtiger Gestationsdiabetes (iGDM) erfordert eine ärztliche Überwachung und Betreuung unter der Geburt, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgehen. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss

der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Schwangerschaft und Geburt nach § 1 HebG liegt damit nicht vor.

Zu Nummer 10: medikamentöse Verfahren zur Geburtseinleitung angewendet werden sollen

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegt zum einen eine konsensbasierte Empfehlung einer interdisziplinären Expertengruppe zur AWMF Leitlinie S2k „Geburtseinleitung“ wonach Schwangere [13] vor jeder Geburtseinleitung eine ärztliche Aufklärung und Beratung erhalten sollen. Dabei sollen der individuelle Nutzen und das Risiko erläutert und abgewogen werden, um gemeinsam eine Entscheidung zu treffen (Empfehlung 3.E23, S. 41). Es werden Risiken wie eine uterine Überstimulation oder eine verlängerte Einleitungszeit besprochen, die je nach individuellen Faktoren der Schwangeren verschieden sein können.

Zur medikamentösen Geburtseinleitung zugelassene Arzneimittel dürfen zudem für die Anwendung zur Geburtseinleitung durch Hebammen nach Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) nicht an diese abgegeben werden. Insofern ist ein Einsatz dieser Arzneimittel ohne Verordnung durch einen Arzt nicht zulässig. Dies betrifft v.a. die zugelassenen Prostaglandinpräparate und Prostaglandin-Analoga als auch das Oxytocin.

Nach dem Verständnis der WHO [51] definiert sich eine „normale“ Geburt durch einen spontanen Wehenbeginn. Das ist bei Geburtseinleitung nicht gegeben. Insofern kann hier nicht von einer physiologischen Geburt gem. HebG § 1 ausgegangen werden.

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wird eine Geburtseinleitung als ein Risikofaktor bezeichnet, der berücksichtigt werden muss, wenn eine Entscheidung zum Geburtsort getroffen werden soll (Empfehlung 1.3.9).

Bei Anwendung eines medikamentösen Verfahrens zur Geburtseinleitung ist eine ärztliche Überwachung und Betreuung unter der Geburt erforderlich, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Schwangerschaft und Geburt nach § 1 HebG liegt damit nicht vor.

Zu Nummer 11: ein vorzeitiger Blasensprung vorliegt und 24 Stunden darauf keine Wehentätigkeit eingesetzt hat

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Dieser Mindestanforderung liegt eine starke Empfehlung der interdisziplinären Leitliniengruppe der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] zugrunde, die sich

nach Literaturrecherche aus drei verschiedenen Studien mit den Evidenzgraden 2+, 2- und 1- ableitet. Gemäß der Empfehlung sollen Frauen dahingehend beraten werden, dass nach 24 Stunden ohne Wehentätigkeit nach vorzeitigem Blasensprung ein Krankenhaus mit der Möglichkeit einer neonatologischen Versorgung aufgesucht werden soll und Mutter und Kind bis mindestens 12 Stunden nach Geburt in dem Krankenhaus verbleiben sollen (Empfehlung 7.6, S. 99).

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] findet sich eine Empfehlung, Schwangeren mit vorzeitigem Blasensprung nach 24 Stunden ohne Wehentätigkeit eine Geburtseinleitung anzubieten (Empfehlung 1.7.7).

Ein vorzeitiger Blasensprung, der innerhalb von 24 Stunden danach nicht zu einer Wehentätigkeit geführt hat, erfordert eine ärztliche Überwachung und Betreuung unter der Geburt, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgehen. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Schwangerschaft und Geburt nach § 1 HebG liegt damit nicht vor.

Zu Nummer 12: eine Übertragung vorliegt (ab 42 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen plus null Tagen)

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden.

Dieser Mindestanforderung liegt zum einen die Definition einer Geburt am Termin, wie sie von AWMF-Leitlinien [13],[8] und in der britischen NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] verwendet wird als eine Geburt von der 37+0. Schwangerschaftswoche bis zur 41+6. Schwangerschaftswoche, zugrunde. Zum anderen definiert die WHO die „normale“ Geburt als eine Geburt zwischen der vollendeten 37. und der vollendeten 42. Schwangerschaftswoche. Eine physiologische Geburt nach HebG § 1 liegt somit außerhalb dieses Zeitkorridors nicht mehr vor.

In einem Cochrane Review aus dem Jahr 2018 wurden 30 Studien eingeschlossen, in denen untersucht wurde, wie sich ein abwartendes Verhalten gegenüber einem aktiven Management mit Geburtseinleitung auf das Outcome von Mutter und Kind nach dem erwarteten Geburtstermin verhalten. In der Gruppe mit dem abwartenden Management wurden mehr perinatale Todesfälle und mehr Todgeburten festgestellt sowie mehr Kinder mit Apgar-Werten kleiner 7 nach fünf Minuten und mehr Kinder, die auf eine Neugeborenenintensivstation aufgenommen werden mussten. Bei den Gebärenden wurden weniger Kaiserschnittentbindungen durchgeführt und dafür mehr vaginal-operative Geburtsbeendigungen [40].

Eine randomisierte Studie aus Schweden aus dem Jahr 2019, in welcher 1.381 Frauen in die Gruppe mit aktivem Management und 1.379 Schwangere in die Gruppe mit abwartendem Verhalten bis zur 42+0. SSW randomisiert wurden, wurde vorzeitig abgebrochen aufgrund erhöhter perinataler Mortalität in der abwartenden Gruppe [50].

Eine Übertragung erfordert eine ärztliche Überwachung und Betreuung unter der Geburt, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgehen. Es

handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Schwangerschaft und Geburt nach § 1 HebG liegt damit nicht vor.

Zu Nummer 13: eine Frühgeburt vorliegt (vor 37 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen plus null Tagen)

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden.

Dieser Mindestanforderung liegt zum einen die Definition einer Geburt am Termin, wie sie von AWMF-Leitlinien [8], [13] und in der britischen NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] verwendet wird als eine Geburt von der 37+0. Schwangerschaftswoche bis zur 41+6. Schwangerschaftswoche, zugrunde. Zum anderen definiert die WHO die „normale“ Geburt als eine Geburt zwischen der vollendeten 37. und der vollendeten 42. Schwangerschaftswoche. Eine physiologische Geburt nach HebG § 1 liegt somit in der Frühgeburtlichkeit nicht vor.

Die AWMF-Leitlinie „Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe“ [20] gibt zudem eine Versorgungsempfehlung für Krankenhäuser aller perinatologischen Versorgungsstufen ab der 37+0. Schwangerschaftswoche.

Eine Frühgeburt erfordert eine ärztliche Überwachung und Betreuung unter der Geburt, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgehen. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Schwangerschaft und Geburt nach § 1 HebG liegt damit nicht vor.

Zu Nummer 14: eine aktive genitale Herpes-simplex-Virus-Infektion (HSV-Infektion) bei Geburtsbeginn vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden des neugeborenen Kindes vermeiden.

Dieser Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der AWMF-Leitlinie S2k „Labordiagnostik schwangerschaftsrelevanter Virusinfektionen“ [29] zugrunde. Es wird empfohlen, dass bei primärem Herpes genitalis und aktiven Herpesläsionen eine Entbindung per Sectio caesarea stattfinden soll. Eine antivirale Prophylaxe allein könne das Risiko einer vertikalen oder perinatalen Übertragung nicht ausreichend mindern (Empfehlung zur Fragestellung 7, S. 145).

Bei rezidivierendem Herpes genitalis ist die Übertragungswahrscheinlichkeit zwar geringer, aber auch dann bei aktiven Herpesläsionen am häufigsten zu beobachten. Dann soll eine Sectio caesarea empfohlen werden (Empfehlung zur Fragestellung 8, S. 146).

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wird eine aktive Herpes genitalis Infektion als ein Risikofaktor aufgeführt, der zur Empfehlung der Geburt im ärztlich geleiteten Setting führt (Empfehlung 1.3.9).

Eine aktive genitale Herpes-simplex-Virus-Infektion (HSV-Infektion) bei Geburtsbeginn erfordert eine ärztliche Überwachung und Betreuung unter der Geburt, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgehen. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Schwangerschaft und Geburt nach § 1 HebG liegt damit nicht vor.

Zu Absatz 4:

Satz 1 bestimmt, dass eine hebammengeleitete Betreuung der Entbindung zudem ausgeschlossen ist, wenn spätestens bei Beginn der Leistungserbringung durch das Krankenhaus eine Konsultation erforderlich ist und die hinzuzuziehende Ärztin oder der hinzuzuziehende Arzt eine ärztlich geleitete Betreuung anordnet. Satz 2 legt hierzu als Mindestanforderung einen nicht abschließenden Katalog mit bundeseinheitlichen Konsultationskriterien fest. Die Richtlinie führt in diesem Absatz weitere Kriterien auf, die Abweichungen vom physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf darstellen, jedoch im Unterschied zu Absatz 3 zunächst die Erforderlichkeit einer Konsultation im Sinne von § 2 Nummer 4 anzeigen, in deren Rahmen dann die hinzuzuziehende Ärztin oder der hinzuzuziehende Arzt eine ärztlich geleitete Betreuung anordnen kann. Die festgelegten Kriterien sind im Ergebnis zugleich am Begriff der Anzeichen von Regelwidrigkeiten im Sinne von § 9 Abs. 4 Nummer 1f HebG ausgerichtet, um zugleich zu gewährleisten, dass eine hebammengeleitete Betreuung im Sinne dieser Richtlinie nur innerhalb der nach dem HebG bestimmten selbständig auszuführenden Handlungskompetenzen zulässig bleibt (vgl. hierzu auch die Erläuterungen zu § 2 Nummer 2).

Es reicht aus, wenn eines der festgelegten Konsultationskriterien vorliegt. Der nicht abschließende Katalog mit bundeseinheitlichen Konsultationskriterien ist vor Beginn der hebammengeleiteten Betreuung abzuprüfen. In jedem Krankenhaus, das eine hebammengeleitete Betreuung nach § 2 Nr. 2 anbietet, können durch Regelungen gemäß § 5 Absatz 1 weitere Kriterien bestimmt werden, die zu einer Konsultation führen. Sämtliche Kriterien der Richtlinie sind mindestens zu prüfen. Das Krankenhaus kann im Rahmen von § 5 Absatz 1 beispielsweise auch Konsultationskriterien dieser Richtlinie in Ausschlusskriterien abändern (vgl. zu den Möglichkeiten und Grenzen der Abänderung auch die Erläuterungen zu § 6 Absatz 3).

Eine Konsultation zum Zeitpunkt der Anamnese, Befunderhebung, Aufklärung und Beratung, erfolgt auf Basis der Prüfung einer Hebamme, ob ein physiologischer Schwangerschaftsverlauf vorliegt und ein physiologischer Geburtsverlauf mindestens nach Maßgabe der Kriterien der Richtlinie erwartet wird.

Die Form der Konsultation wird durch diese Richtlinie nicht verbindlich vorgegeben und kann zur Gewährleistung der Prozessqualität durch krankenhausinterne Regelungen gemäß § 5 Absatz 1 am maßgeblichen Krankenhausstandort durch einheitliche und verbindliche Standards für alle Beteiligten eigenverantwortlich konkretisiert werden. Die Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung kann hierbei grundsätzlich persönlich, telefonisch oder schriftlich ggf. auch unter Einsatz telemedizinischer Anwendungen erfolgen. Ausschließlich schriftliche aktengestützte Konsultationen im Sinne einer Fallbeurteilung anhand der vorliegenden Dokumentation sollten im Allgemeinen auf den

Zeitpunkt der Anamnese, Befunderhebung Aufklärung und Beratung für die hebammengeleitete Betreuung der Geburt beschränkt werden. Bei Konsultationen wird der Facharztstandard zu Grunde gelegt und die Ärztin oder der Arzt entscheidet über die Fortführung der hebammengeleiteten Entbindung oder über die Überleitung. Ergibt die Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung des Krankenhauses, dass eine Ärztin oder ein Arzt einer anderen Fachrichtung notwendig ist, leitet die ärztliche Person die Hinzuziehung dieser Facharztgruppe ein.

Die Evidenz zu den Kriterien für eine Konsultation gemäß § 6 Absatz 4 wurde aus den folgenden Referenzen abgeleitet:

Zu Nummer 1: eine Blutungs- oder Thromboseneigung besteht

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Zu dieser Mindestanforderung findet sich in der AWMF-Leitlinie S2k „Peripartale Blutung“ [17] unter den Risikofaktoren für eine peripartale Blutung das von Willebrand Syndrom (v.a. Typ 2 und 3). Eine ärztliche Abklärung präpartal zu Feststellung des Geburtsrisikos wurde hier in den Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, als sinnvoll erachtet.

In der AWMF-Leitlinie S2k „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und Lungenembolie“ [7] finden sich Risikofaktoren für eine schwangerschaftsassozierte venöse Thromboembolie, zu denen unter anderem ein vorausgegangenes Thromboembolisches Ereignis zählt.

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] sind unter den hämatologischen Risikofaktoren unter anderem Z.n. thromboembolisches Ereignis, von Willebrand Syndrom, Immune Thrombozytopenien oder Plättchenerkrankungen und Blutungsstörungen der Schwangeren oder Gebärenden oder des Kindes. Diese führen zur Empfehlung einer Geburt im ärztlich geleiteten Setting (Empfehlung 1.3.9).

Bei einer Blutungs- oder Thromboseneigung kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 2: in dieser Schwangerschaft eine Thrombose aufgetreten ist

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Die Ausführungen zur AWMF-Leitlinie S2k „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und Lungenembolie“ [7] wie unter „Zu Nummer 1“ aufgeführt, gelten auch für diese Mindestanforderung ebenso wie die dort gemachten Ausführungen in der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42].

Bei einer Thrombose in dieser Schwangerschaft kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 3: ein Body-Mass-Index vor der Schwangerschaft größer als 30 kg/m² vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der Expertengruppe der AWMF-Leitlinie S3 „Adipositas und Schwangerschaft“ [10] mit einem Evidenzgrad 4 nach SIGN zugrunde. Es wird darin Schwangeren mit einem präkonzeptionellen Body-Mass-Index zwischen 30 und 35 kg/m² eine individuelle Risikoabwägung empfohlen vor Entscheidung für einen bestimmten Geburtsort (Empfehlung 5.E46, S. 95).

Die NICE-Guideline „Intrapartum care“ [42] empfiehlt eine Aufklärung von Frauen mit einem höheren BMI über das erhöhte Risiko für das Auftreten von Komplikationen (Empfehlung 1.3.6). Es wird eine erhöhte Verlegungsrate bei Mehrgebärenden angegeben sowie eine erhöhte Rate an Kaiserschnittentbindungen bei Erst- und Mehrgebärenden mit einem BMI größer als 30 kg/m² nach Auswertung von 5 Kohortenstudien.

Bei einem Body-Mass-Index vor der Schwangerschaft größer als 30 kg/m² kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 4: in einer vorausgegangenen Schwangerschaft eine fetale Wachstumsrestriktion vorlag (Zustand nach fetaler Wachstumsrestriktion)

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Dieser Mindestanforderung liegt eine Angabe in der AWMF-Leitlinie S2k „Fetale Wachstumsrestriktion“ [12] zugrunde, nach welcher gemäß der Studienlage das

Wiederauftreten einer fetalen Wachstumsrestriktion nach Auftreten in der vorangehenden Schwangerschaft signifikant höher war.

Bei einer fetalen Wachstumsrestriktion in einer vorausgegangenen Schwangerschaft kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 5: bei einer vorausgegangenen Geburt bereits eine peri- oder postpartale Komplikation aufgetreten ist

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegen Empfehlungen verschiedener Leitlinien zugrunde.

So wird in der AWMF-Leitlinie S2k „Schulterdystokie“ [19] eine konsensbasierte Empfehlung abgegeben für die Information von Schwangeren mit Z.n. Schulterdystokie über ein Wiederholungsrisiko von 10-15% (Empfehlung 3.E9, S. 51). Eine weitere Empfehlung wird abgegeben, dass mit diesen Schwangeren eine dezidierte Beratung zum Geburtsmodus erfolgen soll (Empfehlung 3.E10, S. 51).

In der AWMF-Leitlinie S2k „Peripartale Blutungen“ [17] wird ein Z.n. peripartaler Blutung als Risikofaktor angegeben für das erneute Auftreten einer peripartalen Blutung mit einer Odds Ratio von 3,0 bis 3,6 für das Auftreten einer Blutung über 500 ml.

Die NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] empfiehlt Schwangeren mit Z.n. Schulterdystokie und mit Z.n. behandlungsbedürftiger primärer postpartaler Blutung über diese Risikofaktoren aufzuklären und die Geburt im ärztlich geleiteten Setting zu empfehlen (Empfehlung 1.3.9). Als weitere Risikofaktoren, den peri- und postpartalen Verlauf der vorangehenden Geburt betreffend werden genannt: ungeklärte Totgeburt oder neonatalen Tod, Tod aufgrund intrapartaler Komplikationen, Plazentalösung mit negativem Outcome, Uterusruptur, Präeklampsie, die eine Frühgeburt notwendig machte, neonatale Enzephalopathie, Eklampsie und Sectio caesarea Empfehlung 1.3.9).

Wenn bei einer vorausgegangenen Geburt bereits eine peri- oder postpartale Komplikation aufgetreten ist, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 6: bereits eine Sectio caesarea durchgeführt wurde

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Eine starke Empfehlung eines interdisziplinären Expertengremiums der AWMF S3 Leitlinie „Sectio caesarea“ [11] empfiehlt für alle Frauen mit Z.n. Kaiserschnitt eine kontinuierliche CTG-Überwachung des Kindes unter der Geburt. Außerdem soll die Durchführung einer Kaiserschnittentbindung jederzeit möglich sein. Die Empfehlung wird mit dem Evidenzgrad 2+ nach SIGN angegeben (Empfehlung 6.3, S. 77).

Nach NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] sollen Frauen mit Z.n. Sectio caesarea darüber aufgeklärt werden, dass dies einen Risikofaktor für die Geburt darstellt und eine Geburt in einem ärztlich geleiteten Setting empfohlen werden soll (Empfehlung 1.3.9).

Bei einer Sectio caesarea in einer vorausgegangenen Schwangerschaft kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 7: bereits eine Uterusoperation durchgeführt wurde

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegt ein konsensbasiertes Statement nach Literaturrecherche der interdisziplinären Leitliniengruppe der AWMF-Leitlinie S2k „Peripartale Blutung“ [17] zugrunde. Als Risikofaktor für ein Plazenta accreta Spektrum werden u.a. andere Uterusoperationen wie eine transmurale Myomektomie angegeben (Konsensbasiertes Statement 3.S5, S. 59). In der Leitlinie wird zudem auf Studienergebnisse verwiesen, nach denen Plazenta accreta Spektrum nach Curettagen häufiger auftrat.

Nach einem aktuellen systematischen Review mit Metaanalyse von 2025 [54] traten nach Auswertung von insgesamt 327 Studien mehr Blutungen im Zusammenhang mit Uterusmyomen auf mit einer Odds Ratio von 1,2 [54].

Weitere aktuelle Studien weisen auf eine erhöhte Uterusrupturgefahr hin nach Myomektomie bzw. nach Uterusoperationen. So werteten Fu L et al. 11 Studien aus. Für vorangehende Uterusoperationen wurde eine Odds Ratio für das Auftreten von Uterusrupturen von 7,05 ermittelt [26]. Gil Y et al. konnten nach Auswertung von Datensätzen von 54.146 Myomektomien 237 nachfolgende Uterusrupturen (0,43%) eruieren [30]. In einer Studie von Finnsdottir S et al. wurden 173 Fälle von Uterusrupturen retrospektiv ausgewertet. Es wurde festgestellt, dass in 142 Fällen (82,1%) eine Uterus-OP zuvor stattgefunden hatte [25].

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] werden ein Z.n. Myomektomie und ein Z.n. Hysterotomie als Risikofaktoren eingeordnet, über welche die Schwangere aufgeklärt werden

soll und die zur Empfehlung zu einer Geburt im ärztlich geleiteten Setting führen (Empfehlung 1.3.9).

Wenn eine Uterusoperation bereits durchgeführt wurde, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 8: in einer vorausgegangenen Schwangerschaft eine hypertensive Erkrankung vorlag

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegen Angaben aus einer Literaturrecherche zugrunde der AWMF-Leitlinie S2k „Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft [14]: Diagnostik und Therapie“ [14]. Demnach besteht für Präeklampsie ein Wiederholungsrisiko im Mittel von 14-18%, nach zwei vorausgegangenen Präeklampsien sogar von 32%. Das Wiederholungsrisiko für eine Gestationshypertonie liegt bei 11-47%, für eine Präeklampsie nach Gestationshypertonie noch bei 2-7%. Für ein HELLP-Syndrom liegt das Wiederholungsrisiko in Deutschland bei 13%. Das Wiederholungsrisiko für eine Eklampsie liegt bei 2-16%, für eine Präeklampsie nach Eklampsie sogar bei 22-35%. Insgesamt sind Wiederholungsrisiko und Prognose abhängig vom Gestationsalter bei Auftreten der Erkrankung und dem Schweregrad in der vorangehenden Schwangerschaft.

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] werden eine Präeklampsie, die eine Frühgeburt bedingte und eine Eklampsie als Risikofaktoren eingeordnet, über welche die Schwangere aufgeklärt werden sollen und die zur Empfehlung zu einer Geburt im ärztlich geleiteten Setting führen. Eine Präeklampsie am Termin wird als Risikofaktor eingeordnet, der bei der Wahl des Geburtsortes berücksichtigt werden soll. (Empfehlung 1.3.9).

Wenn in einer vorausgegangenen Schwangerschaft eine hypertensive Schwangerschaftserkrankung vorlag, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 9: während der Schwangerschaft eine uterine Blutung jenseits des ersten Trimesters aufgetreten ist

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegen u.a. Angaben in der AWMF-Leitlinie S2k „Peripartale Blutungen“ [17] zugrunde, wonach antepartale Blutungen als ein Risikofaktor für peripartale Blutungen über 500 ml angegeben werden mit einer Odds Ratio von 3,8.

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wird eine einmalige antepartale Blutung unklaren Ursprungs nach der 24. Schwangerschaftswoche als Risikofaktor eingeordnet, der bei der Wahl des Geburtsortes berücksichtigt werden soll. (Empfehlung 1.3.9). Wiederholte antepartale Blutungen werden als Risikofaktor eingeordnet, über den die Schwangere aufgeklärt werden soll und eine Empfehlung zur Geburt im ärztlichen geleiteten Setting erfolgt (Empfehlung 1.3.9).

Wenn während der Schwangerschaft eine uterine Blutung jenseits des ersten Trimesters aufgetreten ist, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 10: der Verdacht auf das Vorliegen einer Plazentationsstörung besteht

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegt eine konsensbasierte Empfehlung der AWMF-Leitlinie S2k „Peripartale Blutung“ [17] zugrunde, wonach bei V.a. auf eine Plazentationsstörung eine Vorstellung in einer Geburtsklinik mit geeigneter Infrastruktur empfohlen wird (Empfehlung 3.E7, S. 59).

Über Empfehlungen und Risiken bei Bestätigung des Verdachts wurden bereits Angaben unter § 6 Absatz 3 „Zu Nummer 5: eine bestätigte Plazentationsstörung (Plazenta praevia, Plazenta accreta-Spektrum) besteht“ gemacht.

Wenn der Verdacht auf das Vorliegen einer Plazentationsstörung besteht, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 11: eine Anämie (Hämoglobin kleiner als 9 g/dl, entspricht 5,6 mmol/l) vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Dieser Mindestanforderung liegt eine Angabe in der AWMF-Leitlinie S2k „Peripartale Blutung“ [17] zugrunde, wonach eine Anämie mit einem Hämoglobin kleiner als 9 g/dl ein Risikofaktor für eine peripartale Blutung über 500 ml ist mit einer Odds Ratio von 2,2.

In einem aktuellen systematischen Review mit Metaanalyse wurde eine starke Assoziation zwischen Anämie und postpartaler Blutung festgestellt mit einer Odds Ratio von 2,36 [54]. Hierbei wurden keine Grenzwerte für die Definition der Anämie in den Einzelstudien angegeben.

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wird eine Anämie mit einem Hämoglobin von 8,5 g/dl bis 10,5 g/dl bei Geburtsbeginn als Risikofaktor eingeordnet, der bei der Wahl des Geburtsortes berücksichtigt werden soll. (Empfehlung 1.3.9). Ein Hämoglobin kleiner als 8,5 g/dl bei Geburtsbeginn wird als Risikofaktor eingeordnet, über den die Schwangere aufgeklärt werden soll und eine Empfehlung zur Geburt im ärztlichen geleiteten Setting erfolgt (Empfehlung 1.3.9).

Wenn eine Anämie (Hämoglobin kleiner als 9 g/dl, entspricht 5,6 mmol/l) vorliegt, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 12: eine HIV-Infektion vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen. Die Mindestanforderung soll einen Schaden des Kindes vermeiden.

Der Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der AWMF-Leitlinie S2k „Labordiagnostik schwangerschaftsrelevanter Virusinfektionen“ [29] zugrunde, wonach Schwangeren mit einer Viruslast von mehr als 50 Genomkopien/ml Plasma eine elektive Sectio caesarea angeboten werden soll. Ist jedoch eine antiretrovirale Transmissionsprophylaxe erfolgt, sodass mindestens 4 Wochen vor der Geburt und bei der Geburt keine nachweisbare HIV-Last im Plasma vorlag, ist eine vaginale Geburt möglich (Empfehlung zu Fragestellung 6, S. 112). Der Empfehlung liegt eine entsprechende Literaturrecherche zugrunde.

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wird eine Infektion mit HIV oder ein Carrier-Status als Risikofaktor eingeordnet, der bei der Wahl des Geburtsortes berücksichtigt werden soll (Empfehlung 1.3.9).

Wenn eine HIV-Infektion vorliegt, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 13: ein Gestationsdiabetes besteht, welcher diätetisch eingestellt ist (dGDM)

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der AWMF-Leitlinie S3 „Gestationsdiabetes mellitus“ [6] zugrunde, wonach bei diätetisch eingestelltem Gestationsdiabetes als Entbindungsort ein Krankenhaus mit besonderer diabetologischer Erfahrung und angeschlossener Neonatologie empfohlen wird (Empfehlung, Kapitel 9.2.1).

In der AWMF-Leitlinie S2k „Schulterdystokie“ [19] wird eine Empfehlung abgegeben, dass sich Schwangere mit Risikofaktoren für eine Schulterdystokie innerhalb von 14 Tagen vor der erwarteten Geburt für eine Biometrie vorstellen sollten, um eine Grundlage für eine Entscheidung für einen Geburtsmodus zu schaffen. Als Risikofaktor ist hier unter anderem jegliche Form eines maternalen Diabetes aufgeführt für das Auftreten einer Schulterdystokie bei einer Odds Ratio von 2,18).

In einem aktuellen systematischen Review mit Metaanalyse wurde eine Assoziation zwischen einem Gestationsdiabetes und postpartalen Blutungen festgestellt mit einer Odds Ratio von 1,88 [54].

Wenn ein Gestationsdiabetes besteht, welcher diätetisch eingestellt ist (dGDM), kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 14: ein Verdacht auf eine Makrosomie des Kindes mit einem Schätzwert über der 95. Perzentile besteht

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegen diverse Empfehlungen aus AWMF-Leitlinien zugrunde.

In der AWMF-Leitlinie S2k „Geburtseinleitung“ [13] wird eine konsensbasierte Empfehlung abgegeben, wonach bei Verdacht auf Large-for-gestational-age Feten über der 95. Perzentile eine Geburtseinleitung ab 39 + 0 Schwangerschaftswochen angeboten werden soll (Empfehlung 2.E21, S. 39). Der Empfehlung liegt eine ausführliche Literaturrecherche zugrunde.

In der AWMF-Leitlinie S2k „Schulterdystokie“ [19] wird in einer konsensbasierten Empfehlung Schwangeren mit Risikofaktoren eine fetale Biometrie 14 Tage vor erwartetem Geburtstermin empfohlen. Ein fetales Schätzwert von 4.250 g wird dabei als Risikofaktor für eine Schulterdystokie mit einer Odds Ratio von 4,27 angegeben (Empfehlung 3.E13, S. 54).

In der AWMF-Leitlinie S2k „Peripartale Blutung“ [17] wird eine fetale Makrosomie als Risikofaktor für eine peripartale Blutung über 500 ml angegeben mit einer Odds Ratio von 1,9 bis 2,4.

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wird ein klinischer oder sonographischer Verdacht auf Makrosomie als Risikofaktor eingeordnet, der bei der Wahl des Geburtsortes berücksichtigt werden soll (Empfehlung 1.3.9).

Wenn ein Verdacht auf eine Makrosomie des Kindes mit einem Schätzwicht über der 95. Perzentile besteht, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 15: eine genitale Herpes-simplex-Virus-Infektion (HSV-Infektion) in dieser Schwangerschaft vorlag

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen des Kindes vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Neugeborenen verhindern.

Der Mindestanforderung liegen zwei Empfehlungen der AWMF-Leitlinie S2k „Labordiagnostik schwangerschaftsrelevanter Virusinfektionen“ [29] zugrunde.

Es wird bei einer primären genitalen Herpes-simplex Virus Infektion mit HSV-1 oder HSV-2 in den ersten beiden Trimestern einer Schwangerschaft eine antivirale Prophylaxe ab der 36. Schwangerschaftswoche empfohlen. Liegen trotzdem um den Geburtszeitpunkt Herpesläsionen vor, wird eine Geburt per Sectio caesarea empfohlen. Tritt die Primärinfektion im dritten Trimester auf, wird eine Sectio caesarea unter antiviraler Prophylaxe empfohlen (Empfehlung zu Fragestellung 7, S. 145).

Bei rezidivierendem Herpes genitalis mit aktiven Läsionen in der Schwangerschaft wird eine antivirale Prophylaxe ab der 36. Schwangerschaftswoche empfohlen. Liegen zum Zeitpunkt der Entbindung aktive Läsionen vor, soll eine Sectio caesarea als Geburtsmodus empfohlen werden. Wurde keine antivirale Prophylaxe durchgeführt, soll bei Beginn der Geburt oder bei vorzeitigem Blasensprung ein Vaginalabstrich zum Nachweis von HSV-DANN mittels PCR durchgeführt werden (Empfehlungen zu Fragestellung 8, S. 146).

Die Empfehlungen der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] zum Vorgehen bei aktiver Herpesinfektion sind in § 6 Absatz 3 „Zu Nummer 14: eine aktive genitale Herpes-simplex-Virus-Infektion (HSV-Infektion) bei Geburtsbeginn vorliegt“ bereits aufgeführt.

Wenn eine genitale Herpes-simplex-Virus-Infektion (HSV-Infektion) in dieser Schwangerschaft vorlag, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 16: eine vordiagnostizierte fetale Fehlbildung des Kindes vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden des Kindes vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Neugeborenen verhindern.

Der Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der AWMF-Leitlinie S2k „Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe“ [20] zugrunde, wonach bei fetalen Fehlbildungen und/oder Erkrankungen mit unmittelbarer postnataler Betreuung eine Versorgung in einem Krankenhaus der Versorgungsstufe 1 empfohlen wird (Empfehlung 3, S. 6, im Zusammenhang mit Tabelle 1, S. 7). Im Leitlinientext ist dargestellt, dass bei Notwendigkeit zur chirurgischen Versorgung postnatal, die Geburt in einem entsprechenden Zentrum stattfinden sollte. Zeitaufwändige Transporte sind zu vermeiden. Auf Fehlbildungen, die keine unmittelbare chirurgische Intervention benötigen, geht die Leitlinie nicht weiter ein.

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wird eine fetale Fehlbildung als Risikofaktor eingeordnet, der bei der Wahl des Geburtsortes berücksichtigt werden soll (Empfehlung 1.3.9).

Wenn eine vordiagnostizierte fetale Fehlbildung des Kindes vorliegt, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 17: ein mechanisches Verfahren der Geburtseinleitung durchgeführt werden soll

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegt zum einen eine konsensbasierte Empfehlung einer interdisziplinären Expertengruppe zur AWMF Leitlinie S2k „Geburtseinleitung“ wonach Schwangere [13] vor jeder Geburtseinleitung eine ärztliche Aufklärung und Beratung erhalten sollen. Dabei sollen der individuelle Nutzen und das Risiko erläutert und abgewogen werden, um gemeinsam eine Entscheidung zu treffen (Empfehlung 3.E23, S. 41). Es werden Risiken wie eine uterine Überstimulation oder eine verlängerte Einleitungszeit besprochen, die je nach individuellen Faktoren der Schwangeren verschieden sein können.

Nach dem Verständnis der WHO [51] definiert sich eine „normale“ Geburt durch einen spontanen Wehenbeginn. Das ist bei Geburtseinleitung nicht gegeben. Insofern kann hier nicht von einer physiologischen Geburt gem. HebG § 1 ausgegangen werden.

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wird eine Geburtseinleitung als ein Risikofaktor bezeichnet, der berücksichtigt werden muss, wenn eine Entscheidung zum Geburtsort getroffen werden soll (Empfehlung 1.3.9).

Wenn ein mechanisches Verfahren der Geburtseinleitung durchgeführt werden soll, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 18: eine Überschreitung des errechneten Entbindungstermins ab 41 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen plus drei Tagen vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden.

Dieser Mindestanforderung liegt zum einen die Definition einer Geburt am Termin, wie sie von AWMF-Leitlinien [8], [13] und in der britischen NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] verwendet wird als eine Geburt von der 37+0. Schwangerschaftswoche bis zur 41+6. Schwangerschaftswoche, zugrunde. Zum anderen definiert die WHO die „normale“ Geburt als eine Geburt zwischen der vollendeten 37. und der vollendeten 42. Schwangerschaftswoche. Eine physiologische Geburt nach HebG § 1 liegt somit nicht mehr vor.

In der AWMF-Leitlinie S2k „Geburtseinleitung“ [13] wird eine konsensbasierte Empfehlung abgegeben, wonach ab der 41+3 Schwangerschaftswoche eine Geburtseinleitung empfohlen werden soll (Empfehlung 2.E4, S. 29).

In einem Cochrane Review aus dem Jahr 2018 wurden 30 Studien eingeschlossen, in denen untersucht wurde, wie sich ein abwartendes Verhalten gegenüber einem aktiven Management mit Geburtseinleitung auf das Outcome von Mutter und Kind nach dem erwarteten Geburtstermin verhalten. In der Gruppe mit dem abwartenden Management wurden mehr perinatale Todesfälle und mehr Todgeburten festgestellt sowie mehr Kinder mit Apgar-Werten kleiner 7 nach fünf Minuten und mehr Kinder, die auf eine Neugeborenenintensivstation aufgenommen werden mussten. Bei den Schwangeren der Gruppe mit dem aktiven Management wurden weniger Kaiserschnittentbindungen durchgeführt und dafür mehr vaginal-operative Geburtsbeendigungen [40].

Eine randomisierte Studie aus Schweden aus dem Jahr 2019, in welcher 1.381 Frauen in die Gruppe mit aktivem Management und 1.379 Schwangere in die Gruppe mit abwartendem Verhalten bis zur 42+0. SSW randomisiert wurden, wurde vorzeitig abgebrochen aufgrund erhöhter perinataler Mortalität in der abwartenden Gruppe [50].

Wenn eine Überschreitung des errechneten Entbindungstermins ab 41 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen plus drei Tagen vorliegt, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 19: die Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden nachgelassen haben

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Dieser Mindestanforderung liegt eine starke Empfehlung der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] mit Evidenzgrad 4 nach SIGN zugrunde, wonach eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe erfolgen soll, wenn bei der Erstuntersuchung des Feten nachlassende Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden angegeben wurden (Empfehlung 7.25, S. 111).

Diese Empfehlung basiert auf einer Empfehlung der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42], die ebenfalls eine Verlegung in eine ärztlich geleitete Geburtsbetreuung empfiehlt bei reduzierten Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden (Empfehlung 1.8.11).

Wenn die Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden nachgelassen haben, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 20: eine behandlungs- und kontrollbedürftige schwere Erkrankung vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Diese Mindestanforderung ist bewusst sehr weit gefasst. Nicht zu allen Erkrankungen, die eine Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett beeinflussen können liegen klinische Studien vor. Da für jede Erkrankung individuell das zu erwartende Risiko für Mutter und Kind abgewogen werden muss, wurde hier die Konsultation als zu erbringende Maßnahme des Krankenhauses durch die G-BA-Beratungen, an welchen auch nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, gewählt.

Zum vorbestehenden Diabetes mellitus und zum vorbestehenden Hypertonus wurden bereits Angaben gemacht unter § 6 Absatz 3.

In der AWMF-Leitlinie S2k „Nierenerkrankungen und Schwangerschaft“ [16] gibt es keine konkrete Vorgabe zum Geburtsort oder zum Geburtsetting. Diverse Empfehlungen weisen jedoch darauf hin, dass hier peripartal eine interdisziplinäre Betreuung notwendig ist. So wird empfohlen, dass bei milder CKD (chronischer Nierenerkrankung) eine zusätzliche internistisch-nephrologische Betreuung erfolgen soll, bei Gebärenden mit moderater oder schwerer CKD eine Mitbetreuung empfohlen wird (Empfehlung 5.E79, S. 95). Bei Beratungen zum Geburtszeitpunkt sollen neben geburtshilflichen Faktoren renale Faktoren wie

Verschlechterung der Nierenfunktion, symptomatische Hypoalbuminämie, pulmonale Ödeme und refraktäre Hypertonie beachtet werden (Empfehlung 5.E82, S. 96).

Die NICE-Guideline „IntrapartumCare“ [42] gibt eine ganze Liste von behandlungsbedürftigen Erkrankungen an, bei denen eine ärztlich geleitete Geburt empfohlen wird. Dies sind unter anderem: bestätigte Herzerkrankung, Bluthochdruck, Asthma mit vermehrtem Behandlungsbedarf oder Hospitalisierung, Mukoviszidose, Hämoglobinopathien wie Sichelzellanämie oder Beta-Thalassämie, Immunthrombozytopenie oder Thrombozytenerkrankung, von Willebrands Syndrom, Hyperthyreose, mit Arzneimitteln behandelter Diabetes, behandelte Toxoplasmose, aktive Rötelninfektion, aktive Windpockeninfektion, aktive Herpes genitalis Infektion, Tuberkulose unter Behandlung, systemischer Lupus erythematosus, Sclerodermie, abnorme Nierenfunktion, Nierenerkrankung, Epilepsie, Myasthenia gravis, Lebererkrankung mit abnormen Leberfunktionstests, psychiatrische Erkrankung mit Hospitalisierung. Zudem werden weitere Erkrankungen aufgeführt, bei deren Vorliegen, eine individuelle Abwägung zur Wahl des Geburtsortes empfohlen wird. Dies sind unter anderem: instabile Hypothyreose, Anämie, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn (Empfehlung 1.3.9).

Wenn eine behandlungs- und kontrollbedürftige schwere Erkrankung vorliegt, kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu § 7 Anforderungen an die hebammengeleitete Betreuung

§ 7 bestimmt die Mindestanforderungen, die während der Durchführung der hebammengeleiteten Betreuung zu erfüllen sind. Nach Absatz 1 ist während der hebammengeleiteten Betreuung kontinuierlich zu überwachen und sicherzustellen, dass kein Anzeichen für Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf im Sinne von § 6 Absatz 1 festzustellen ist, welche eine Konsultation oder eine ärztlich geleitete Betreuung erfordert. Absatz 2 legt hierzu einen nicht abschließenden Katalog mit bundeseinheitlichen Konsultationskriterien fest. Absatz 3 bestimmt einen gleichermaßen nicht abschließenden Katalog mit bundeseinheitlichen Überleitungskriterien für die Gebärende und Absatz 4 einen entsprechenden Katalog für das neugeborene Kind. Aus den Mindestanforderungen gemäß § 7 Absatz 5 und 6 ergibt sich im Verlauf einer hebammengeleiteten Betreuung ein zusätzlicher Personalbedarf. Hiernach ist ab Beginn der aktiven Eröffnungsphase bis einschließlich der Nachgeburtsphase nicht nur eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Hebamme zu gewährleisten (§ 7 Absatz 5 Satz 1), sondern es soll in der aktiven Austrittsphase des Kindes auch eine zweite Hebamme anwesend sein (§ 7 Absatz 5 Satz 2). Ferner hat ab der aktiven Eröffnungsphase unter Berücksichtigung des individuellen Geburtsverlaufs regelhaft auch eine Beratung der betreuenden mit einer weiteren Hebamme zu erfolgen (§ 7 Absatz 6). Somit sollen ab der aktiven Eröffnungsphase bis zum Ende der Geburt immer zwei Hebammen involviert sein. Auch zu den Mindestanforderungen des § 7 hat das Krankenhaus zur Sicherung der Prozessqualität krankenhausesinterne verbindliche Regelungen gemäß § 5 Absatz 1 eigenverantwortlich festzulegen, die mindestens den Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2

entsprechen. Die Vorgaben der Richtlinie zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) bleiben unberührt.

Zu Absatz 1:

Absatz 1 Satz 1 bestimmt, dass während der hebammengeleiteten Betreuung kontinuierlich durch eine Hebamme zu überwachen und sicherzustellen ist, dass kein Anzeichen für Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf im Sinne von § 6 Absatz 1 festzustellen ist, welches eine Konsultation oder eine ärztlich geleitete Betreuung erfordert. Absatz 1 Satz 2 stellt klar, dass im Rahmen einer erforderlichen Konsultation im Sinne von § 2 Nummer 4 die hinzuzuziehende Ärztin oder der hinzuzuziehende Arzt zu entscheiden hat, ob die hebammengeleitete Betreuung fortgesetzt werden kann oder, ob eine ärztliche Betreuung erforderlich ist.

Im Sinne der hebammengeleiteten Betreuung hat während der Geburt eine beständige Betreuung und kontinuierliche Überwachung durch eine Hebamme zu erfolgen, um sicherzustellen, dass keine Anzeichen für Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf vorliegen. Durch die vom Krankenhaus eigenverantwortlich festzulegenden internen Regelungen gemäß § 5 Absatz 1 ist zur Sicherung der Prozessqualität insbesondere mit Blick auf die Personalplanung und den Personaleinsatz (vgl. hierzu auch die Erläuterungen zu § 3 Absatz 1 und Absatz 2) zu gewährleisten, dass jederzeit etwaige Anzeichen für Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf rechtzeitig erkannt werden.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 legt als Mindestanforderung einen nicht abschließenden Katalog mit bundeseinheitlichen Konsultationskriterien im Sinne von § 2 Nummer 4 fest. Das Vorliegen eines Kriteriums ist für die Erforderlichkeit einer Konsultation ausreichend.

Nach diesem Katalog ist eine Konsultation zunächst erforderlich, wenn sich die Gebärende während des Betreuungsverlaufs hierfür entscheidet. Dass sich die Gebärende auch während der hebammengeleiteten Betreuung jederzeit für eine Konsultation entscheiden kann, trägt insbesondere dem Selbstbestimmungsrecht der schwangeren oder Gebärenden im Kontext der krankenversicherungsrechtlichen Besonderheit Rechnung, dass der gesetzliche Leistungsanspruch nach § 24f SGB V unmittelbar durch die Wahl der Versicherten einer entsprechenden Entbindung im Krankenhaus begründet wird (vgl. auch Erläuterungen zu § 6 Absatz 1 und 2).

Ferner ist eine Konsultation erforderlich, wenn sich die Hebamme während des Betreuungsverlaufs hierfür entscheidet und wenn bei der Gebärenden eines der nicht abschließend aufgelisteten Kriterien dieses Absatzes vorliegt. Es besteht eine Wahrscheinlichkeit, dass sich im Schwangerschaftsverlauf Veränderungen nach der Prüfung der Voraussetzungen für eine hebammengeleitete Betreuung gemäß § 6 Absatz 4 ergeben und kein physiologischer Schwangerschaftsverlauf mehr vorliegt (Auftreten von Regelwidrigkeiten). Es ist daher jederzeit im Verlauf der hebammengeleiteten Betreuung möglich, dass die betreuende Hebamme die Entscheidung für eine Konsultation trifft. Die aufgeführten Kriterienkataloge können nicht das gesamte Spektrum möglicher Abweichungen abbilden und als alleinige Grundlage für die Erforderlichkeit einer Hinzuziehung einer Ärztin oder eines Arztes stehen. Gemäß § 9 Abs. 4 Nummer 1f HebG sind Hebammen ausgebildet, selbständig Anzeichen von Regelwidrigkeiten und Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf zu erkennen und angemessene Maßnahmen für eine ärztliche Behandlung zu

ergreifen, welche die Anforderung einer Konsultation umfassen können. Die durch die Richtlinie festgelegten Kriterien sind daher im Ergebnis am Begriff der Anzeichen von Regelwidrigkeiten im Sinne von § 9 Abs. 4 Nummer 1f HebG ausgerichtet, um zugleich zu gewährleisten, dass eine hebammengeleitete Betreuung im Sinne dieser Richtlinie nur innerhalb der nach dem HebG bestimmten selbständig auszuführenden Handlungskompetenzen zulässig bleibt (vgl. hierzu auch die Erläuterungen zu § 2 Nummer 2).

Die Aufzählung der Kriterien in der Richtlinie ist nicht abschließend und benennt die Kriterien, die auf jeden Fall während der hebammengeleiteten Betreuung abzu prüfen sind. Das Krankenhaus kann über diesen bundeseinheitlichen Kriterienkatalog hinaus weitere krankenhausesinterne verbindliche Konsultationskriterien gemäß § 5 Absatz 1 eigenverantwortlich festlegen, die mindestens den Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 entsprechen und beispielsweise auch Konsultationskriterien dieser Richtlinie in Überleitungskriterien abändern (vgl. zu den Möglichkeiten und Grenzen der Abänderung auch die Erläuterungen zu § 6 Absatz 3).

Die Evidenz zu den weiteren Kriterien für eine Konsultation gemäß § 7 Abs. 2 wurde aus den folgenden Referenzen abgeleitet:

Zu Nummer 1: ein Kriterium gemäß § 6 Absatz 4 (Konsultation) vorliegt

Relevante Kriterien aus § 6 Absatz 4, die während der Geburtsbetreuung neu auftreten können, sind erneut auch unter der Geburt zu überprüfen.

Zu Nummer 2: ein vorzeitiger Blasensprung vorliegt und 12 Stunden darauf keine Wehentätigkeit eingesetzt hat

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] zugrunde, nach welcher eine Schwangere oder Gebärende mit einem vorzeitigen Blasensprung informiert werden soll, dass nach 12 Stunden das mütterliche Infektionsrisiko ansteigt und eine antibiotische Prophylaxe empfohlen wird. Diese Empfehlung hat einen Evidenzgrad 1+ nach SIGN.

Die NICE-guideline „Intrapartum Care“ [42] weist darauf hin, dass Frauen mit einem vorzeitigen Blasensprung auf das Infektionsrisiko von 1% hingewiesen werden sollen im Gegensatz zu 0,5% bei intakter Fruchtblase. Das Risiko einer neonatalen Infektion steigt, je größer der Zeitabstand zwischen Blasensprung und Geburt wird (Empfehlung 1.7.5).

Bei einem vorzeitigen Blasensprung mit einer ausbleibenden Wehentätigkeit über 12 Stunden kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im weiteren Verlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG weiterhin verantwortet werden kann. Für die Gabe einer antibiotischen Prophylaxe wäre eine Überleitung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung

notwendig. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 3: ein suspektes CTG-Muster des ungeborenen Kindes besteht

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Dieser Mindestanforderung liegen diverse Empfehlungen der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] zugrunde.

So wird eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung empfohlen, wenn bei der Erstuntersuchung des Feten Dezelerationen der fetalen Herzfrequenz beobachtet wurden oder die fetale Herzfrequenz unter 110 Schlägen pro Minute oder über 160 pro Minute waren (Empfehlung 7.25, S. 111). Die Empfehlung entspricht einem Evidenzgrad 4 nach SIGN.

Zur Beurteilung des CTG-Musters soll gemäß dieser Leitlinie der FIGO-Score herangezogen werden (Empfehlung 5.19, S. 50 im Zusammenhang mit Tabelle 11, S. 50).

Bei einem suspekten CTG-Muster des ungeborenen Kindes kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG weiterhin verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 4: ein protrahierter Verlauf in der Eröffnungsphase oder Austrittsphase vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] zugrunde, wonach bei einem protrahierten Verlauf in der Eröffnungsperiode ein Arzt oder eine Ärztin hinzugezogen werden soll (Empfehlung 7.39, S. 119). Diese Empfehlung wurde mit dem Evidenzgrad 4 nach SIGN gegeben.

Eine weitere Empfehlung derselben Leitlinie sieht die Hinzuziehung eines erfahrenen Geburtsmediziners oder einer erfahrenen Geburtsmedizinerin bei Diagnose einer protrahierten Austrittsphase (Empfehlung 8.5, S. 132) vor. Dieser Empfehlung liegt ebenfalls ein Evidenzgrad 4 nach SIGN zugrunde.

Die NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] empfiehlt die Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung bei protrahierter Eröffnungsperiode (Empfehlung 1.8.20).

Für die Austrittsphase sind in der NICE-Guideline Empfehlungen ausgesprochen, nach einer gewissen Zeitspanne, die von der Parität und einer liegenden PDA abhängig ist, Unterstützung

durch einen erfahrenen Geburtshelfer oder eine erfahrene Geburtshelferin hinzuzuholen, um den Geburtsort und den Geburtsmodus zu beraten. So wird für Mehrgebärende eine Zeitspanne von 1 Stunde aktiven Mitschiebens angegeben (Empfehlung 1.9.26; Empfehlung 1.9.28). Für Erstgebärende ist eine Zeitspanne von 2 Stunden aktiven Mitschiebens genannt (Empfehlung 1.9.25, Empfehlung 1.9.27).

Bei einem protrahierten Verlauf in der Eröffnungsphase oder in der Austrittsphase kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Diagnostik und Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG weiterhin verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 5: der Verdacht auf eine Uterusruptur besteht

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Dieser Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] zugrunde, wonach bei Schmerzen, die nicht mit einer normalen Wehentätigkeit vereinbar sind, eine Verlegung in die ärztliche Geburtsbetreuung erfolgen soll (Empfehlung 7.24, S. 110). Die Empfehlung wurde mit einem Evidenzgrad 4 nach SIGN abgegeben.

Nach der AWMF-Leitlinie S2k „Peripartale Blutung“ [17] ist die Uterusruptur eine der Hauptursachen für eine traumatisch bedingte Blutung (siehe Tabelle 10, S. 42).

Nach einer Studie aus 2022 wurden die Outcomes von insgesamt 173 Fällen von Uterusrupturen untersucht. In über der Hälfte der Fälle führte die Uterusruptur zu einem negativen Outcome mit Hysterektomien, Bluttransfusionen, niedrigen Apgar-Werten und perinatalen Todesfällen [25].

Der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wurde die Empfehlung der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] entnommen. Insofern ist die Empfehlung zur Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung bei unklaren Schmerzen, die sich von normalen Geburtsschmerzen unterscheiden, hier ebenfalls aufgeführt (Empfehlung 1.8.20).

Bei dem Verdacht auf eine Uterusruptur kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Diagnostik und der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG weiterhin verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Zu Nummer 6: der maternale Puls über 120 Schläge pro Minute nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Minuten liegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Dieser Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin [8] zugrunde, wonach bei einer mütterlichen Herzfrequenz über 120 Schlägen pro Minute nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Minuten, eine Verlegung in die ärztliche Geburtsbetreuung erfolgen soll (Empfehlung 7.24, S. 110). Die Empfehlung wurde mit einem Evidenzgrad 4 nach SIGN abgegeben.

Der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wurde die Empfehlung der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] entnommen. Insofern ist die Empfehlung zur Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung bei maternalem Puls über 120 Schlägen pro Minute zu zwei Zeitpunkten nach Kontrolle nach 15 bis 30 Minuten, hier ebenfalls aufgeführt (Empfehlung 1.8.20).

Bei einem maternalen Puls über 120 Schlägen pro Minute nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Minuten kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen, wie z.B. eine Infektion, oder sich eine solche im Geburtsverlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Diagnostik und Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG weiterhin verantwortet werden kann. Dieses Kriterium ist daher als Mindestanforderung für die Konsultation unverzichtbar.

Eine Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes der für Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung ist insbesondere dann erforderlich, wenn bei dem Neugeborenen das Geburtsgewicht des neugeborenen Kindes entweder unterhalb der 3. Perzentile (small for gestational age, SGA) oder oberhalb der 97. Perzentile (large for gestational age, LGA) liegt.

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für das Neugeborene nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden des Kindes vermeiden.

Der Mindestanforderung liegen Ausführungen der AWMF-Leitlinie „Betreuung von Neugeborenen in der Geburtsklinik“ [28] zugrunde.

Nach Leitlinie liegt bei einem Geburtsgewicht oberhalb der 97. Perzentile oder unterhalb der 3. Perzentile ein Risikofaktor für Hypoglykämien vor (Ausführungen, S. 13, Abbildung 1, S. 14)

Bei einem Geburtsgewicht oberhalb der 97. Perzentile oder unterhalb der 3. Perzentile kann bereits eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG vorliegen oder sich eine solche im weiteren Verlauf entwickeln, die eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Konsultation eines Arztes dient der Beurteilung, ob die selbständige Geburtsleitung durch die Hebamme nach § 1 HebG weiterhin verantwortet werden kann.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 legt als Mindestanforderung einen nicht abschließenden Katalog mit bundeseinheitlichen Überleitungskriterien im Sinne von § 2 Nummer 5 fest, welche die Gebärende zum Gegenstand haben.

Nach diesem Katalog ist eine Überleitung zunächst erforderlich, wenn sich die Gebärende während des Betreuungsverlaufs hierfür entscheidet. Dass sich die Gebärende auch während der hebammengeleiteten Betreuung jederzeit für eine Überleitung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung entscheiden kann, trägt insbesondere dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren oder Gebärenden im Kontext der krankenversicherungsrechtlichen Besonderheit Rechnung, dass der gesetzliche Leistungsanspruch nach § 24f SGB V unmittelbar durch die Wahl der Versicherten einer entsprechenden Entbindung im Krankenhaus begründet wird (vgl. auch Erläuterungen zu § 6 Absatz 1 und 2).

Ferner ist eine Überleitung erforderlich, wenn sich die Hebamme aufgrund von Befunden während des Betreuungsverlaufs hierfür entscheidet, oder wenn mindestens eines der nicht abschließend aufgelisteten Kriterien dieses Absatzes vorliegt. Es besteht eine Wahrscheinlichkeit, dass sich im Schwangerschaftsverlauf Veränderungen ergeben und kein physiologischer Schwangerschaftsverlauf mehr vorliegt (Auftreten von Regelwidrigkeiten). Es ist daher jederzeit im Verlauf der hebammengeleiteten Betreuung möglich, dass sich die betreuende Hebamme für eine Überleitung entscheidet. Der Kriterienkatalog kann nicht das gesamte Spektrum möglicher Abweichungen und Situationen im Geburtsverlauf abbilden und als ausschließliche Grundlage für den Übergang von der hebammengeleiteten Betreuung in die ärztliche geleitete Betreuung ausreichen. Mit Verweis auf § 9 Abs. 4 Nummer 1f HebG sind Hebammen dazu ausgebildet, bei Anzeichen von Regelwidrigkeiten und Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf angemessene Maßnahmen für eine ärztliche Behandlung zu ergreifen, welche die Überleitung in die ärztlich geleitete Betreuung umfassen. Die durch die Richtlinie festgelegten Kriterien sind daher im Ergebnis am Begriff der Anzeichen von Regelwidrigkeiten im Sinne von § 9 Abs. 4 Nummer 1f HebG ausgerichtet, um zugleich zu gewährleisten, dass eine hebammengeleitete Betreuung im Sinne dieser Richtlinie nur innerhalb der nach dem HebG bestimmten selbständig auszuführenden Handlungskompetenzen zulässig bleibt (vgl. hierzu auch die Erläuterungen zu § 2 Nummer 2).

Die Aufzählung der Kriterien für eine Überleitung in der Richtlinie ist nicht abschließend und benennt die Kriterien, die auf jeden Fall im Verlauf der hebammengeleiteten Betreuung zwingend zu prüfen sind. Das Krankenhaus kann über diesen bundeseinheitlichen Kriterienkatalog hinaus weitere krankenhausesinterne verbindliche Überleitungskriterien gemäß § 5 Absatz 1 eigenverantwortlich festlegen, die mindestens den Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 entsprechen und beispielsweise auch Konsultationskriterien dieser Richtlinie in Überleitungskriterien abändern. Es ist jedoch umgekehrt nicht möglich, dass das Krankenhaus Kriterien, die nach dieser Richtlinie einen Ausschluss oder eine Überleitung anordnen, in Konsultationskriterien abändert (vgl. zu den Möglichkeiten und Grenzen der Abänderung auch die Erläuterungen zu § 6 Absatz 3).

Die Evidenz zu den Kriterien für eine Überleitung der Gebärenden gemäß § 7 Absatz 3 wurde aus den folgenden Referenzen abgeleitet:

Zu Nummer 2: bei Geburtsbeginn eine pathologische uterine Blutung auftritt.

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegen Empfehlungen und Ausführungen verschiedener AWMF-Leitlinien zugrunde.

Die AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] enthält eine Empfehlung zur Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung, wenn bei der Erstuntersuchung der Schwangeren eine vaginale Blutung festgestellt wird, die keine Zeichnungsblutung ist (Empfehlung 7.25, S. 111). Der Empfehlung liegt ein Evidenzgrad 4 zugrunde.

Die AWMF-Leitlinie S2k „Peripartale Blutung“ [17] gibt zum einen als mögliche Ursachen für peripartale Blutungen u.a. Traumata an wie eine Uterusruptur als auch präexistente Koagulopathien wie das von Willebrand Syndrom wie auch schwangerschaftsinduzierte Koagulopathien bei HELLP, Präeklampsie oder vorzeitiger Plazentalösung (Tabelle 10, S. 42). Eine antepartale Blutung stellt dabei einen Risikofaktor dar, der mit einer peripartalen Blutung über 500 ml assoziiert ist mit einer Odds Ratio von 3,8 (Tabelle 12, S. 50/51)

Die NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] empfiehlt eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung bei frischer Blutung oder blutigem Fruchtwasser (Empfehlung 1.8.20).

Eine pathologische Blutung bei Geburtsbeginn erfordert eine ärztliche Diagnostik und Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgehen. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt im Sinne des § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Nummer 3: der Verdacht auf ein Amnioninfektionssyndrom besteht

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Dieser Mindestanforderung liegen unter anderem Empfehlungen der AWMF S2K „Leitlinie Prävention und Therapie der Frühgeburt“ [18] zugrunde.

Die Leitlinie ersetzt den Begriff Amnioninfektionssyndrom durch die Bezeichnung „intrauterine Imflammation oder Infektion oder beidem“, Triple I. Der für die Beschreibung des Kriteriums gewählte Begriff „Amnioninfektionssyndrom“ ist zum aktuellen Zeitpunkt in der Praxis geläufiger und wurde darum verwendet.

Bei V.a. Triple I werden folgende Befunde beschrieben: Maternales Fieber unklarer Ursache sowie einer der folgenden Befunde: fetale Tachykardie über 160 Schlägen pro Minute für mehr als 10 Minuten, maternale Leukozytose mit Leukozyten über 15.000 / μ l, purulenter Fluor aus dem Muttermund (Siehe Tabelle 21, S. 186/187). Maternales Fieber wird dabei als eine Temperaturerhöhung einmalig auf über 39°C beschrieben oder über 38°C bei zweimaliger Messung im Abstand von 30 Minuten.

Zu den maternalen Risiken zählen nach einer Empfehlung der Leitlinie eine Sepsis, eine uterine Dysfunktion mit einem daraus folgenden Geburtsstillstand und einer postpartalen Atonie. Nach einer Sectio caesarea besteht ein Risiko für Wundinfektionen, Endomyometritis, Thrombophlebitis und pelvine Abszessbildungen (Empfehlung 8.S41, S. 188).

Für den Fetus besteht ein erhöhtes Risiko, ein Inflammatory Response Syndrom zu entwickeln sowie postnatal ggf. eine Sepsis zu entwickeln (Empfehlung 8.S42, S. 188). Eine Inflammatory Response Syndrom geht mit einem erhöhten Risiko für Sepsis, Hirnschäden, bronchopulmonalen Dysplasien oder nekrotisierenden Enterokolitiden einher.

Bei V.a. ein Amnioninfektionssyndrom ist eine ärztliche Diagnostik und Therapie erforderlich, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt im Sinne des § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Nummer 4: unter der Geburt Fieber größer 38,0°C auftritt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] zugrunde. Es wird empfohlen bei einer maternalen Temperatur größer als 38°C eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung vorzunehmen (Empfehlung 7.24, S. 110). Die Empfehlung wurde mit einem Evidenzgrad 4 abgegeben.

Diese Empfehlung wurde der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] entnommen. In dieser Leitlinie wird eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung empfohlen, wenn eine maternale Temperatur von 38 °C oder mehr einmalig vorliegt oder eine Temperatur von 37.5°C oder mehr zu zwei Zeitpunkten im Abstand von einer Stunde (Empfehlung 1.8.20).

Bei einer maternalen Temperatur größer als 38°C ist eine ärztliche Diagnostik und Therapie erforderlich, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt im Sinne des § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Nummer 5: signifikant grünes Fruchtwasser vorliegt (Fruchtwasser dick-grün oder zäh oder mit Mekoniumklumpen)

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] zugrunde. Es wird empfohlen bei signifikant grünem Fruchtwasser eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung vorzunehmen (Empfehlung 7.24, S. 110). Die Empfehlung wurde mit einem Evidenzgrad 4 abgegeben.

Signifikant grünes Fruchtwasser wird dabei definiert als Fruchtwasser, das dick- grün oder zäh imponiert oder Mekoniumklumpen enthält (Empfehlung 7.30, S. 115)

Bei Vorliegen von signifikant grünem Fruchtwasser soll die Möglichkeit bestehen, eine Fetalblutanalyse durchzuführen (Empfehlung 7.31, S. 115). Diese Empfehlung wurde mit einem Evidenzgrad 4 abgegeben.

Die Empfehlung zur Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung wurde der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] entnommen. In dieser Leitlinie wird eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung empfohlen, wenn Mekonium neu befundet wird (Empfehlung 1.8.20).

Bei signifikant grünem Fruchtwasser ist eine ärztliche Diagnostik und ggf. Therapie erforderlich, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt im Sinne des § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Nummer 6: ein Nabelschnurvorfall vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden.

Dieser Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] zugrunde, wonach eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe erfolgen soll bei Nabelschnurvorfällen (Empfehlung 7.25, S. 111). Die Empfehlung wurde mit einem Evidenzgrad 4 abgegeben.

Die NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] beschreibt einen Nabelschnurvorfall als geburtshilflichen Notfall, bei dem eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung notwendig ist (Empfehlung 1.8.20).

Ein Nabelschnurvorfall erfordert eine ärztliche Diagnostik und Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt im Sinne des § 1 HebG liegt bei einem Nabelschnurvorfalle nicht vor.

Zu Nummer 7: ein Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase oder Austrittsphase vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Der Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] zugrunde, wonach bei einem protrahierten Verlauf in der Eröffnungsperiode ein

Arzt oder eine Ärztin hinzugezogen werden soll (Empfehlung 7.39, S. 119). Diese Empfehlung wurde mit dem Evidenzgrad 4 nach SIGN gegeben.

Bei protrahiertem Verlauf soll bei intakter Fruchtblase eine Amniotomie empfohlen werden und eine Unterstützung und effektive Schmerztherapie angeboten werden (Empfehlungen 7.43, S. 120 und 7.44, S. 121). Eine Periduralanästhesie soll vor Oxytocingabe angeboten werden (Empfehlung 7.45, S. 121). Sowohl die Periduralanästhesie als auch eine Oxytocingabe zur Steigerung der Wehenfrequenz und -stärke sind nur in der ärztlich geleiteten Geburtsbetreuung möglich.

Eine weitere Empfehlung derselben Leitlinie sieht die Hinzuziehung eines erfahrenen Geburtshelfers oder einer erfahrenen Geburtshelferin bei Diagnose einer protrahierten Austrittsphase vor (Empfehlung 8.5, S. 132). Dieser Empfehlung liegt ebenfalls ein Evidenzgrad 4 nach SIGN zugrunde.

In einem Statement der Leitlinie wird angegeben, dass ein Geburtsstillstand in der Austrittsphase diagnostiziert wird, wenn bei Erstgebärenden die aktive Phase der Austrittsphase länger als 3 Stunden andauert und bei Mehrgebärenden länger als 2 Stunden (Statement 8.4, S. 127).

Bei einer länger anhaltenden Austrittsphase erhöht sich gemäß Leitlinie das Risiko für postpartale Hämorrhagie, vaginal-operative Geburten, höhergradigen Dammrissen, Episiotomien.

Die NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] empfiehlt die Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung bei protrahierter Eröffnungsperiode (Empfehlung 1.8.20).

Für die Austrittsphase sind in der NICE-Guideline Empfehlungen ausgesprochen, nach einer gewissen Zeitspanne, die von der Parität und einer liegenden PDA abhängig ist, Unterstützung durch einen erfahrenen Geburtshelfer oder eine erfahrene Geburtshelferin hinzuzuholen, um den Geburtsort und den Geburtsmodus zu beraten. So wird für Mehrgebärende eine Zeitspanne von 1 Stunde aktiven Mitschiebens angegeben (Empfehlung 1.9.26; Empfehlung 1.9.28). Für Erstgebärende ist eine Zeitspanne von 2 Stunden aktiven Mitschiebens genannt (Empfehlung 1.9.25, Empfehlung 1.9.27).

Ein Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode oder in der Austrittsphase erfordert eine ärztliche Diagnostik und Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt im Sinne des § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Nummer 8: eine Lage- oder Einstellungsanomalie (Querlage, Schräglage, Beckenendlage) vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden.

Der Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der Leitlinie AWMF S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] zugrunde, wonach bei einer Beckenendlage, einer Querlage oder einer Schräglage

eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe empfohlen wird (Empfehlung 7.25, S. 111). Die Empfehlung wurde mit einem Evidenzgrad 4 nach SIGN abgegeben.

In der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] wird empfohlen, Frauen auf die Risiken bei Beckenendlage oder Querlage hinzuweisen und eine Geburt in der ärztlich geleiteten Geburtshilfe anzustreben (Empfehlung 1.3.9).

Nach Definition der WHO ist eine „normale“ Geburt eine Geburt aus Schädellage [51].

Eine Querlage, Schräglage oder Beckenendlage erfordert eine ärztliche Diagnostik und Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt nach § 1 HebG liegt bei einer Querlage, Schräglage oder Beckenendlage nicht vor.

Zu Nummer 9: eine Schulterdystokie vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden.

Der Mindestanforderung liegen Ausführungen in der AWMF-Leitlinie S2k „Schulterdystokie“ [19] zugrunde, wonach eine Schulterdystokie ein seltener, nicht vollständig vermeidbarer geburtshilflicher Notfall ist.

Verschiedene Empfehlungen dieser Leitlinie weisen darauf hin, dass bei Vorliegen einer Schulterdystokie eine Überleitung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung notwendig ist. Es wird empfohlen, dass nach der Diagnose die geburtshilflich erfahrenste Person die weitere Betreuung übernehmen soll (Empfehlung 4.E16, S. 60). Weitere Fachdisziplinen wie Neonatologen und Anästhesisten sollen spätestens mit Beginn sekundärer Lösungsmanöver einbezogen werden (Empfehlung 4.E17, S. 61).

Eine Schulterdystokie ist ein geburtshilflicher Notfall und entspricht nicht einer physiologischen Geburt nach § 1 HebG.

Zu Nummer 10: ein verschreibungspflichtiges oder parenteral zu verabreichendes Schmerzmittel verabreicht werden soll

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden.

Der Mindestanforderung liegen die Vorgaben der Arzneimittelverschreibungsverordnung [5] zugrunde, wonach zur medikamentösen Schmerztherapie zugelassene verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht an Hebammen abgegeben werden dürfen. Insofern ist ein Einsatz dieser Arzneimittel durch eine Hebamme ohne Verordnung durch einen Arzt nicht zulässig.

Parenteral zu verabreichende Schmerzmittel sind regelhaft verschreibungspflichtig, daher gelten die schon gemachten Ausführungen.

Zu Nummer 11: ein pathologisches CTG-Muster oder auskultatorisch pathologische fetale Herztöne vorliegen

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden von Mutter oder Kind vermeiden und notfallmäßige Überleitungen von Gebärenden unter der Geburt oder von Neugeborenen von diesen Müttern verhindern.

Dieser Mindestanforderung liegen diverse Empfehlungen der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] zugrunde.

So wird eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung empfohlen, wenn bei der Erstuntersuchung des Feten Dezelerationen der fetalen Herzfrequenz beobachtet wurden oder die fetale Herzfrequenz unter 110 Schlägen pro Minute oder über 160 pro Minute waren (Empfehlung 7.25, S. 111). Die Empfehlung entspricht einem Evidenzgrad 4 nach SIGN.

Zur Beurteilung des CTG-Musters soll gemäß dieser Leitlinie der FIGO-Score herangezogen werden (Empfehlung 5.19, S. 50 im Zusammenhang mit Tabelle 11, S. 50).

Ein pathologisches CTG-Muster oder auskultatorisch pathologische fetale Herztöne erfordern eine ärztliche Diagnostik und Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt liegt bei solch einer Pathologie nicht vor.

Zu Nummer 12: nach der vaginalen Geburt eine anhaltende oder verstärkte Blutung mit größer als 500 ml Blutverlust vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden der Mutter vermeiden.

Dieser Mindestanforderung liegen Empfehlungen zur weiteren Betreuung und Behandlung verschiedener AWMF-Leitlinien zugrunde.

In der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] wird empfohlen, bei einer postpartalen Blutung einen fachärztlichen Standard herzustellen (Empfehlung 9.12, S. 178).

In der AWMF-Leitlinie S2k „Peripartale Blutung“ [17] wird empfohlen die peripartale Blutung so zu definieren, dass ab 500 ml Blutverlust nach vaginaler Geburt und ab 1.000 ml Blutverlust nach Sectio caesarea eine peripartale Blutung vorliegt sowie unabhängig davon bei Zeichen eines hämorrhagischen Schocks (Schock-Index > 0,9) von einer solchen ausgegangen werden muss (Empfehlung 2.E1, S. 43).

In der Leitlinie werden als Symptome des hämorrhagischen Schocks nach Studien Agitiertheit, Bewusstseinstörung, Kaltschweißigkeit, blasses Hautkolorit, Tachykardie, Hypotension, Hyperventilation und Oligo-Anurie aufgeführt. Innerhalb kurzer Zeit kann sich daraus eine Beeinträchtigung des Gerinnungssystems ergeben in Sinne einer Koagulopathie.

Der interdisziplinäre Behandlungsalgorithmus bei peripartaler Blutung sieht die Hinzuziehung eines Facharztes bei einer anhaltenden Blutung über 500 ml nach vaginaler Geburt und über 1.000 ml nach Sectio caesarea vor (Abbildung 9, S. 146).

Die NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] empfiehlt eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe bei einer postpartalen Blutung (Empfehlung 1.10.33).

Die WHO empfiehlt zur Identifikation von Frauen mit einem erhöhten Risiko für postpartale Blutungen und den Beginn einer Therapie die Verwendung folgender Kriterien [52]: Ein objektiv gemessener Blutverlust ab 300 ml in Verbindung mit einem auffälligen hämodynamischen Zeichen (Puls > 100/min, Schockindex > 1, systolischer Blutdruck < 100 mmHg oder diastolischer Blutdruck < 60 mmHg) oder ein objektiv gemessener Blutverlust ab 500 ml – je nachdem, welches Kriterium innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt zuerst eintritt. In den ersten beiden Stunden nach Geburt ist dabei besonders auf Anzeichen zu achten (Empfehlung 22, S. 39). Die Evidenz der Empfehlung beruht auf einer Metaanalyse mit Daten von mehr als 300.000 Frauen [27].

Eine anhaltende oder verstärkte Blutung nach vaginaler Geburt mit einem Blutverlust von mehr als 500 ml erfordert eine ärztliche Diagnostik und Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Bei Auftreten einer postpartalen Blutung mit einem Blutverlust von mehr als 500 ml liegt keine physiologische Geburt nach § 1 HebG vor.

Zu Nummer 13: eine Plazentaretention oder eine Plazentalösungsstörung auftritt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden der Mutter vermeiden.

Dieser Mindestanforderung liegen Empfehlungen zur weiteren Betreuung und Behandlung verschiedener AWMF-Leitlinien zugrunde.

In der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8] wird empfohlen, bei einer Plazentaretention einen fachärztlichen Standard herzustellen (Empfehlung 9.12, S. 178).

Gemäß AWMF-Leitlinie S2k „Peripartale Blutung“ [17] ist eine Plazentaretention ein Risikofaktor für eine peripartale Blutung mit einem Blutverlust von mehr als 500 ml mit einer Odds Ratio von 4,1 bis 7,8 und mit einem Blutverlust von mehr als 1.000 ml mit einer Odds Ratio von 11,7 bis 16,0 (Tabelle 12, S. 50).

Zu den Plazentalösungsstörungen gehören vor allem die Plazenta previa sowie das Plazenta accreta Spektrum. Zu beiden Entitäten und den damit verbundenen Risiken für postpartale Blutungen sowie den Anforderungen an die Betreuung wurden bereits unter den Erläuterungen zu § 6 Abs. 3 zu Nr. 5 angegeben.

Die NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] empfiehlt eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe bei einer Plazentaretention (Empfehlung 1.10.4).

Eine Plazentalösungsstörung oder eine Plazentaretention erfordern eine ärztliche Diagnostik und Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt nach § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Nummer 14: ein mütterlicher Kreislaufkollaps oder eine andere Verschlechterung des Gesundheitszustands der Mutter auftritt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden der Mutter vermeiden.

Der Mindestanforderung liegt eine Empfehlung der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin [8] zugrunde, nach der bei einem mütterlichen Kreislaufkollaps oder einer anderen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Mutter ein fachärztlicher Standard herzustellen ist (Empfehlung 9.12, S. 178). Die Empfehlung wurde mit einem Evidenzgrad 4 nach SIGN gegeben.

Ein mütterlicher Kreislaufkollaps kann hierbei bereits ein Anzeichen für einen hämorrhagischen Schock bei postpartaler Blutung sein. Die Erläuterungen dazu finden sich unter den Erklärungen zu § 7 Abs. 3 zu Nr. 12.

Die Empfehlung der Leitlinie leitet sich aus einer Empfehlung der NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] ab, wonach eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe bei einem maternalen Kollaps oder einer anderen Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes der Frau empfohlen wird (Empfehlung 1.10.4).

Ein maternaler Kollaps oder eine andere Verschlechterung des mütterlichen Gesundheitszustandes erfordert eine ärztliche Diagnostik und Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt nach § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Nummer 15: ein höhergradiger Dammriss (III. oder IV.- Grades) vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden der Mutter vermeiden.

Der Mindestanforderung liegen zwei Empfehlungen der AWMF-Leitlinie S2k „Leitlinie zum Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt“ [15] zugrunde.

Es wird empfohlen einen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder einen Facharzt mit koloproktologischer Expertise bei Unsicherheit, ob es sich um einen höhergradigen Dammriss handelt oder nicht, hinzuzuziehen (Empfehlung 3.E2, s. 35).

Auch für die operative Versorgung der Dammverletzung wird empfohlen, einen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder einen Facharzt mit koloproktologischer Expertise im Operationsteam zur Verfügung stehen zu haben (Empfehlung 4.E5, S. 36).

Als mögliche Beschwerden nach höhergradigen Dammrissen werden Flatusinkontinenz, pathologischer Stuhldrang sowie Inkontinenz für flüssigen oder festen Stuhl in der Leitlinie angegeben. Die Beschwerden treten dabei häufiger auf, je weiter die Geburt zurückliegt.

Die NICE-Guideline „Intrapartum Care“ [42] empfiehlt ebenfalls die Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe, wenn die Verletzung nicht sicher diagnostiziert werden kann (Empfehlung 1.12.9). Bei einer Verletzung, für deren Behandlung eine chirurgische

Intervention oder eine Anästhesie benötigt wird, wird ebenfalls eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe empfohlen (Empfehlung 1.12.10).

Elnaim ALK et al. beschreiben in einem systematischen Review von 2025 sowohl die kurzfristigen Komplikationen nach geburtshilflichen analen Sphinkterverletzungen wie Infektionen, Wunddehiszenz, Schmerzen, Darmentleerungsstörungen und Stuhlinkontinenz als auch die langfristigen wie Stuhlinkontinenz und Sphinkterdysfunktion, sexuelle Dysfunktion und psychologische Beeinträchtigungen wie Angststörungen und Depressionen [24]. Dabei ist die zeitnahe Therapie und Rehabilitation mit einem multidisziplinären Team, welchem auch Chirurgen und Gynäkologen und Geburtshelfer angehören sollen, wichtig für das Langzeitoutcome.

Ein Dammriss Grad III oder IV erfordert eine ärztliche Diagnostik und Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt nach § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 legt als Mindestanforderung einen nicht abschließenden Katalog mit bundeseinheitlichen Überleitungskriterien im Sinne von § 2 Nummer 5 fest, welche das neugeborene Kind zum Gegenstand haben.

Nach der Geburt befinden sich Mutter und Kind noch für einige Zeit - bis zu mehreren Stunden - in der Betreuung der Hebamme, welche die Geburt betreut hat.

Während dieser Zeit kann es auch zu Verschlechterungen des Gesundheitszustandes des neugeborenen Kindes kommen. Die Überleitung in die ärztlich geleitete Geburtsbetreuung kann dann notwendig werden. Die in § 7 Abs. 4 dieser Richtlinie aufgeführten Kriterien für solch eine Überleitung sind nicht abschließend. Das Krankenhaus kann über diesen bundeseinheitlichen Kriterienkatalog hinaus weitere krankenhausesinterne verbindliche Überleitungskriterien gemäß § 5 Absatz 1 eigenverantwortlich festlegen, die mindestens den Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 entsprechen.

Die grundsätzlichen Ausführungen zur Überleitung gemäß Absatz 3 gelten entsprechend.

Die Evidenz zu den Kriterien für eine Überleitung gemäß § 7 Absatz 4 wurden aus den folgenden Referenzen abgeleitet:

Zu Nummer 1: eine Asphyxie vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden des Kindes vermeiden.

Der Mindestanforderung liegen unter anderem Angaben der AWMF-Leitlinie S2k „Betreuung von Neugeborenen in der Geburtsklinik“ [28] zugrunde, wonach bei einer (Laktat-) Azidose mit einem pH kleiner 7,0, einem Base Exzess kleiner -12mmol/l und /oder Zeichen einer hypoxisch ischämischen Enzephalopathie von einer Asphyxie ausgegangen werden muss. Zu den Zeichen der hypoxisch ischämischen Enzephalopathie gehören Bewusstseinsstörungen, Krampfanfälle, Hyperexzitabilität oder ein herabgesetzter Muskeltonus (Kapitel 4.7, S. 6).

Ein systematisches Review mit Metaanalyse aus 2022 zur Effektivität einer Hypothermiebehandlung bei neonataler hypoxischer Enzephalopathie konnte zeigen, dass durch die Hypothermiebehandlung neurologische Einschränkungen und Cerebralparese reduziert werden konnten. In high-income-countries konnte zudem eine signifikante Reduktion der Mortalität nach 18 bis 24 Monaten gezeigt werden [36]. Das Outcome „Tod oder Behinderung“ war ebenfalls in high-income countries signifikant niedriger nach Hypothermiebehandlung. Die 39 in die Auswertung eingeschlossenen Studien waren randomisierte kontrollierte Studien. Es wurden nur Studien eingeschlossen, die Neugeborene ab der 35. Schwangerschaftswoche mit perinataler Asphyxie und Enzephalopathie eingeschlossen hatten. Die perinatale Asphyxie wurde dabei von ein oder mehreren der folgenden Anzeichen definiert: Apgar-Wert kleiner oder gleich 5 nach 5 Minuten, Notwendigkeit der fortgesetzten Reanimation oder Atemunterstützung über mehr als 10 Minuten, arterieller pH kleiner 7,1 oder Base Defizit ab 12 innerhalb einer Stunde nach Geburt. Die Enzephalopathie musste nach einem Klassifikationssystem in der Studie klassifiziert worden sein. Die Hypothermiebehandlung musste innerhalb von 6 Stunden nach Geburt initiiert worden sein und weitere Anforderungen an die Länge der Behandlung und die Körpertemperatur mussten eingehalten worden sein.

Die europäische Reanimationsleitlinie für Neugeborene [33] enthält Angaben, wonach eine reduzierte Herzfrequenz unter 100 pro Minute und insbesondere unter 60 pro Minute auf eine Hypoxie hinweist. Bei zusätzlichen zur reduzierten Herzfrequenz unter 60 pro Minute vorliegenden Symptomen wie, keiner Reaktion auf Stimulation und nicht vorhandenem Muskeltonus, soll nach initialem Assessment die Reanimation begonnen und Hilfe angefordert werden (Abbildung 4, S. 8). Die Leitlinie empfiehlt aufgrund von Studien ebenfalls den Therapiebeginn einer Hypothermiebehandlung innerhalb von 6 Stunden nach Geburt, da bei späterem Beginn eine größere Unsicherheit bezüglich des Benefits besteht.

Eine Asphyxie erfordert eine ärztliche Diagnostik und ggf. Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt nach § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Nummer 2: ein Verdacht auf eine Anämie besteht

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden des Kindes vermeiden.

Der Mindestanforderung liegen Angaben der AWMF-Leitlinie S2k „Betreuung von (Neugeborenen in der Geburtsklinik“ [28] zugrunde, die durch ein interdisziplinäres Expertengremium erstellt wurde. Demnach soll bei Risikofaktoren oder dem Auftreten von klinischen Symptomen eine in der Neugeborenenversorgung erfahrene Kinder- und Jugendärztin oder ein Kinder- und Jugendarzt informiert werden, um die Indikation für weitere Interventionen zu stellen. Zu diesen Risikofaktoren gehört nach Leitlinie die Anämie. Als mögliche Ursachen sind eine chronische Plazentainsuffizienz, eine Übertragung oder fetale Blutverluste aufgeführt, die zu auffälliger Blässe führen können, oder zu einem auffälligen Hämoglobinwert in der Blutgasanalyse (Kapitel 6.4, S. 12).

Eine Anämie erfordert eine ärztliche Diagnostik und ggf. Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt nach § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Nummer 3: eine Anpassungsstörung (Transitionsstörung) vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden des Kindes vermeiden.

Der Mindestanforderung liegen Angaben der AWMF-Leitlinie S2k „Betreuung von (Neugeborenen in der Geburtsklinik“ [28] zugrunde, die durch ein interdisziplinäres Expertengremium erstellt wurde. Demnach soll bei Risikofaktoren oder dem Auftreten von klinischen Symptomen eine in der Neugeborenenversorgung erfahrene Kinder- und Jugendärztin oder ein Kinder- und Jugendarzt informiert werden, um die Indikation für weitere Interventionen zu stellen. Zu diesen Risikofaktoren gehört nach Leitlinie die Transitionsstörung, im Klinikalltag auch Anpassungsstörung genannt. Als Anzeichen einer gestörten Atmung bei Transitionsstörung werden eine Tachypnoe, expiratorisches Stöhnen, Blässe oder Zyanose beschrieben. Zur Diagnostik sollen eine pulsoximetrische Überwachung erfolgen. Zudem ist durch einen neonatologisch erfahrenen Arzt oder Ärztin weitere Untersuchungen wie eine Blutgasanalyse, Untersuchung auf Infektparameter, Röntgenbild oder Echokardiographie ggf. indiziert. Der Arzt oder die Ärztin sollen dann über eine Verlegung in eine Kinderklinik entscheiden (Kapitel 6.4, S. 12).

Nach der Neugeborenenreanimationsleitlinie sieht der Reanimationsalgorithmus bei Neugeborenen zunächst die Sicherung der Beatmung mit kontinuierlicher Überwachung der Sauerstoffsättigung vor. Zielwerte der Sauerstoffsättigung sind dabei an der rechten Hand 70-75% nach drei Minuten, 80-85% nach fünf Minuten und 85-95% nach zehn Minuten. Steigt die Herzfrequenz nach Inflation der Lungen nicht an, soll Hilfe angefordert werden [33].

Eine Transitionsstörung erfordert eine ärztliche Diagnostik und ggf. Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt nach § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Nummer 4: der Verdacht auf eine Ösophagusatresie besteht

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden des Kindes vermeiden.

Der Mindestanforderung liegen Angaben der AWMF-Leitlinie S2k „Betreuung von (Neugeborenen in der Geburtsklinik“ [28] zugrunde, die durch ein interdisziplinäres Expertengremium erstellt wurde. Demnach soll bei Risikofaktoren oder dem Auftreten von klinischen Symptomen eine in der Neugeborenenversorgung erfahrene Kinder- und Jugendärztin oder ein Kinder- und Jugendarzt informiert werden, um die Indikation für weitere Interventionen zu stellen. Zu diesen Risikofaktoren gehört nach Leitlinie die Ösophagusatresie.

Als mögliche klinische Symptome werden eine Atemstörung und ein vermehrter Speichelfluss aufgeführt sowie ein Polyhydramnion der Mutter. Zur Diagnostik wird eine Sondierung der Nasenwege und des Magens empfohlen (Kapitel 6.4, S. 12).

Der Verdacht auf eine Ösophagusatresie erfordert eine ärztliche Diagnostik und im weiteren auch Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt nach § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Nummer 5: eine Hypoglykämie vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden des Kindes vermeiden.

Der Mindestanforderung liegen Angaben der AWMF-Leitlinie S2k „Betreuung von (Neugeborenen in der Geburtsklinik“ [28] zugrunde, die durch ein interdisziplinäres Expertengremium erstellt wurde. Demnach soll bei Risikofaktoren oder dem Auftreten von klinischen Symptomen eine in der Neugeborenenversorgung erfahrene Kinder- und Jugendärztin oder ein Kinder- und Jugendarzt informiert werden, um die Indikation für weitere Interventionen zu stellen. Zu diesen Risikofaktoren gehört nach Leitlinie die Hypoglykämie. Bei Neugeborenen mit Risikofaktoren oder Hypoglykämiesymptomen ist eine Blutzuckerbestimmung noch im Kreißsaal nach 2-3 Stunden vorgesehen (Abbildung 2, S. 14). Als Risikofaktoren werden ein Gestationsdiabetes, eine Frühgeburtlichkeit, eine Azidose mit einem pH unter 7,1 oder ein Geburtsgewicht unterhalb der dritten oder oberhalb der 97. Perzentile angegeben. Als mögliche klinische Symptome werden Zitterigkeit, Irritabilität, Krampfanfälle, Apnoen, Tachypnoen, schwaches oder schrilles Schreien, Hypotonie, Lethargie und Trinkschwäche beschrieben. Zu den notwendigen Maßnahmen zählt neben Frühfütterung, Überwachung und Zuführung von Glukose, die Hinzuziehung eines Kinderarztes (Abbildung 1, S. 14).

In einem systematischen Review mit Metaanalyse von 2024 wurden insgesamt 17 Kohorten-Studien ausgewertet bezüglich der negativen Auswirkungen von Hypoglykämien auf neurologische Entwicklungsstörungen [23]. Es zeigte sich eine Assoziation zwischen einer Hypoglykämie und neurologischen Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit (2-5 Jahre) und in der mittleren Kindheit (6-11 Jahre). Zudem zeigten sich Assoziationen mit kognitiven Beeinträchtigungen, visuell-motorischen Einschränkungen und exekutiver Dysfunktion.

Eine Hypoglykämie erfordert eine ärztliche Diagnostik und Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt nach § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Nummer 6: ein Neugeborenenikterus vorliegt

Diese Mindestanforderung lässt sich dem Qualitätsziel einer sicheren Geburt für Schwangere, Gebärende und Neugeborenes nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 zuordnen.

Die Mindestanforderung soll einen Schaden des Kindes vermeiden.

Der Mindestanforderung liegen Angaben der AWMF-Leitlinie S2k „Betreuung von (Neugeborenen in der Geburtsklinik“ [28] zugrunde, die durch ein interdisziplinäres Expertengremium erstellt wurde. Demnach soll bei Risikofaktoren oder dem Auftreten von klinischen Symptomen eine in der Neugeborenenversorgung erfahrene Kinder- und Jugendärztin oder ein Kinder- und Jugendarzt informiert werden, um die Indikation für weitere Interventionen zu stellen. Zu diesen Risikofaktoren gehört nach Leitlinie der Neugeborenenikterus. Entwickelt sich dieser innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt, so soll nach Leitlinie eine Serumbilirubinkontrolle erfolgen sowie parallel die Blutgruppe mit Rhesusfaktor, Coombs-Test und Infektionsparametern bestimmt werden (Kapitel 6.4, S. 15).

Die NICE-Guideline „Jaundice in newborn babies under 28 days“ [43] gibt für Kinder mit einem Ikterus innerhalb der ersten 24 Lebensstunden gesonderte Empfehlungen. Demnach soll bei Verdacht auf einen Ikterus in diesem Zeitraum notfallmäßig innerhalb von zwei Stunden ein Serumbilirubin bestimmt werden (Empfehlung 1.2.10). Nachfolgend soll alle sechs Stunden gemessen werden bis der Serumbilirubinlevel stabil oder fallend ist und unterhalb des Grenzwertes liegt (1.2.11). Um pathologische Ursachen für den Ikterus auszuschließen, soll eine notfallmäßige ärztliche Vorstellung erfolgen, so schnell wie möglich und möglichst innerhalb von 6 Stunden (Empfehlung 1.2.13).

Ein Neugeborenenikterus, der im Kreißsaal noch festgestellt wird, erfordert eine ärztliche Diagnostik und ggf. Therapie, die über die selbständige Geburtsleitung durch eine Hebamme nach § 1 HebG hinausgeht. Es handelt sich damit um eine Regelwidrigkeit im Sinne des § 9 Absatz 4 Nummer 1f HebG, was dieses Kriterium als Mindestanforderung für den Ausschluss der hebammengeleiteten Betreuung unverzichtbar macht. Eine physiologische Geburt nach § 1 HebG liegt nicht vor.

Zu Absatz 5:

Satz 1 legt als Mindestanforderung fest, dass ab Beginn der aktiven Eröffnungsphase bis einschließlich der Nachgeburtsphase eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Hebamme zu gewährleisten ist. Für jede Entbindung soll nach Satz 2 in der aktiven Austrittsphase des Kindes eine zweite Hebamme anwesend sein. Zu diesen Mindestanforderungen hat das Krankenhaus zur Sicherung der Prozessqualität krankenhausesinterne verbindliche Regelungen gemäß § 5 Absatz 1 eigenverantwortlich festzulegen, die mindestens den Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 entsprechen müssen.

Die Mindestanforderungen für die hebammengeleitete Betreuung sind nicht erfüllt, wenn die Anforderung der Eins-zu-Eins-Betreuung gemäß Satz 1 entsprechend der Definition in der AWMF-Leitlinie S3 Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ [8] mit Beginn der aktiven Eröffnungsphase oder im Verlauf der Geburt nicht mehr erfüllt werden kann. Dies kann durch einen Mangel an Hebammen z.B. aufgrund kurzfristiger Personalausfälle entstehen (vgl. zur erforderlichen Personalplanung des Krankenhauses auch die Erläuterungen zu § 3 Absatz 1 und 2).

In der AWMF-Leitlinie S3 „Vaginale Geburt am Termin“ [8], S. 28, wird die Eins-zu-Eins Betreuung so definiert, dass möglichst kontinuierlich und durch eine Hebamme eine Betreuung der Gebärenden, der Mutter und des Neugeborenen ab der aktiven Eröffnungsphase und in der Austrittsphase erfolgt unter Berücksichtigung bestehender Arbeitszeitmodelle. Die Geburtsbetreuung umfasst dabei nicht nur medizinische Maßnahmen,

sondern auch Maßnahmen zur emotionalen Unterstützung, die Bereitstellung von Informationen sowie die Fürsprache für die Frau.

Ein Cochrane-Review von Sandall et al. aus dem Jahr 2024 untersuchte in 17 Studien die Effekte von hebammengeleiteter Geburtsbetreuung und anderen Betreuungsmodellen auf die Gebärende und das Neugeborene. Es wurde gezeigt, dass bei hebammengeleiteter Geburtsbetreuung mehr vaginale Entbindungen (Risk Ratio 1,05, moderate Evidenz nach GRADE), weniger Kaiserschnittentbindungen (Risk Ratio 0,91, moderate Evidenz nach GRADE) und weniger vaginal-operative Interventionen (Risk Ratio 0,89, moderate Evidenz nach GRADE) und Dammschnitte (Episiotomien) (Risk Ratio 0,83, niedrige Evidenz nach GRADE) durchgeführt wurden [47]. Ungünstige Ereignisse, wie neonataler Tod oder niedriger Apgar nach 5 Minuten traten nicht häufiger auf. Frauen, die in einem hebammengeleiteten Geburtssetting betreut wurden, berichteten über positivere Erfahrungen in Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett.

In der retrospektiven Studie zum Bonner Hebammenkreißsaal von Merz W et al. [39] wurde eine Nicht-Unterlegenheit der hebammengeleiteten Geburten für den Geburtsmodus und peripartale Blutungen gezeigt sowie für das Neugeborenen-Outcome, welches eines der Merkmale 5 Minuten Apgar kleiner 7, arterieller Nabelschnur-pH kleiner 7,1 oder ungeplante postnatale Verlegung enthielt. Es zeigten sich Vorteile hinsichtlich der Geburtsdauer, vaginal-operativer Geburten, Periduralanästhesien sowie der Durchführung von Episiotomien. Der Bonner Hebammenkreißsaal wurde in Anlehnung an das Handbuch Hebammenkreißsaal betrieben [49], nach dem die Eins-zu-Eins Betreuung ein wesentliches Kriterium der hebammengeleiteten Betreuung darstellt.

In den Strukturanforderungen des Hebammenkreißsaals des DHVs [34] ist die Eins-zu-Eins Betreuung ebenfalls unbedingter Bestandteil dieser Anforderungen.

Die Eins-zu-Eins-Betreuung stellt daher nach Konsentierung in den interdisziplinären Beratungen des G-BA, an welchen nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, eine Mindestanforderung an die hebammengeleitete Betreuung dar. Das Krankenhaus gewährleistet dies mit dem Beginn der aktiven Eröffnungsphase (Muttermundöffnung von ca. 4-6 cm) [8], Langfassung der Leitlinie S. 25, und bis zum Verlassen des Kreißsaals von Mutter und Neugeborenen. Die Voraussetzung der Eins-zu-Eins-Betreuung kann als noch erfüllt qualifiziert werden, wenn es im Verlauf der hebammengeleiteten Betreuung zu einem unverzüglichen Wechsel der betreuenden Hebamme kommt. Diese Wechsel sollten im Sinne der Kontinuität und Qualität der hebammengeleiteten Betreuung nur in begründeten Fällen z.B. aufgrund von Schichtwechsel, zur Vermeidung von Konflikten oder auf Wunsch der Gebärenden vorgenommen werden. Das Krankenhaus berücksichtigt in seinen Planungen zum Personaleinsatz und zur Dienstplangestaltung zum Beispiel durch Bereitschaftsdienste, dass mit Beginn der aktiven Austrittsphase eine zweite Hebamme anwesend sein soll. Diese Anforderung ist sowohl im Handbuch Hebammenkreißsaal [49] als auch in den Strukturanforderungen des DHV [34] aufgeführt.

Die Neugeborenenreanimationsleitlinie empfiehlt für Hausgeburten die Anwesenheit von zwei Gesundheitsfachkräften, von denen mindestens eine kompetent sein sollte für die Beatmung, die positiv-Druck-Beatmung und die Herzdruckmassage [33].

Im Hebammenhilfevertrag nach § 134 a SGB V, der zwischen den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen und dem GKV-Spitzenverband geschlossen wird [32] ist die Hinzuziehung einer zweiten Hebamme zur Geburt möglich und abrechnungsfähig.

Die Regelung, dass eine zweite Hebamme mit Beginn der aktiven Austrittsphase ebenfalls anwesend sein soll, wurde in der AG des G-BA in welcher nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, konsentiert.

Durch die vom Krankenhaus eigenverantwortlich festzulegenden internen Regelungen gemäß § 5 ist zur Sicherung der Prozessqualität insbesondere mit Blick auf die Personalplanung und den Personaleinsatz (vgl. hierzu auch die Erläuterungen zu § 3 Absatz 1 und Absatz 2) zu gewährleisten, dass jederzeit etwaige Anzeichen für Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf rechtzeitig erkannt werden.

Zu Absatz 6:

Absatz 6 bestimmt, dass ab Beginn der aktiven Eröffnungsphase unter Berücksichtigung des individuellen Geburtsverlaufs regelhaft eine Beratung der betreuenden Hebamme mit einer weiteren Hebamme erfolgt. Zu dieser Mindestanforderung hat das Krankenhaus zur Sicherung der Prozessqualität krankenhausesinterne verbindliche Regelungen gemäß § 5 Absatz 1 eigenverantwortlich festzulegen, die mindestens den Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 entsprechen müssen.

Das Krankenhaus berücksichtigt in seinen Planungen zum Personaleinsatz und zur Dienstplangestaltung zum Beispiel durch Anwesenheits- oder Bereitschaftsdienste, dass eine Hebamme zur kollegialen Beratung zur Verfügung steht.

Die Regelmäßigkeit der kollegialen Beratung könnte zum Beispiel durch Abstände von ca. 2 Stunden hergestellt werden. Die kollegialen Beratungen können eine Zusammenfassung des Geburtsverlaufs und ggf. eine gemeinsame Bewertung des CTGs oder der fetalen Auskultation beinhalten. Ein zeitgleicher Einsatz in der hebammengeleiteten Betreuung ist nach der vorliegenden Richtlinie nicht zwingend erforderlich. Die beratende Hebamme kann somit auch in der ärztlich geleiteten Betreuung tätig sein. Die kollegiale Beratung mit einer weiteren Hebamme führt nicht zu einem Wechsel der betreuenden Hebamme in der Eins-zu-Eins-Betreuung oder zu einem Übergang der Verantwortung.

Dieser Mindestanforderung liegt eine Vorgabe der Strukturanforderungen an den Hebammenkreißsaal des DHV [34] zugrunde. Sie wird gestützt durch die Neugeborenenreanimationsleitlinie, die für die hebammengeleitete häusliche Geburtsbetreuung die Anwesenheit einer zweiten Gesundheitsfachperson empfiehlt [33]. Diese Empfehlung ist dabei nicht auf die Austrittsphase oder die postpartale Phase begrenzt. Auch im Hebammenhilfevertrag ist die Anwesenheit der zweiten Hebamme sowie die Abrechnungsfähigkeit der Anwesenheit nicht auf die Austrittsphase begrenzt [32].

Die Regelung, dass eine zweite Hebamme mit Beginn der aktiven Eröffnungsperiode und unter Berücksichtigung des individuellen Geburtsverlaufs für regelhafte Beratungen mit der betreuenden Hebamme zur Verfügung steht, wurde in den Beratungen des G-BA, an welchen nach § 136a Abs. 7 SGB V die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen beteiligt waren, konsentiert.

Zu § 8 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen

§ 8 regelt für diese auf der gesetzlichen Grundlage von § 136a Absatz 7 SGB V beschlossenen Richtlinie gemäß § 137 Absatz 1 SGB V die Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen nach §§ 3 und 4 sowie §§ 6 und 7.

Die in den §§ 3, 4 sowie §§ 6 und 7 festgelegten Mindestanforderungen dienen damit der Erhöhung der Patientensicherheit durch risikomindernde Vorgaben.

Zu Absatz 1:

Absatz 1 legt fest, dass für die Feststellung der Nichteinhaltung von Mindestanforderungen und die entsprechende Durchsetzung von Maßnahmen das Krankenhaus und die Krankenkassen verantwortlich sind.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 bestimmt, dass für vom Krankenhaus erbrachte hebammengeleitete Betreuungen von Entbindungen im Sinne dieser Richtlinie, bei denen die Mindestanforderungen nach §§ 3 und 4 sowie §§ 6 und 7 nicht eingehalten wurden, der Vergütungsanspruch entfällt. Es werden die für die Rechtsfolge relevanten Mindestanforderungen normiert, deren Nichteinhaltung zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs führt. Für vom Krankenhaus erbrachte hebammengeleitete Betreuungen von Entbindungen im Sinne dieser Richtlinie, bei denen die Mindestanforderungen nach §§ 3 und 4 sowie §§ 6 und 7 nicht eingehalten wurden, entfällt daher der Vergütungsanspruch.

Die Erfüllung der in dieser Richtlinie normierten Mindestanforderungen stellen die notwendige Voraussetzung dafür dar, damit die Leistungserbringung in Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Die maßgeblichen Mindestanforderungen beruhen auf gesicherten medizinischen Erkenntnissen. Sie sind unter Berücksichtigung des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes und bestehender Risiken der hebammengeleiteten Betreuung von Entbindungen gemäß § 24f SGB V für die Schwangere und Gebärende sowie den neugeborenen Kindern unverzichtbar, um die Leistungen insbesondere im Einklang mit dem Qualitätsgebot gemäß § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V zu erbringen (vgl. die maßgeblichen Erläuterungen zu den §§ 3 und 4 sowie §§ 6 und 7). Werden diese Mindestanforderungen nicht eingehalten, entsprechen die erbrachten Leistungen nicht dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, sodass die vom G-BA regelmäßig anzuordnende Rechtsfolge der Wegfall des Vergütungsanspruchs ist (vgl. BSG, Urteil vom 19. Dezember 2024, Az. B 1 KR 19/23 R, juris. Rn. 104 ff. BSG, Urteil vom 12. Juni 2025, Az. B 1 KR 30/23 R, juris Rn. 32 ff und Az. B 1 KR 26/24 R, juris Rn. 30 ff). In der Gesamtschau ist diese Rechtsfolge bei Nichteinhaltung der maßgeblichen Mindestanforderungen auch vorliegend verhältnismäßig. Begründete Anhaltspunkte von dieser Rechtsfolge des regelhaften Vergütungswegfalls abzusehen und eine wenige belastende Rechtsfolge festzulegen sind nicht ersichtlich.

Zu § 9 Nachweisverfahren

§ 9 regelt das Nachweisverfahren.

Zu Absatz 1:

Mit dem standortbezogenen Nachweis hinsichtlich der Erfüllung der Mindestanforderungen der Richtlinie in Form einer Konformitätserklärung gemäß Anlage 2 ist gegenüber dem jeweils zuständigen Landesverband der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Leistungsaufnahme, also das Angebot der hebammengeleiteten Betreuung, anzuzeigen.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 bestimmt, dass der standortbezogene Nachweis der Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie ab dem Jahr 2026 nach Inkrafttreten der Richtlinie jährlich zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember gegenüber dem jeweils zuständigen Landesverband der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu führen ist. Die Krankenkassen erhalten als Kostenträger für die Leistung der Entbindung gemäß § 24f SGB V die Information über das Angebot der hebammengeleiteten Betreuung. Die Frist für die Übermittlung der Konformitätserklärung wurde im Sinne der Vereinheitlichung mit Fristen aus anderen Richtlinien gewählt.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 bestimmt, dass zur Übermittlung der Anzeige gemäß Absatz 1 und der Bestätigung gemäß Absatz 2 der GKV-Spitzenverband jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres ein verbindliches Verzeichnis der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht. Das Verzeichnis enthält die Namen und Adressen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die zuständigen Abteilungen sowie die entsprechenden E-Mail-Adressen.

Das Krankenhaus kann so seinen Pflichten nachkommen und weiß, wer seine für ihn zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sind und an wen es folglich die Daten zu übermitteln hat.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 bestimmt, dass die Kontrollen zur Einhaltung von Anforderungen dieser Richtlinie in der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie gemäß § 137 Absatz 3 SGB V zu regeln sind. Die hierzu erforderliche normative Festlegung des Prüfverfahrens zu dieser Richtlinie in der MD-QK-RL steht noch aus.

Zu § 10 Qualitätsziele und Evaluation

§ 10 bestimmt die Qualitätsziele und die Evaluation.

Zu Absatz 1:

Absatz 1 bestimmt, dass die dort festgelegten Qualitätsziele der Richtlinie im Rahmen der beabsichtigten und noch zu beauftragenden Evaluation zu berücksichtigen sind. Die Qualitätsziele dieser Richtlinie dienen als Maßgabe für die sich daraus ergebenden Anforderungen und als Grundlage für die Evaluation dieser Richtlinie.

Zu Nummer 1:

Die hebammengeleitete Betreuung verfolgt das Ziel die physiologische Geburt in den Vordergrund zu stellen und zu fördern. Interventionen und medizinische Eingriffe können durch eine kontinuierliche Eins-zu-Eins Betreuung durch Hebammen unter der Geburt reduziert werden. Es wird angestrebt, den natürlichen Verlauf der Geburt abzuwarten und zu

unterstützen. Insbesondere die Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Hebamme führt nach Angaben in der AWMF S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin zu mehr vaginalen Geburten, weniger Kaiserschnitten und weniger höhergradigen Dammrissen [8]. Zudem sei eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Hebamme mit einem geringeren Einsatz von Wehenmitteln unter der Geburt assoziiert. Die GEsCHick-Studie [39] des Universitätsklinikums Bonn konnte belegen, dass die untersuchten hebammengeleiteten Geburtsbetreuungen die gleiche Sicherheit für Gebärende und Neugeborenes boten, weniger Interventionen erfolgten und ein klares Regelwerk vorlag.

Zu Nummer 2:

Die Gewährleistung der sicheren Geburt ist ein globales Ziel in der Geburtshilfe. Eine besondere Verantwortung für das Krankenhaus liegt in der gewissenhaften Identifikation von Schwangeren und Gebärenden, für die eine hebammengeleitete Betreuung der Geburt möglich ist. Während des Geburtsverlaufs muss sichergestellt sein, dass rechtzeitig für die Gebärende und das Neugeborene Abweichungen vom physiologischen Verlauf während der Geburt und postpartal und postnatal erkannt werden und Ärztinnen und Ärzte eingebunden werden bzw. die Gebärende und/oder das Neugeborene in die ärztlich geleitete Betreuung übergeleitet werden.

Zu Nummer 3:

Das Ziel der Vermeidung von Versorgungsrisiken ist ein globales Ziel in der Geburtshilfe und umfasst auch die hebammengeleitete Betreuung im Sinne dieser Richtlinie. Die hebammengeleitete Betreuung, als ein zusätzliches freiwilliges Angebot der Krankenhäuser in der Geburtshilfe, soll die Wahlmöglichkeiten der Schwangeren und Gebärenden im Rahmen der klinischen Geburt vergrößern. Die Richtlinie zur Qualitätssicherung der hebammengeleiteten Betreuung in Kreißsälen (QHKs-RL) bezieht sich explizit auf die besonderen Bedingungen der hebammengeleiteten Betreuung und trifft Regelungen, den Versorgungsrisiken entgegenzuwirken.

Zu Nummer 4:

Die Richtlinie bestimmt die Mindestanforderungen an die notwendigen Strukturen, die Personalausstattung und die Prozesse für die hebammengeleitete Betreuung von Geburten. So können Schwangere und Gebärende davon ausgehen, dass bundesweit die hebammengeleitete Betreuung nach dieser Richtlinie einem klaren Regelwerk unterliegt, das einen einheitlichen Versorgungsstandard sichert.

Zu Nummer 5:

Dieses Ziel entspricht dem Wunsch von Schwangeren und Gebärenden nach einer natürlichen Geburt mit einer durchgehenden, zugewandten und auf die Bedürfnisse ausgerichteten Betreuung, die alles medizinisch Notwendige leistet, was bei einer hebammengeleiteten Betreuung möglich ist. Im Falle von Komplikationen oder dem Wunsch der Gebärenden, steht eine ärztlich geleitete Betreuung zur Versorgung unverzüglich zur Verfügung.

Zu Nummer 6:

Die Förderung der Zusammenarbeit ist ein wesentliches Ziel, da die Arbeit in der hebammengeleiteten Betreuung eine enge Abstimmung mit allen Gesundheitsberufen, die Teil des geburtshilflichen Teams des Krankenhauses sind, erfordert. Dementsprechend ist im Aufbau und der Umsetzung der hebammengeleiteten Betreuung an einem

Krankenhausstandort eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit erforderlich. Dies umfasst die gemeinsame Arbeit an den Kriterien zur Beurteilung des physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs bis hin zur Planung und Durchführung von Fortbildungen. Es wird ein gemeinsames Verständnis bezüglich der beruflichen Grenzen geschaffen, das im geburtshilflichen Team akzeptiert wird. Die von der leitenden, angestellten Hebamme und der leitenden Ärztin oder dem leitenden Arzt der für die Geburtshilfe zuständigen Fachabteilung des Krankenhauses erarbeiteten Regelungen zur hebammengeleiteten Betreuung werden implementiert und entsprechend der Verantwortungsbereiche der einzelnen Berufsgruppen umgesetzt. Mit der Implementierung der Strukturen und Prozesse kann eine Förderung der Zusammenarbeit der Hebammen mit anderen Professionen wie z.B. Ärzten der Geburtshilfe erreicht werden.

Zu Nummer 7:

Studien kommen zu dem Ergebnis, dass hebammengeleitete Betreuungsmodelle eine größere Zufriedenheit bei den Schwangeren und Gebärenden bewirken [47], [53]. Als wesentliche Aspekte werden die Förderung der Eigenständigkeit und Selbst- und Mitbestimmung der Gebärenden, die Unterstützung bei der Bewältigung der Herausforderungen der Geburt und der frühen Elternschaft durch die Stärkung der weiblichen Kompetenz sowie ein Zugewinn an Lebensqualität und Zufriedenheit durch ein gelungenes Geburtserlebnis beschrieben. Personen, die eine kontinuierliche persönliche Betreuung während der Geburt erfahren haben, erhielten intrapartal seltener Schmerzmittel, erlebten häufiger eine Spontangeburt und waren zufriedener mit ihrer Betreuung und dem Geburtserlebnis.

Ergänzend zu den Zielen in der Richtlinie können die Hebammen in der hebammengeleiteten Betreuung ihre Fachkenntnisse und Fähigkeiten gemäß ihrer Ausbildung bei physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverläufen entfalten. Hebammen können in der hebammengeleiteten Betreuung bei physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverläufen auch im klinischen Sektor eigenverantwortlich Geburten leiten. Dies kann einen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität des Arbeitsplatzes im Krankenhaus für Hebammen leisten.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 bestimmt, dass der G-BA eine Evaluation beauftragt, hinsichtlich der Auswirkungen und des Umsetzungsstandes dieser Richtlinie sowie die Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele. Ferner regelt er, dass der G-BA auf Basis der Evaluationsergebnisse die Notwendigkeit der Anpassung dieser Richtlinie prüft. Von besonderer Relevanz ist es, die Auswirkungen auf die Anzahl der Krankenhäuser, die eine hebammengeleitete Betreuung etabliert haben, sowie Umsetzungshindernisse und erwünschte und unerwünschte Auswirkungen aufzuzeigen.

Zur Anlage 1 (zu § 5 QHKS-RL):

Bei der Anlage 1 handelt es sich um eine Checkliste für Kriterien gemäß den §§ 6 und 7. Für die Normanwendung bleiben ausschließlich die jeweiligen Inhalte der vorgenannten Paragraphen maßgeblich.

Zur Anlage 2 (zu § 9 Absatz 1 und 2 QHKS-RL):

Mit der vorliegenden Anlage 2 (Konformitätserklärung) zeigt das Krankenhaus gemäß § 9 Absatz 1 die Leistungsaufnahme gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen an bzw. bestätigt die Erfüllung der Mindestanforderungen der Richtlinie gemäß § 9 Absatz 2 ab dem Kalenderjahr 2026 jährlich zwischen dem 15. November und 31. Dezember gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

Durch Unterschrift und Stempel der Geschäftsführung oder Verwaltungsdirektion sowie durch Unterschrift der leitenden Hebamme bestätigt das Krankenhaus, dass die Anforderungen dieser Richtlinie gemäß den §§ 3 bis 7 vollständig erfüllt werden.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Mit der erstmaligen Nachweiserbringung entstehen je Einrichtung Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 190,81 Euro, in den Folgejahren sind es geschätzt 20,31 Euro.

Bei 120 Hebammenkreißsälen belaufen sich die einmaligen Bürokratiekosten durch die Nachweiserbringung auf geschätzt 22.897 Euro (120 x 190,81 Euro) und die jährlichen Bürokratiekosten auf geschätzt 2.437 Euro (120 x 20,31 Euro). Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage I**.

4. Verfahrensablauf

Am 13. Februar 2025 begann die Arbeitsgruppe Hebammengeleitete Kreißsäle (AG HKS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes. In 13 Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
19. Dezember 2024	Plenum	Einrichtung und Beauftragung der AG HKS zur Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V zum Thema Festlegung von Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden.
13. Februar 2025	AG-Sitzung	Beratung Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V
18. März 2025	AG-Sitzung	Beratung Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V
28. März 2025	AG-Sitzung	Beratung Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V
11. April 2025	AG-Sitzung	Beratung Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V
30. April 2025	AG-Sitzung	Beratung Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V
20. Mai 2025	AG-Sitzung	Beratung Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V
24. Juni 2025	AG-Sitzung	Beratung Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V
24. Juli 2025	AG-Sitzung	Beratung Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V

12. August 2025	AG-Sitzung	Beratung Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V
19. September 2025	AG-Sitzung	Beratung Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V
2. Oktober 2025	AG-Sitzung	Beratung Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V
14. November 2025	AG-Sitzung	Beratung Beauftragung des IQTIG zur Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V
11. Dezember 2025	AG-Sitzung	Beratung Beauftragung des IQTIG zur Erstfassung einer Richtlinie nach § 136a Abs. 7 Satz 1 SGB V
10. September 2025	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
5. November 2025	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahme
28. Januar 2026	Unterausschuss QS	Beschlussempfehlung
19. März 2026	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat sowie nach § 136a Abs. 7 Satz 2 SGB V der Deutsche Hebammen Verband (DHV), der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. (BfHD) und das Netzwerks der Geburtshäuser e. V. beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Qualitätssicherung der hebammengeleiteten Betreuung in Kreißsälen Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 10. September 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 15. September 2025 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage II**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 13. Oktober 2025.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 7. Oktober 2025 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage III**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. März 2026 beschlossen, die Richtlinie zur Qualitätssicherung der hebammengeleiteten Betreuung in Kreißsälen neu zu fassen.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat sowie der DHV, der BfHD und das Netzwerk der Geburtshäuser e. V. äußerten keine Bedenken.

6. Literaturverzeichnis

1. **Amiri A.** Role of nurses and midwives in improving patient safety during childbirth: evidence from obstetric trauma in OECD countries. Appl Nurs Res 2020;56:151343. <https://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151343>.
2. **Andraczek T, Magister S, Bautzmann S, Poppke S, Stepan H, Tauscher A.** Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal eines Perinatalzentrums - Lernkurve, Ergebnisse und Benchmark. Z Geburtshilfe Neonatol 2023;227(5):364-376. <https://dx.doi.org/10.1055/a-2082-2176>.
3. **Ärztekammer Nordrhein (Ed.).** Gutachtliche Entscheidungen aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein – veröffentlicht im Rheinischen Ärzteblatt in der Zeit von Januar 2016 bis Januar 2020; 7. Aufl. Düsseldorf: Ärztekammer Nordrhein; 2020.
4. **Bauer S, Kötter C.** Aktualisierte Kriterien für die außerklinische Geburtshilfe zur Entscheidung über den Geburtsort. Der Gynäkologe 2020;53(11):789-794. <https://dx.doi.org/10.1007/s00129-020-04687-z>.
5. **Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), Bundesamt für Justiz (BfJ).** Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (Arzneimittelverschreibungsverordnung - AMVV): vom 21. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3632), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 149) geändert worden ist [online]. Berlin (GER): BMJV; 2005. [Zugriff: 07.10.2026]. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/amvv/BJNR363210005.html>.
6. **Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG).** Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge; S3-Leitlinie, Langfassung, Version 3.0 [online]. AWMF-Registernummer: 057/008. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2018. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/057-008l_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2019-06-abgelaufen.pdf.
7. **Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin (DGA).** Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und Lungenembolie; S2k-Leitlinie, Version 5.5 [online]. AWMF-Registernummer: 057/008. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/065-002l_S2k_Venenthrombose-Lungenembolie_2023-09.pdf.
8. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi).** Vaginale Geburt am Termin; S3-Leitlinie; Langfassung, Version 1.1 [online]. AWMF-Registernummer: 015/083. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf.
9. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM).** Überwachung und Betreuung von Zwillingschwangerschaften; S2e-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer: 015/087. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 30.09.2026]. URL:

https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-087l_S2e_Ueberwachung-Betreuung-Zwillingsschwangerschaften_2020-05.pdf.

10. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).** Adipositas und Schwangerschaft; S3-Leitlinie, Langfassung, Version 1.1 [online]. AWMF-Registernummer: 015/081 Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2019. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-081l_S3_Adipositas-Schwangerschaft_2020_06.pdf.
11. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).** Die Sectio caesarea; S3-Leitlinie, Langfassung, Version 1.1 [online]. AWMF-Registernummer: 015/084 Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf.
12. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).** Fetale Wachstumsrestriktion; S2k-Leitlinie, Langfassung, Version 2.1 [online]. AWMF-Registernummer: 015/080. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2024. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-080l_S2k_Fetale-Wachstumsrestriktion_2024-10_1.pdf.
13. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).** Geburtseinleitung; S2k-Leitlinie, Langfassung, Version 1.1 [online]. AWMF-Registernummer: 015/088. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-088ladd_S2k_Geburtseinleitung_2021-04.pdf.
14. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).** Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft (HES): Diagnostik und Therapie; S2k-Leitlinie, Langfassung, Version 7.0 [online]. AWMF-Registernummer: 015/018. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2024. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-018l_S2k_Hypertensive-Erkrankungen-Schwangerschaft-HES-Diagnostik-Therapie_2024-07.pdf.
15. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).** Leitlinie zum Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt; S2k-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer: 015/079. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-079l_S2k_Dammriss-III-IV-Grades_2020-12_1.pdf.

16. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).** Nierenerkrankungen und Schwangerschaft; S2k-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer: 015/090. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-090l_S2k_Nierenerkrankungen-und-Schwangerschaft_2022-01.pdf.
17. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).** Peripartale Blutungen, Diagnostik und Therapie; S2k-Leitlinie, Langfassung, Version 2.2 [online]. AWMF-Registernummer: 015/063. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-063l_S2k_Peripartale_Blutungen_Diagnostik_Therapie_PPH_2022-09_2.pdf.
18. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).** Prävention und Therapie der Frühgeburt; S2k-Leitlinie, Langfassung, Version 5.0 [online]. AWMF-Registernummer: 015/025. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-025l_S2k_Praevention-Therapie-Fruehgeburt_2025-03-verlaengert.pdf.
19. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).** Schulterdystokie; S2k-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer: 015/098. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2024. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-098l_S2k_Schulterdystokie_2024-10_1.pdf.
20. **Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM).** Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe; S2k-Leitlinie, Langfassung, Version 4.0 [online]. AWMF-Registernummer: 087/002. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/087-002l_Indikationen-Einweisung-Schwangere-Krankenhaus-adaequade-Versorgungsstufe_2024-03.pdf.
21. **Deutscher Hebammenverband (DHV).** Der Hebammenkreißsaal [online]. Karlsruhe (GER): DHV; 2026. [Zugriff: 29.09.2026]. URL: <https://hebammenverband.de/hebammenkreissaal>.
22. **Deutscher Hebammenverband (DHV).** Hebammenkreißsaal HKS+ Anforderungskatalog für die Vergabe des HKS+ Zertifikat [online]. Karlsruhe (GER): DHV; 2026. [Zugriff: 29.09.2026]. URL: https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2025/12/2025-12_HKSAnforderungskatalog.pdf.
23. **Diggikar S, Trif P, Mudura D, Prasath A, Mazela J, Ognean ML, et al.** Neonatal hypoglycemia and neurodevelopmental outcomes-an updated systematic review and meta-analysis. Life (Basel) 2024;14(12):1618. <https://dx.doi.org/10.3390/life14121618>.
24. **Elnaim ALK, Wong MPK, Sagap I.** Obstetric anal sphincter injuries (OASIS) and secondary repair (overlapping sphincteroplasty) in a colorectal unit: case series. Ann Med Surg (Lond) 2025;87(5):2555-2561. <https://dx.doi.org/10.1097/MS9.0000000000003253>.

25. **Finnsdottir SK, Maghsoudlou P, Pepin K, Gu X, Carusi DA, Einarsson JI, et al.** Uterine rupture and factors associated with adverse outcomes. Arch Gynecol Obstet 2023;308(4):1271-1278. <https://dx.doi.org/10.1007/s00404-022-06820-w>.
26. **Fu L, Song Z, Cao J, Hu X, Zhao D, Wang Q, et al.** Risk factors for pregnancy-related uterine rupture following laparoscopic myomectomy: a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2025;104(40):e44363. <https://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000044363>.
27. **Gallos I, Williams CR, Price MJ, Tobias A, Devall A, Allotey J, et al.** Prognostic accuracy of clinical markers of postpartum bleeding in predicting maternal mortality or severe morbidity: a WHO individual participant data meta-analysis. Lancet 2025;406(10514):1969-1982. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01639-3](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01639-3).
28. **Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI).** Betreuung von Neugeborenen in der Geburtsklinik; S2k-Leitlinie, Langfassung, Version 4.0 [online]. AWMF-Registernummer: 024/005. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-005l_S2k_Betreuung-von-Neugeborenen-in-der-Geburtsklinik_2022-01-abgelaufen.pdf.
29. **Gesellschaft für Virologie (GfV), Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DfV).** Labordiagnostik schwangerschaftsrelevanter Virusinfektionen; S2k-Leitlinie, Langfassung, Version 2.0 [online]. AWMF-Registernummer: 093/001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/093-001l_S2k_Labordiagnostik-schwangerschaftsrelevanter-Virusinfektionen_2022-02.pdf.
30. **Gil Y, Badeghiesh A, Suarathana E, Mansour F, Capmas P, Volodarsky-Perel A, et al.** Risk of uterine rupture after myomectomy by laparoscopy or laparotomy. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2020;49(8):101843. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101843>.
31. **GKV-Spitzenverband der Krankenkassen.** Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen [online]. Berlin (GER): GKV-Spitzenverband der Krankenkassen; 2018. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/geburtshaeuser/Geburtshaeuser_Lesefassung_Ergaenzungsvertrag_134a_i_d_F_vom_26.11.2018_gueltig_ab_1.1.2019.pdf.
32. **GKV-Spitzenverband der Krankenkassen.** Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V [online]. Berlin (GER): GKV-Spitzenverband der Krankenkassen; 2026. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammenhilfevertrag_ab_26-04-01.pdf.
33. **Hogeveen M, Monnelly V, Binkhorst M, Cusack J, Fawke J, Kardum D, et al.** European Resuscitation Council Guidelines 2025 Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. Resuscitation 2025;215(Suppl 1):110766. <https://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110766>.
34. **Köbke A.** Strukturanforderungen an den Hebammenkreißsaal (HKS) als Standard für die hebammengeleitete Geburtshilfe in Deutschland. Hebammenforum 2024;25(5). <https://dx.doi.org/10.61047/HF525-1>.

35. **Mao H, Shen P.** Trial of labor versus elective cesarean delivery for patients with two prior cesarean sections: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2024;37(1):2326301. <https://dx.doi.org/10.1080/14767058.2024.2326301>.
36. **Mathew JL, Kaur N, Dsouza JM.** Therapeutic hypothermia in neonatal hypoxic encephalopathy: a systematic review and meta-analysis. *J Glob Health* 2022;12:04030. <https://dx.doi.org/10.7189/jogh.12.04030>.
37. **Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MD-Bund), GKV-Spitzenverband der Krankenkassen.** Übersicht zu internationalen Kriterienkatalogen zur Entscheidung über eine außerklinische Geburt als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung: überarbeitete Kriterien für die außerklinische Geburtshilfe zur Entscheidung über den Geburtsort [online]. Essen (GER): MD-Bund; 2020. [Zugriff: 30.09.2026]. URL: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Geburtshilfe/2_Synopse_deutsch.pdf.
38. **Merz WM.** Bestandsaufnahme der Hebammenkreißsäle in Nordrhein-Westfalen und Annäherung an ein „Best Practice“ Modell hebammengeleiteter Kreißsaal [online]. Bochum (GER): Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen (LfGA NRW); 2020. [Zugriff: 29.09.2026]. URL: https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/LZG_2016/_media/pdf/versorgung/hebammenkreissaal_abschlussbericht.pdf.
39. **Merz WM.** Medizinische Sicherheit des Versorgungskonzepts hebammengeleiteter Kreißsaal: eine retrospektive Kohortenstudie am Zentrum für Geburtshilfe des Universitätsklinikums Bonn [online]. Bochum (GER): Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen (LfGA NRW); 2020. [Zugriff: 29.09.2026]. URL: https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=_media/pdf/versorgung/hebammenkreissaal_bericht_medizinische_sicherheit.pdf.
40. **Middleton P, Shepherd E, Morris J, Crowther CA, Gomersall JC.** Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;7(7):CD004945. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub5>.
41. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Caesarean birth [online]. Last updated: 10.06.2025. London (GBR): NICE; 2021. [Zugriff: 30.09.2026]. (NICE guideline; 192). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>.
42. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Intrapartum care [online]. Last updated: 09.06.2026. London (GBR): NICE; 2023. [Zugriff: 30.09.2026]. (NICE guideline; 235). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>.
43. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Jaundice in newborn babies under 28 days [online]. Last updated: 31.10.2023. London (GBR): NICE; 2010. [Zugriff: 30.09.2026]. (Clinical guideline; 98). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98/resources/jaundice-in-newborn-babies-under-28-days-pdf-975756073669>.
44. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Twin and triplet pregnancy [online]. Last updated: 09.04.2024 London (GBR): NICE; 2019. [Zugriff: 30.09.2026]. (NICE guideline; 137). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng137/resources/twin-and-triplet-pregnancy-pdf-66141724389829>.
45. **Niemeyer A, Holzäpfel S, Gruber P, Lampmann E, Lütje W, Beckedorf I, et al.** Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten

- Geburten [online]. Bonn (GER): Bundesministerium für Gesundheit (BMG); 2018. [Zugriff: 29.09.2026]. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Hebammen-Gutachten_Abschlussbericht.pdf.
46. **Nordrhein Ä (Ed.).** Gutachtliche Entscheidungen aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein – veröffentlicht im Rheinischen Ärzteblatt in der Zeit von Mai 2000 bis November 2015; 6. Aufl. Düsseldorf: Ärztekammer Nordrhein; 2015.
 47. **Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D.** Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2016;4(4):CD004667. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>.
 48. **Sriram S, Almutairi FM, Albadrani M.** Midwife-led versus obstetrician-led perinatal care for low-risk pregnancy: a systematic review and meta-analysis of 1.4 million pregnancies. J Clin Med 2024;13(22):6629. <https://dx.doi.org/10.3390/jcm13226629>.
 49. **Verbund Hebammenforschung.** Handbuch Hebammenkreißaal: von der Idee zur Umsetzung [online]. Osnabrück (GER): Fachhochschule Osnabrück; 2007. [Zugriff: 29.09.2026]. URL: https://www.hebammenforschung.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Hebammenforschung/Handbuch_Hebammenkreissaal.pdf.
 50. **Wennerholm UB, Saltvedt S, Wessberg A, Alkmark M, Bergh C, Wendel SB, et al.** Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEDish Post-term Induction Study, SWEPIIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. BMJ 2019;367:l6131. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.l6131>.
 51. **World Health Organization (WHO).** Care in normal birth: a practical guide, report of a technical working group [online]. Genf (SUI): WHO; 1996. [Zugriff: 01.10.2026]. URL: <https://www.glowm.com/pdf/CareInNormalBirth-WHO-1996-CustomLicense.pdf>.
 52. **World Health Organization (WHO).** Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage. [online]. Genf (SUI): WHO; 2025. [Zugriff: 01.10.2026]. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/88bf11a5-93b6-4d6b-bdaa-856b46c8ed3c/content>.
 53. **World Health Organization (WHO).** WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [online]. Genf (SUI): WHO; 2018. [Zugriff: 01.10.2026]. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ba043cf7-cba4-484d-bf7e-ec79c4102d54/content>.
 54. **Yunas I, Islam MA, Sindhu KN, Devall AJ, Podsek M, Alam SS, et al.** Causes of and risk factors for postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2025;405(10488):1468-1480. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00448-9](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00448-9).

7. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage I: Bürokratiekostenermittlung

Anlage II: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf über eine Neufassung der Richtlinie zur Qualitätssicherung der hebammengeleiteten Betreuung in Kreißsälen sowie versandte Tragende Gründe

Anlage III: Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Berlin, den 19. März 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Erstfassung einer Richtlinie über sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in krankenhausbetriebenen und hebammengeleiteten Kreißsälen gemäß § 136a Absatz 7 SGB V

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen und Verwaltungsverfahren für die vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachteten Informationspflichten. Die Ermittlung entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Anforderungen an den Betrieb hebammengeleiteter Kreißsäle festgelegt. Hebammengeleitete Kreißsäle sind ein ergänzendes geburtshilfliches Angebot für Schwangere mit geringem Risiko. Die Betreuung erfolgt dabei eigenverantwortlich durch Hebammen. Bundesweit ist von rund 120 Einrichtungen dieser Art auszugehen.

In diesem Zusammenhang wird eine neue Informationspflicht für Krankenhäuser eingeführt. Ab dem Kalenderjahr 2026 müssen Krankenhäuser, die einen hebammengeleiteten Kreißsaal betreiben, mittels einer Konformitätserklärung gemäß § 9 Absatz 1 und 2 gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen anzeigen und jährlich zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember bestätigen, dass sie die Anforderungen der Richtlinie vollständig erfüllen. Erfolgt die Bestätigung nicht fristgerecht, gelten die Anforderungen als nicht erfüllt und es greifen die Rechtsfolgen nach § 8 der Richtlinie.

Die folgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die für das Nachweisverfahren erforderlichen Standardaktivitäten. Die darin aufgeführten Minutenwerte orientieren sich weitgehend an den Zeitwerten der Standardkosten-Modell-Zeitwerttabelle:

Tabelle 1: Zeitlicher Aufwand für Erfüllung Nachweisverfahren

Standardaktivität	Min	Qualifikationsniveau	BK je Einrichtung	Frequenz
Einarbeitung in die Informationspflicht	120	hoch (62,0 €/h)	124,0	einmalig/im ersten Jahr
Datenbeschaffung	60	hoch (62,0 €/h)	62,0	einmalig/im ersten Jahr
	15	hoch (62,0 €/h)	15,5	jährlich/ Folgejahre
Formulare ausfüllen (Ausfüllen der Checkliste)	3	hoch (62,0 €/h)	3,10	jährlich
Datenübermittlung (Übermittlung der Checkliste)	1	mittel (34,2 €/h)	0,57	jährlich
Archivieren	2	mittel (34,2 €/h)	1,14	jährlich
Gesamt	186		190,81	einmalig/im ersten Jahr
	21		20,31	jährlich

Mit der erstmaligen Nachweiserbringung entstehen je Einrichtung Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 190,81 Euro, in den Folgejahren sind es geschätzt 20,31 Euro.

Bei 120 Hebammenkreißsälen belaufen sich die einmaligen Bürokratiekosten durch die Nachweiserbringung auf geschätzt 22.897 Euro ($120 \times 190,81$ Euro) und die jährlichen Bürokratiekosten auf geschätzt 2.437 Euro ($120 \times 20,31$ Euro).



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie
über sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität
der Versorgung in krankenhausbetriebenen und
hebammengeleiteten Kreißsälen
gemäß § 136a Absatz 7 SGB V

<i>Folgedissens</i>	
GKV-SV/PatV	DKG/DHV/LV
Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung in hebammengeleiteten Kreißsälen ([GKV-SV: QHKS-RL / PatV: HgK-Q-RL oder QHgK-RL])	Richtlinie zur Qualitätssicherung in Hebammenkreißsälen (QHKS-RL)

Stand: 10.09.2025; nach Sitzung des Unterausschusses

Legende:

Dissente Positionen sind **gelb hinterlegt**

Folgedissense sind **grau hinterlegt**

Redaktionelle Hinweise/redaktionell anzupassende Passagen sind **[kursiv dargestellt und grau hinterlegt]**

Vom TT.MM.JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT.MM.JJJJ die Richtlinie über sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in krankenhausbetriebenen und hebammengeleiteten Kreißsälen gemäß § 136a Absatz 7 SGB V beschlossen:

„I.

GKV-SV/PatV/NWGH	DKG/DHV/LV
Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung in hebammengeleiteten Kreißsälen ([GKV-SV: QHKS-RL/PatV: HgK-Q-RL oder QHgK-RL]))	Richtlinie zur Qualitätssicherung in Hebammenkreißsälen (QHKS-RL)

§ 1 Regelungsgegenstand

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt gemäß § 136a Absatz 7 SGB V geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen fest, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden

Folgedissens zum vorangehenden Dissens	
GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
(Hebammenkreißsaal; HKS).	(Hebammengeleiteter Kreißsaal; HgK).

(2) Diese Richtlinie regelt die Qualitätsanforderungen an [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern. Die Qualitätsanforderungen sind am Standort zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit der Vereinbarung nach § 2a Absatz 3 und 4 KHG zugrunde gelegt.

GKV-SV/PatV	DKG/DHV
[keine Übernahme]	(3) Gemäß § 39 Absatz 2 Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) werden Krankenhausstandorte, die die in dieser Richtlinie festgelegten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen erfüllen, im Rahmen der Förderbeiträge für die Geburtshilfe mit einem jährlichen Finanzierungsvolumen von 20 Millionen Euro gefördert.

§ 2 Ziele

Die Ziele der Richtlinie umfassen:

1. die Förderung der physiologischen Geburt durch eine kontinuierliche Hebammenbetreuung
2. die Gewährleistung einer sicheren Geburt für Schwangere und Gebärende und Neugeborene im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK]
3. die Vermeidung von Versorgungsrisiken
4. die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Schwangeren und Gebärenden und Neugeborenen zur Gewährleistung eines bundesweit einheitlichen Versorgungsstandards im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK]
5. eine am Bedarf und den Bedürfnissen der Frau und des Kindes orientierte Geburtshilfe und einen daran ausgerichteten Gebrauch medizinischer notwendiger Interventionen
6. die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit der im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] tätigen Hebammen mit den am Standort des Krankenhauses tätigen Gesundheitsberufe.
7. Förderung eines positiven Geburtserlebens.

§ 3 Betreuungsmodell [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK]

GKV-SV/DKG/LV	PatV
(1) Der HKS ist ein hebammengeleitetes, geburtshilfliches Betreuungsmodell, welches in einem Krankenhaus zusätzlich zum [GKV-SV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal angeboten werden kann. In einem HKS können auf Wunsch Gebärende, bei denen ein physiologischer Schwangerschaftsverlauf vorliegt und ein physiologischer Geburtsverlauf erwartet wird, in einem durchgängig hebammengeleiteten Betreuungsmodell eigenverantwortlich von Hebammen betreut werden. Ein HKS bedarf einer engen Zusammenarbeit mit dem [GKV-SV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal des Krankenhausstandortes. Das Betreuungsmodell HKS kann räumlich in den [GKV-SV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal integriert sein. Es kann ebenso in eigenen Räumlichkeiten am	(1) Der HgK ist ein hebammengeleitetes ergänzendes geburtshilfliches Betreuungsmodell in einem Krankenhaus gemäß § 1 Absatz 2. In diesem betreuen Hebammen in einem durchgängig hebammengeleiteten Betreuungspfad eigenverantwortlich [PatV prüft: gesunde] Schwangere und Gebärende und [PatV prüft: gesunde] Neugeborene bei einem physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf und somit auch nach außen transparent, in Unterscheidung zum ärztlich geleiteten, interprofessionellen Kreißsaal mit gegebenen Facharztstandard. Der HgK arbeitet in enger Zusammenarbeit mit dem ärztlich geleiteten Kreißsaal. Dabei ist der HgK als Betreuungsmodell in der Regel räumlich in den ärztlich geleiteten Kreißsaal integriert. Er kann auch in eigenen Räumlichkeiten in enger räumlicher Nähe zum ärztlich geleiteten Kreißsaal umgesetzt werden. (2) [PatV prüft: In Abhängigkeit von der/ Im Fall einer] Abweichung vom physiologischen

Krankenhausstandort umgesetzt werden.	Schwangerschafts- und Geburtsverlauf erfolgt vor, während oder nach der Geburt ein Ausschluss der Schwangeren, der Gebärenden oder der Neugeborenen von der Betreuung im HgK, eine ärztliche Konsultation oder eine Überleitung in den ärztlich geleiteten Kreißsaal.
(2) Das Betreuungsmodell HKS legt zu Grunde, dass eine kriteriengeleitete Einschätzung erfolgt, ob ein physiologischer Schwangerschaftsverlauf vorliegt, und ob ein physiologischer Geburtsverlauf zu erwarten ist und vorliegt. Mögliche Abweichungen können im Verlauf die Hinzuziehung einer Ärztin oder eines Arztes oder die Geburt im [GKV-SV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal erfordern.	(3) Auf Wunsch der Schwangeren und Gebärenden erfolgt jederzeit die Überleitung vom HgK in die Betreuung des ärztlich geleiteten Kreißsaals.

§ 4 Personelle Anforderungen

(1) Die Leitung des [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] muss einer

GKV-SV/PatV	DKG/DHV/LV
in dem Krankenhaus angestellten	[keine Übernahme]

Hebamme übertragen werden. Die Stellvertretung der Leitung muss ebenfalls einer

GKV-SV/PatV	DKG/DHV/LV
angestellten	[keine Übernahme]

Hebamme übertragen werden.

(2) Die Leitung und stellvertretende Leitung des [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] kann auch von einer

GKV-SV/PatV	DKG/DHV/LV
angestellten	[keine Übernahme]

hebammenhilflichen Leitung des [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaals übernommen werden

GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
[keine Übernahme]	, sofern sie von der unmittelbaren Patientenversorgung befreit ist.

(3) Die hebammenfachliche Leitung soll eine mindestens

GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
zweijährige	dreijährige

hauptberufliche praktische Tätigkeit in der Geburtshilfe nach Abschluss der Ausbildung zur Hebamme nachweisen, die innerhalb der letzten acht Jahre vor Beginn der fachlichen Leitung erbracht wurde.

GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
--------------------------	-------------

[keine Übernahme]	Zudem ist das Absolvieren eines Leitungslehrgangs notwendig. Die nachweislich getroffenen Regelungen (Organisationsstatut) müssen eine sachgerechte Ausübung der Leitungsfunktion sicherstellen.
-------------------	--

(4) Das Krankenhaus stellt die Einarbeitung von Hebammen, die ihre hebammenhilfliche Tätigkeit neu oder wieder im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] aufnehmen, unter Berücksichtigung der beruflichen Vorerfahrung nach einem strukturierten, schriftlich vorliegenden Einarbeitungsprogramm sicher.

(5) Die im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] tätigen Hebammen und zusammenarbeitenden Gesundheitsberufe sind anhand eines interprofessionellen Schulungs- und Fortbildungsprogramms für den [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] regelmäßig und verpflichtend entsprechend ihres Verantwortungsbereichs fortzubilden. Dieses umfasst auch die Inhalte der in dieser Richtlinie festgelegten Anforderungen an den [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK]. Das Krankenhaus stellt die Umsetzung nach Satz 1 sicher.

(6) Die Zahl der im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] anwesenden Hebammen richtet sich grundsätzlich nach der Anzahl der Schwangeren und Gebärenden unter der Geburt (aktive Eröffnungsphase) im Betreuungsmodell [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK].

GKV-SV/DKG/PatV	LV
Pro Schicht ist mindestens eine Hebamme anwesend, die Geburten im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] betreuen kann	Pro Schicht ist mindestens eine Hebamme verfügbar, die befähigt und grundsätzlich bereit ist, Geburten im HKS zu betreuen.

GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
[keine Übernahme]	und nicht gleichzeitig für den ärztlich geleiteten, interprofessionellen Kreißaal die Präsenz gewährleisten muss.

Für die Betreuung im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] ist eine ausreichende Ausstattung von Hebammen in Vollzeitäquivalenten im Verhältnis zu der Anzahl der Geburten pro Jahr durch das Krankenhaus vorzuhalten.

§ 5 Anforderungen an die Infrastruktur

(1) Dem Standort ist eine der Leistungsgruppen der Leistungsgruppen-Nummern 42-45 der Anlage 1 zu § 135e SGB V gemäß § 6a KHG zugewiesen. Der Standort muss einen [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißaal betreiben, mit dem der [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] zusammenarbeitet. Abweichend von Satz 1 können Krankenhäuser bis zum 31. Dezember 2026 die Betreuung im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] weiterführen, wenn sie über eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie (Frauenheilkunde) und Geburtshilfe verfügen.

(2) Der [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] muss über eine Ausstattung verfügen, die die Durchführung komplikationsloser Geburten sowie eine Notfallversorgung der Schwangeren und Gebärenden und des Neugeborenen bei nicht vorhersehbaren Komplikationen unmittelbar vor, unter oder nach der Geburt bis zur Übernahme durch das ärztliche Personal mit der Überleitung in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißaal bzw. Verlegung in ein anderes Krankenhaus ermöglicht.

GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
[keine Übernahme]	Eine neonatale Reanimationseinheit ist im HgK vorzuhalten.

GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
[keine Übernahme]	Die Ausstattung der Gebärumgebung im HgK trägt darüber hinaus zur Förderung der physiologischen Geburt bei. Verschiedene Gebärpositionen sind zu ermöglichen.

§ 6 Anforderungen für die Betreuung im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK]

(1)

GKV-SV/DKG/DHV/PatV	LV
Im [GKV-SV/DKG/DHV: HKS/ PatV: HgK] können nur Schwangere, Gebärende und Neugeborene, bei denen ein physiologischer Schwangerschafts- und Geburtsverlauf zu erwarten ist, betreut werden.	Im HKS können nur Schwangere, bei denen ein physiologischer Schwangerschafts- und Geburtsverlauf zu erwarten ist, sowie Gebärende, bei denen ein physiologischer Geburtsverlauf zu erwarten ist, betreut werden. Voraussetzungen für einen physiologischen Geburtsverlauf sind eine gesunde Schwangere, ein unauffälliger Schwangerschaftsverlauf, ein Einling in Schädellage am Termin.

(2) Die individuelle Bewertung, ob nach Anamnese und Befunderhebung bei der Schwangeren, Gebärenden und bei dem Neugeborenen ein physiologischer Schwangerschafts- und Geburtsverlauf vorliegt und eine Geburt im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] möglich ist, erfolgt zumindest anhand der Kriterien gemäß Anlage 1. Die Anlage 1 erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit der Auflistung der Abweichungen von dem physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf. Das Krankenhaus entwickelt einen standortspezifischen Standard gemäß dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse für die Bewertung nach Satz 1, der zumindest die in Anlage 1 aufgeführten Kriterien enthält.

(3)

GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
Liegen nach Absatz 2 Abweichungen vom physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs vor, sind die hierfür notwendigen Maßnahmen nach § 8 in Verbindung mit Anlage 1 vorzunehmen. Die in Anlage 1 genannten Maßnahmen zu den Kriterien stellen Mindestmaßnahmen dar, die der HKS hin zu einem restriktiveren Vorgehen, statt Konsultation Überleitung oder Ausschluss, als standortspezifischen Standard festlegen kann.	Liegen Kriterien nach Anlage 1 vor, die eine Aufnahme in einen HgK ausschließen, ist die Schwangere und Gebärende hierüber zu informieren und eine Betreuung im HgK ausgeschlossen.

(4) Der Schwangeren wird durch eine standardisierte Information und Beratung die aktive Entscheidung für die Betreuung im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] ermöglicht. Die Beratung umfasst mindestens die Inhalte

- 1) Unterschiede zwischen dem Betreuungsmodell [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] und [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal
- 2) Kriterien, die einer Aufnahme in den und Fortsetzung der Betreuung im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] entgegenstehen
- 3)

GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
[keine Übernahme]	Verzicht auf Facharztstandard und

Kriterien zur Konsultation [GKV-SV/DKG: sowie]

- 4) Kriterien und Vorgehen bei Überleitung in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal

GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
[keine Übernahme]	5) Informationen über die individuelle Überleitungs- und Verlegungsquote des HgK, auch im Vergleich mit anderen HgK und im Vergleich zum Bundesdurchschnitt.

(5) Zwischen Hebammen des [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] und der Schwangeren findet mindestens ein Kontakt zur Durchführung der Beratung und Information sowie Erhebung der Anamnese, Befunderhebung und Prüfung des physiologischen Schwangerschaftsverlaufs gemäß zumindest den Kriterien nach Anlage 1 I.a. und b. spätestens bis zur 38. Schwangerschaftswoche, im Einzelfall zumindest ein entsprechender Kontakt spätestens 24 Stunden vor Geburtsbeginn statt.

(6) Zudem erfolgt eine weitere Prüfung bei Aufnahme und fortlaufend unter der Geburt, ob die Kriterien zumindest nach Anlage 1 II a. und b. für eine Betreuung im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] erfüllt sind.

(7) Nach der Geburt bis zum Ende der Betreuung im HKS, erfolgt die Prüfung der Kriterien zumindest nach Anlage 1, III a., b. und c für eine weitere Betreuung im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK].

§ 7 Anforderungen an die Geburtsbetreuung

(1) Ab Beginn der aktiven Eröffnungsphase ist eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Hebamme zu gewährleisten. Bei jeder Geburt

GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
sollen	sind

spätestens gegen Ende der Austrittsphase des Kindes zwei Hebammen anwesend [GKV/DKG/DHV: sein].

(2) Die Hebamme beurteilt während des Geburtsverlaufs fortlaufend die Eignung auf die Fortführung der Betreuung im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] zumindest anhand der Kriterien nach Anlage 1. Unter Berücksichtigung des individuellen Geburtsverlaufs

GKV-SV/DKG/PatV	LV
-----------------	----

erfolgt ab Beginn der aktiven Eröffnungsphase regelhaft	soll ab Beginn der aktiven Eröffnungsphase
---	--

eine kollegiale Beratung des Geburtsverlaufs mit einer zweiten Hebamme [LV: erfolgen].

(3) Die Strukturen und Prozesse im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] müssen gewährleisten, dass eine Überleitung in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal auf Wunsch der Schwangeren und Gebärenden oder aufgrund von Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf mindestens entsprechend der Kriterien nach Anlage 1 ohne Unterbrechung der Versorgung unverzüglich möglich ist.

§ 8 Konsultation, Überleitung und Ausschluss

(1) Bei der Durchführung der Maßnahmen gemäß § 6 Absatz 3 arbeitet der HKS mit dem [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal, und wenn am Standort vorhanden und erforderlich mit der Neonatologie oder Pädiatrie, zusammen.

(2)

GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
Mit Betreuungsbeginn im HKS	Bei Aufnahme der Schwangeren und Gebärenden im Krankenhaus

erfolgt eine Information an den interprofessionellen Kreißsaal.

(3) Wenn ein Kriterium nach § 6 Absatz 2 mit der Maßnahme Konsultation vorliegt, fordert die betreuende Hebamme eine Konsultation mit Ärztinnen und Ärzten der Frauenheilkunde und Geburtshilfe zur ärztlichen Bewertung der Abweichung an. Eine Ärztin oder ein Arzt der Frauenheilkunde und Geburtshilfe steht jederzeit für persönliche oder telefonische oder telemedizinische Konsultation zur Verfügung. Ausschließlich schriftliche aktengestützte Konsultationen sind im Rahmen der Aufnahme in den [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/PatV: HgK] nach § 6 Absatz 5 möglich. Die persönliche oder telefonische oder telemedizinische Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes der Kinder- und Jugendmedizin

GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
soll bei Bedarf jederzeit möglich sein.	ist bei Bedarf jederzeit gewährleistet.

(4) Wenn ein Kriterium nach § 6 Absatz 2 mit der Maßnahme Überleitung vorliegt, wird die Geburt, die postpartale und postnatale Phase im [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal fortgeführt.

GKV-SV/DKG/DHV/LV	PatV
[keine Übernahme]	Eine Überleitung des Neugeborenen in fachärztliche Behandlung erfolgt, wenn a) die Bedingungen für eine physiologische Neonatalperiode nicht mehr gegeben sind, b) entsprechend mindestens den Kriterien in Anlage 1 eine ärztliche Betreuung notwendig ist oder c) die Mutter es wünscht.

(5) Wenn ein Kriterium nach § 6 Absatz 2 mit der Maßnahme Ausschluss vorliegt, kann eine Geburt im HKS nicht erfolgen.

§ 9 Anforderungen an die Prozessqualität des [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK]

(1) Schriftlich festgelegte, verbindliche Regelungen zu den in den §§ 6 bis 8 normierten Abläufen und Verantwortlichkeiten müssen vorhanden sein und regelmäßig aktualisiert werden.

(2) Beleghebammen, die im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] tätig sind, und Belegärztinnen und Belegärzte, die mit dem [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] zusammenarbeiten, werden durch das Krankenhaus vertraglich auf die Beachtung und Einhaltung der Regelungen dieser Richtlinie verpflichtet.

§ 10 Folgen der Nichteinhaltung

(1) Ist eine Anforderung der Richtlinie bei der Aufnahme einer Schwangeren und Gebärenden in den [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] nicht erfüllt, darf die Betreuung nur im [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal erfolgen.

(2) Erfüllt das Krankenhaus die Richtlinie über einen Zeitraum von länger als drei Monaten nicht, darf die Bezeichnung „Hebammenkreißsaal“ oder „hebammengeleiteter Kreißsaal“ nicht mehr öffentlich verwendet werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nach § 11 Absatz 2 sind hierüber zu informieren.

§ 11 Nachweisverfahren

(1) Das Krankenhaus bestätigt schriftlich anhand der Konformitätserklärung gemäß Anlage 2 vor Leistungsaufnahme und in der Folge jährlich zwischen dem 15. November und 31. Dezember gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die vollständige Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie. Erfolgt die Bestätigung nach Satz 1 nicht, gelten die Anforderungen so lange als nicht erfüllt, bis die Erfüllung gemäß Satz 1 bestätigt wurde. Es gelten die Folgen der Nichteinhaltung nach § 10.

(2) Zur Übermittlung der Konformitätserklärung gemäß Absatz 1 veröffentlicht der GKV-Spitzenverband jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres ein verbindliches Verzeichnis der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf seiner Internetseite. Das Verzeichnis enthält die Namen und Adressen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die zuständigen Abteilungen sowie die entsprechenden E-Mail-Adressen.

(3) Kontrollen zur Einhaltung von Anforderungen dieser Richtlinie durch den Medizinischen Dienst (MD) erfolgen gemäß der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie.

§ 12 Evaluation

Der G-BA beauftragt eine Evaluation insbesondere im Hinblick auf die in § 2 genannten Ziele einschließlich der Auswirkungen auf die Anzahl der etablierten [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK] und Umsetzungshindernisse sowie die erwünschten und unerwünschten Auswirkungen. Der G-BA prüft auf Basis der Evaluationsergebnisse die Notwendigkeit der Anpassung dieser Richtlinie insbesondere der in Anlage 1 festgelegten Kriterien. Die Ergebnisse der Evaluation sollen fünf Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie vorliegen.

Anlage 1 Kriterien zur Betreuung im Hebammenkreißsaal

GKV-SV/DKG	LV
Kriterien und Maßnahmen bei Abweichungen vom physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs im Hebammenkreißsaal Die möglichen Abweichungen vom physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs und die hierfür notwendigen Maßnahmen sind unter I bis III aufgelistet und umfassen folgende Bereiche:	Kriterien zur Betreuung im Hebammenkreißsaal Die Kriterien des Einschlusses in die oder des Ausschlusses von der Betreuung im Hebammenkreißsaal sind unter I bis III aufgelistet und umfassen folgende Bereiche:

- I. **Schwangerschaft¹**
 - a. Anamnese und allgemeine Befunde
 - b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf
- II. **Geburt**
 - a. Risiken unter der Geburt
 - b. Weitere Kriterien unter der Geburt
- III. **Nach der Geburt**
 - a. Postnatale Erkrankungen/ Störungen des Neugeborenen
 - b. Postpartale Pathologien der Mutter
 - c. Weitere Kriterien nach der Geburt

Die genannten Maßnahmen zu den Kriterien stellen Mindestmaßnahmen dar, die der HKS hin zu einem restriktiveren Vorgehen, statt Konsultation Überleitung oder Ausschluss, als standortspezifischen Standard festlegen kann.

I. Schwangerschaft

¹ (Systematik Abschnitte a und b orientieren sich an dem Risikokatalog der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt - Mu-RL)

§ 1 Schwangerschaft
a. Anamnese und allgemeine Befunde

Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
[LV:1 [GKV/DKG/ PatV: [keine Übernahme]]	Einling		Einschluss]
1	Blutungs- und Thromboseneigung		Konsultation
2	Diabetes mellitus	Bei vorbestehendem insulinpflichtigem Diabetes	Ausschluss
3	Adipositas	BMI > 35 § 2 BMI > 30 BMI > 30 und Z.n. Sectio	Ausschluss Konsultation Ausschluss
4	Z.n. Fetalen Wachstumsrestriktion		Konsultation
5	Komplikationen bei vorausgegangener Geburt	Z.n. Schulterdystokie	Konsultation
6	postpartale Komplikation bei vorausgegangener Geburt	Z.n. postpartaler Blutung (PPH)	Konsultation
7	Z.n. Sectio Z.n. Re-Sectio		Konsultation Ausschluss
8	Z.n. anderen Uterusoperationen	z.B. Transmurale Myomektomie	Konsultation
9	Z.n. Hypertensive Erkrankung in der Schwangerschaft		Konsultation

§ 3 Schwangerschaft
b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
10	[GKV-SV/DKG/PatV: Eigene schwere Erkrankung] [LV: In der Schwangerschaft neu aufgetretene Erkrankung]	[GKV-SV/DKG/PatV: z.B. Nierenerkrankung]	Konsultation
11	[GKV-SV/DKG/PatV: Thrombose in dieser Schwangerschaft] [LV: [keine Übernahme]]		Konsultation]
12	Uterine Blutungen jenseits des ersten Trimesters		Konsultation
13	V.a. Plazentationsstörung (Plazenta praevia, Plazenta accreta Spektrum) Bestätigte Plazentationsstörung		Konsultation Ausschluss
14	[GKV-SV/DKG/PatV: Mehrlinge] [LV: [keine Übernahme]]		Ausschluss]
15	Fetale Wachstumsrestriktion		Ausschluss
16	Anämie	Hb < 9 g/dl $\pm$ 5,6 mmol/l	Konsultation
17	HIV-Infektion		Konsultation
18	Hypertensive Schwangerschaftserkrankung		Ausschluss

§ 3 Schwangerschaft b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
19	Gestationsdiabetes	Gestationsdiabetes, insulinpflichtig (iGDM) Gestationsdiabetes, diätetisch (dGDM)	Ausschluss Konsultation
20	V.a. Makrosomie	Schätzwert >95. Perzentile	Konsultation
21	Aktive genitale HSV-Infektion in der Schwangerschaft		Konsultation
22	Vordiagnostizierte fetale Fehlbildungen		Konsultation
23	Begründeter Wunsch der Hebamme		Ausschluss
[PatV: 24 [GKV-SV/DKG/LV: [keine Übernahme]]	Personalengpässe	Insbesondere Nichterfüllung der Betreuungsschlüssel nach § 7 Abs. 1	Ausschluss]

II. Geburt

a. Kriterien unter der Geburt			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
[LV: X [GKV/DKG/ PatV: [keine Übernahme]]	Am Termin	37 + 0 SSW bis 41+0	Einschluss]
[LV: X [GKV/DKG/ PatV: [keine Übernahme]]	Schädellage		Einschluss]
24	vorzeitiger Blasensprung	Nach 24h ohne Wehentätigkeit Nach 12h	Überleitung Konsultation
25	Überschreitung des Termins (40+1-41+6) / Übertragung (ab 42 +0)		ab 41 + 3 Konsultation Ab 42 + 0 Überleitung
[GKV- SV/DKG/PatV: 26 [LV: [keine Übernahme]]	Frühgeburtlichkeit	<37 + 0 SSW	Überleitung]

a. Kriterien unter der Geburt			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
27	Fetale Wachstumsrestriktion		Überleitung
28	Hypertensive Schwangerschaftserkrankung		Überleitung
29	Gestationsdiabetes	Gestationsdiabetes, insulinpflichtig (iGDM) Gestationsdiabetes, diätisch (dGDM)	Überleitung Konsultation
30	Uterine Blutungen	Pathologische Blutungen bei Geburtsbeginn	Überleitung
31	Amnioninfektionssyndrom	Bei V.a. Amnioninfektionssyndrom (AIS)	Überleitung
32	Fieber unter der Geburt	>38,0°C	Überleitung
33	Suspektes CTG pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne		Konsultation Überleitung
34	Grünes Fruchtwasser	Bei signifikant grünem Fruchtwasser (Fruchtwasser dick-grün oder zäh oder mit Mekoniumklumpen)	Überleitung
35	Nabelschnurvorliegen		Überleitung
36	Protrahierte Geburt in der Eröffnungsperiode / Austrittsphase		Konsultation
37	Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode / Austrittsphase		Überleitung
[GKV- SV/DKG/PatV: 38 [LV: [keine Übernahme]]	Verdacht auf Uterusruptur		Konsultation]

a. Kriterien unter der Geburt			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
[GKV-SV/DKG/PatV: 39 [LV: [keine Übernahme]]]	Querlage, Schräglage, Beckenendlage		Überleitung]
[GKV-SV/DKG/PatV: 40 [LV: [keine Übernahme]]]	Schulterdystokie		Überleitung]
41	Nachlassende Kindsbewegungen in den letzten 24h		Konsultation
42	Mütterlicher Puls > 120 SpM nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Minuten		Konsultation
43	Anämie	Hb < 9 g/dl $\triangleq$ 5,6 mmol/l	Konsultation
44	Aktive genitale HSV-Infektion		Überleitung

b. Weitere Kriterien unter der Geburt			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
45	Schmerzmittelgabe	gem. AMVV	Überleitung
46	Wunsch der Frau		Überleitung

47	Begründeter Wunsch der Hebamme		Überleitung
48	Personalengpässe	Insbesondere Nicht- Erfüllung der Betreuungsschlüssels nach § 7 Abs. 1	Überleitung

III. Nach der Geburt

a. Postnatale Erkrankungen/ Störungen des Neugeborenen			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
49	SGA (small for gestational age) oder LGA (Large for Gestational Age)	< 3. Perzentile; > 97. Perzentile	Konsultation
[GKV-SV/DKG/PatV: 50 [LV: [keine Übernahme]]]	Asphyxie	pH < 7,10; BE < -12mmol/L und/oder Zeichen der hypoxisch ischämischen Enzephalopathie (z.B. Bewusstseinsstörung, Krampfanfälle, Hyperexzitabilität oder ein herabgesetzter Muskeltonus)	Überleitung]
51	V.a. Anämie		Überleitung
52	Transitionsstörungen/ Anpassungsstörung	z.B. Zyanose, Blässe, gestörte Atmung, APGAR-Wert	Überleitung
53	V.a. Ösophagusatresie		Überleitung
54	Hypoglykämien persistierend nach 2-3h		Überleitung
55	Neugeborenenikterus		Überleitung
56	Auffällige Pulsoxymetrie		Überleitung

b. Postpartale Pathologien der Mutter			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Vorgehen
57	Anhaltende oder verstärkte Blutung	(nach vaginaler Geburt >500ml Blutverlust)	Überleitung
58	Plazentaretention/ Plazentalösungsstörung		Überleitung
59	Kreislaufkollaps oder anderer pathologischer Zustand		Überleitung
60	Versorgung höhergradiger Dammrisse III/IV-Grades		Überleitung

c. Weitere Kriterien nach der Geburt			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
61	Wunsch der Frau		Überleitung
62	Begründeter Wunsch der Hebamme		Überleitung
63	Personalengpässe	Insbesondere Nicht-Erfüllung des Betreuungsschlüssels nach § 7 Abs. 1	Überleitung

[Entwurf GKV-SV/DKG:

Anlage 2 Konformitätserklärung zur Richtlinie über sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in krankenhausbetriebenen und hebammengeleiteten Kreißsälen gemäß § 136a Absatz 7 SGB V

Das Krankenhaus hat gemäß §11 Absatz 1 schriftlich anhand dieser Konformitätserklärung vor Leistungsaufnahme und in der Folge jährlich zwischen dem 15. November und 31. Dezember die vollständige Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachzuweisen. Erfolgt die Bestätigung nach § 11 Satz 1 nicht, gelten die Anforderungen so lange als nicht erfüllt, bis die Erfüllung gemäß § 11 Satz 1 bestätigt wurde. Es gelten die Folgen der Nichteinhaltung nach § 10.

Standort-ID:

Hiermit wird durch Unterschrift bestätigt, dass

- ☐ die Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in krankenhausbetriebenen und hebammengeleiteten Kreißsälen gemäß § 136a Absatz 7 SGB V (Richtlinie zur Qualitätssicherung in Hebammenkreißsälen, QHKS-RL):
 - Personelle Anforderungen gemäß § 4
 - Anforderungen an die Infrastruktur gemäß § 5
 - Aufnahme in den Hebammenkreißsaal gemäß § 6
 - Anforderungen an die Geburtsbetreuung gemäß § 7
 - Konsultation, Überleitung und Ausschluss gemäß § 8
 - Anforderungen an die Prozessqualität des HKS gemäß § 9

vollständig erfüllt werden.

Hiermit habe ich zur Kenntnis genommen, dass bei einer nicht vollständigen Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten, die Bezeichnung „Hebammenkreißsaal“ oder „hebammengeleiteter Kreißsaal“ nicht mehr öffentlich verwendet werden darf und ich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen hierüber informieren muss.

Ort und Datum Unterschrift und Stempel der Geschäftsführung oder
Verwaltungsdirektion des Krankenhauses

Ort und Datum Unterschrift der den HKS leitenden Hebamme]“

II. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT.MM.2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie
über sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität
der Versorgung in krankenhausbetriebenen und
hebammengeleiteten Kreißsälen gemäß § 136a Absatz 7
SGB V

Vorschlag der Vorsitzenden des Unterausschusses QS

Stand: 10.09.2025; nach Sitzung des Unterausschusses

Legende:

Dissente Positionen sind **gelb hinterlegt**

Folgedissense bzw. nicht abschließend beratene Textpassagen sind **grau hinterlegt**

Redaktionelle Hinweise/redaktionell anzupassende Passagen sind **[kursiv dargestellt und grau hinterlegt]**

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT.MM.JJJJ die Richtlinie über sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in krankenhausbetriebenen und hebammengeleiteten Kreißsälen gemäß § 136a Absatz 7 SGB V beschlossen:

„I.

§ 1 Rechtsgrundlage und Regelungsgegenstand

- (1) Diese Richtlinie legt auf Grundlage von §§ 136a Absatz 7 i. V. m. § 136 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einer geburtshilflichen Betreuung von Entbindungen gemäß §24f SGB V in Kreißsälen fest, die von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden.
- (2) Die Qualitätsanforderungen der Richtlinie sind am Standort des Krankenhauses zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß § 2a KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zugrunde gelegt.

§ 2 Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieser Richtlinie bezeichnet der Ausdruck

1. „Hebammen“, Personen, die diese Berufsbezeichnung mit einer Erlaubnis nach § 5 Absatz 1 des Hebammengesetzes (HebG) in Verbindung mit §§ 73 bis 78 HebG führen dürfen,

2. „hebammengeleitete Betreuung“, die eigenverantwortlich bewirkte Betreuung geburtshilflicher Entbindungen gemäß § 24f SGB V durch eine Hebamme in einem der Geburtshilfe dienenden Krankenhaus gemäß § 107 Absatz 1 SGB V,
3. „leitende Hebamme“, Personen, denen als am Krankenhaus angestellte Hebamme die Organisationsleitung einer hebammengeleiteten Betreuung im Sinne von Nummer 2 obliegt,
4. „Aktive Eröffnungsphase“, die Zeitspanne einer Muttermundöffnung von etwa 4-6 cm bis zur vollständigen Muttermundöffnung und
5. „Austrittsphase“, die Zeitspanne von der vollständigen Muttermundöffnung noch ohne Pressdrang bis zur Sichtbarkeit des Kindes oder bis zum reflektorischen Pressdrang oder bis zum aktiven Pressen“.

§ 3 Organisatorische Anforderungen an eine hebammengeleitete Betreuung

- (1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, zur Sicherstellung der Qualität und Wirksamkeit der hebammengeleiteten Betreuung verbindliche Vorgaben in Gestalt gesonderter Standard Operating Procedures (SOP) schriftlich festzulegen.
- (2) Die SOP für die hebammengeleitete Betreuung sind im kooperativen und interdisziplinären Zusammenwirken der beim Krankenhaus angestellten leitenden Hebamme und dem leitenden Arzt gemäß § 107 Absatz 1 Nummer 2 SGB V nach Maßgabe des jeweils aktuellen Standes hebammenwissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse gemäß § 9 Absatz 2 HebG und § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V festzulegen. Die Festlegungen haben die Qualitätsanforderungen dieser Richtlinie zu beachten und wirksam zu fördern.
- (3) Die SOP müssen insbesondere Bestimmungen enthalten über:
 1. Die Sicherstellung von Zusammenarbeit und Koordination zwischen hebammengeleiteter und ärztlicher Betreuung und
 2. die Sicherstellung einer ordnungsgemäßen hebammenhilflichen und ärztlichen Aufzeichnung und Dokumentation der betreuten Entbindungen unter Berücksichtigung der Qualitätsvorgaben dieser Richtlinie.
- (4) Sofern die hebammengeleitete Betreuung im Krankenhaus in einer gesonderten Räumlichkeit erfolgt, muss diese zumindest über eine Ausstattung verfügen, [die die Durchführung physiologischer Geburten sowie eine Notfallversorgung der Schwangeren und Gebärenden und des Neugeborenen ermöglicht].
- (5) Für die hebammengeleitete Betreuung ist eine ausreichende Anzahl von Hebammen in Vollzeitäquivalenten im Verhältnis zu der Anzahl der Geburten pro Jahr durch das Krankenhaus vorzuhalten.
- (6) Das Krankenhaus ist verpflichtet, sicherzustellen und zu dokumentieren, dass nur Hebammen die hebammengeleitete Betreuung übertragen wird, die an einem Einarbeitungs- und Schulungsprogramm teilgenommen haben.

§ 4 Personelle Anforderungen an die leitenden Hebammen

- (1) Die leitende Hebamme, der die Organisationsleitung im Sinne von § 2 Nummer 3 obliegt, muss in dem Krankenhaus angestellt [und jederzeit verfügbar] sein[. Sie] soll für diese Aufgabe von der unmittelbaren hebammengeleiteten Betreuung befreit werden. [Die Stellvertretung muss ebenfalls einer

GKV-SV/PatV	DKG/DHV/LV
angestellten	[keine Übernahme]

Hebamme übertragen werden.

- (2) [Die leitende Hebamme muss für die Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 1 über die erforderliche Erfahrung verfügen.]

§ 5 Voraussetzungen der hebammengeleiteten Betreuung

- (1) Ein Krankenhaus darf eine hebammengeleitete Betreuung der Entbindung bewirken, wenn und solange die Geburt nach dem allgemein anerkannten Stand hebammenwissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse im Sinne von § 9 Absatz 2 HebG und § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V physiologisch verläuft und sich die gebärende Person nach ordnungsgemäßer Aufklärung und Beratung für eine solche Betreuung entscheidet.
- (2) Eine hebammengeleitete Betreuung der Entbindung ist ausgeschlossen, wenn bereits bei Beginn der Leistungserbringung durch das Krankenhaus Anzeichen für Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf im Sinne von Absatz 1 festzustellen sind, die eine ärztlich geleitete Betreuung der Entbindung erfordern. Eine ärztlich geleitete Betreuung ist insbesondere erforderlich, wenn
1. [mindestens ein Kriterium der Anlage 1 erfüllt ist,]
 2. [...]

§ 6 Anforderungen an die hebammengeleitete Betreuung

- (1) Während der hebammengeleiteten Betreuung ist kontinuierlich durch eine Hebamme zu überwachen und sicherzustellen, dass keine Anzeichen für Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf im Sinne von § 5 Absatz 1 festzustellen sind, die eine Hinzuziehung eines Arztes oder eine ärztlich geleitete Betreuung erfordern.
- (2) Die betreuende Hebamme hat einen Arzt insbesondere hinzuzuziehen, wenn
1. [mindestens ein Kriterium der Anlage 1 erfüllt ist oder]
 2. [Anzeichen für die Erforderlichkeit einer medikamentösen Geburtseinleitung vorliegen].
- (3) Die betreuende Hebamme hat die Leitung des Geburtsverlaufs auf einen Arzt zu übertragen, insbesondere, wenn
1. [mindestens ein Kriterium der Anlage 1 erfüllt ist,]
 2. [eine medikamentöse Geburtseinleitung indiziert ist oder]
 3. sich die gebärende Person während des Betreuungsverlaufs hierfür entscheidet.
- (4) Ab Beginn der aktiven Eröffnungsphase ist eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Hebamme zu gewährleisten. Für jede Entbindung ist sicherzustellen, dass in der Austrittsphase des Kindes eine zweite Hebamme anwesend ist.

§ 7 Folgen bei Nichteinhaltung der Qualitäts-/Mindestanforderungen

- (1) Beteiligte Stellen für die Feststellung der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen und die Durchsetzung der Maßnahmen bei Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen sind:
1. das Krankenhaus und
 2. die Krankenkassen.
- (2) Für vom Krankenhaus erbrachte hebammengeleitete Betreuungen von Entbindungen im Sinne dieser Richtlinie, bei denen die Mindestanforderungen nach § 3 bis 6 nicht eingehalten wurden, entfällt der Vergütungsanspruch.

§ 8 Nachweisverfahren

[(1) Das Krankenhaus bestätigt schriftlich anhand der Konformitätserklärung gemäß Anlage 2 ab dem Kalenderjahr 2026 jährlich zwischen dem 15. November und 31. Dezember gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die vollständige Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie.]

(2) Zur Übermittlung der Konformitätserklärung gemäß Absatz 1 veröffentlicht der GKV-Spitzenverband jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres ein verbindliches Verzeichnis der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf seiner Internetseite. Das Verzeichnis enthält die Namen und Adressen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die zuständigen Abteilungen sowie die entsprechenden E-Mail-Adressen.

(3) Kontrollen zur Einhaltung von Anforderungen dieser Richtlinie durch den Medizinischen Dienst (MD) erfolgen gemäß der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie.]

§ 9 Evaluation

[Der G-BA beauftragt eine Evaluation hinsichtlich der Auswirkungen und des Umsetzungsstandes dieser Richtlinie. Der G-BA prüft auf Basis der Evaluationsergebnisse die Notwendigkeit der Anpassung dieser Richtlinie. Die Ergebnisse der Evaluation sollen fünf Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie vorliegen.]

Anlage 1 (zu §§ 5 Abs. 2, 6 Abs. 2 und 3)

Kriterien für hebammengeleitete Betreuung

I. Schwangerschaft

(1) Schwangerschaft a. Anamnese und allgemeine Befunde			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
[LV:1 [GKV/DKG/ PatV: [keine Übernahme]]	Einling		Einschluss]
1	Blutungs- und Thromboseneigung		Konsultation
2	Diabetes mellitus	Bei vorbestehendem insulinpflichtigem Diabetes	Ausschluss
3	Adipositas	BMI > 35 (2) BMI > 30 BMI > 30 und Z.n. Sectio	Ausschluss Konsultation Ausschluss
4	Z.n. Fetalen Wachstumsrestriktion		Konsultation
5	Komplikationen bei vorausgegangener Geburt	Z.n. Schulterdystokie	Konsultation
6	postpartale Komplikation bei vorausgegangener Geburt	Z.n. postpartaler Blutung (PPH)	Konsultation
7	Z.n. Sectio Z.n. Re-Sectio		Konsultation Ausschluss
8	Z.n. anderen Uterusoperationen	z.B. Transmurale Myomektomie	Konsultation
9	Z.n. Hypertensive Erkrankung in der Schwangerschaft		Konsultation

(3) Schwangerschaft b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
10	[GKV-SV/DKG/PatV: Eigene schwere Erkrankung]	[GKV-SV/DKG/PatV: z.B. Nierenerkrankung]	Konsultation

(3) Schwangerschaft
b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
	[LV: In der Schwangerschaft neu aufgetretene Erkrankung]		
[GKV-SV/DKG/PatV: 11 [LV: [keine Übernahme]]]	Thrombose in dieser Schwangerschaft		Konsultation]
12	Uterine Blutungen jenseits des ersten Trimesters		Konsultation
13	V.a. Plazentationsstörung (Plazenta praevia, Plazenta accreta Spektrum) Bestätigte Plazentationsstörung		Konsultation Ausschluss
[GKV-SV/DKG/PatV: 14 [LV: [keine Übernahme]]]	Mehrlinge		Ausschluss]
15	Fetale Wachstumsrestriktion		Ausschluss
16	Anämie	Hb < 9 g/dl $\triangleq$ 5,6 mmol/l	Konsultation
17	HIV-Infektion		Konsultation
18	Hypertensive Schwangerschaftserkrankung		Ausschluss
19	Gestationsdiabetes	Gestationsdiabetes, insulinpflichtig (iGDM) Gestationsdiabetes, diätetisch (dGDM)	Ausschluss Konsultation
20	V.a. Makrosomie	Schätzwicht >95. Perzentile	Konsultation
21	Aktive genitale HSV-Infektion in der Schwangerschaft		Konsultation
22	Vordiagnostizierte fetale Fehlbildungen		Konsultation
23	Begründeter Wunsch der Hebamme		Ausschluss
[PatV: 24]	Personalengpässe	Insbesondere Nichterfüllung der Betreuungsschlüssel nach § 7 Abs. 1	Ausschluss]

(3) Schwangerschaft
b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
[GKV- SV/DKG/LV: [keine Übernahme]]			

II. Geburt

a. Kriterien unter der Geburt			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
[LV: X [GKV/DKG/ PatV: [keine Übernahme]]]	Am Termin	37 + 0 SSW bis 41+0	Einschluss]
[LV: X [GKV/DKG/ PatV: [keine Übernahme]]]	Schädellage		Einschluss]
24	vorzeitiger Blasensprung	Nach 24h ohne Wehentätigkeit Nach 12h	Überleitung Konsultation
25	Überschreitung des Termins (40+1-41+6) / Übertragung (ab 42 +0)		ab 41 + 3 Konsultation Ab 42 + 0 Überleitung
[GKV- SV/DKG/PatV: 26 [LV: [keine Übernahme]]]	Frühgeburtlichkeit	<37 + 0 SSW	Überleitung]
27	Fetale Wachstumsrestriktion		Überleitung
28	Hypertensive Schwangerschaftserkrankung		Überleitung
29	Gestationsdiabetes	Gestationsdiabetes, insulinpflichtig (iGDM) Gestationsdiabetes, diätisch (dGDM)	Überleitung Konsultation
30	Uterine Blutungen	Pathologische Blutungen bei Geburtsbeginn	Überleitung
31	Amnioninfektionssyndrom	Bei V.a. Amnioninfektionssyndrom (AIS)	Überleitung
32	Fieber unter der Geburt	>38,0°C	Überleitung
33	Suspektes CTG		Konsultation Überleitung

a. Kriterien unter der Geburt			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
	pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne		
34	Grünes Fruchtwasser	Bei signifikant grünem Fruchtwasser (Fruchtwasser dick-grün oder zäh oder mit Mekoniumklumpen)	Überleitung
35	Nabelschnurvorliegen		Überleitung
36	Protrahierte Geburt in der Eröffnungsperiode / Austrittsphase		Konsultation
37	Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode / Austrittsphase		Überleitung
[GKV-SV/DKG/PatV: 38 [LV: [keine Übernahme]]]	Verdacht auf Uterusruptur		Konsultation]
[GKV-SV/DKG/PatV: 39 [LV: [keine Übernahme]]]	Querlage, Schräglage, Beckenendlage		Überleitung]
[GKV-SV/DKG/PatV: 40 [LV: [keine Übernahme]]]	Schulterdystokie		Überleitung]
41	Nachlassende Kindsbewegungen in den letzten 24h		Konsultation
42	Mütterlicher Puls > 120 SpM nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Minuten		Konsultation
43	Anämie	Hb < 9 g/dl $\cong$ 5,6 mmol/l	Konsultation
44	Aktive genitale HSV-Infektion		Überleitung

b. Weitere Kriterien unter der Geburt			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
45	Schmerzmittelgabe	gem. AMVV	Überleitung
46	Wunsch der Frau		Überleitung
47	Begründeter Wunsch der Hebamme		Überleitung
48	Personalengpässe	Insbesondere Nicht- Erfüllung der Betreuungsschlüssels nach § 7 Abs. 1	Überleitung

III. Nach der Geburt

a. Postnatale Erkrankungen/ Störungen des Neugeborenen			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
49	SGA (small for gestational age) oder LGA (Large for Gestational Age)	< 3. Perzentile; > 97. Perzentile	Konsultation
[GKV-SV/DKG/PatV: 50 [LV: [keine Übernahme]]]	Asphyxie	pH < 7,10; BE < -12mmol/L und/oder Zeichen der hypoxisch ischämischen Enzephalopathie (z.B. Bewusstseinsstörung, Krampfanfälle, Hyperexzitabilität oder ein herabgesetzter Muskeltonus)	Überleitung]
51	V.a. Anämie		Überleitung
52	Transitionsstörungen/ Anpassungsstörung	z.B. Zyanose, Blässe, gestörte Atmung, APGAR-Wert	Überleitung
53	V.a. Ösophagusatresie		Überleitung
54	Hypoglykämien persistierend nach 2-3h		Überleitung
55	Neugeborenenikterus		Überleitung
56	Auffällige Pulsoxymetrie		Überleitung

b. Postpartale Pathologien der Mutter			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Vorgehen
57	Anhaltende oder verstärkte Blutung	(nach vaginaler Geburt >500ml Blutverlust)	Überleitung
58	Plazentaretention/ Plazentalösungsstörung		Überleitung

b. Postpartale Pathologien der Mutter			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Vorgehen
59	Kreislaufkollaps oder anderer pathologischer Zustand		Überleitung
60	Versorgung höhergradiger Dammrisse III/IV- Grades		Überleitung

c. Weitere Kriterien nach der Geburt			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
61	Wunsch der Frau		Überleitung
62	Begründeter Wunsch der Hebamme		Überleitung
63	Personalengpässe	Insbesondere Nicht-Erfüllung des Betreuungsschlüssels nach § 7 Abs. 1	Überleitung

Anlage 2 (zu § 8 Abs. 1)

Konformitätserklärung

Das Krankenhaus bestätigt gemäß § 8 Absatz 1 schriftlich anhand dieser Konformitätserklärung ab dem Kalenderjahr 2026 jährlich zwischen dem 15. November und 31. Dezember die vollständige Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

Standort-ID:

Hiermit wird durch Unterschrift bestätigt, dass

- ☐ die Anforderungen dieser Richtlinie gemäß
- A.
- § 3 Organisatorische Anforderungen an eine hebammengeleitete Betreuung
 - § 4 Personelle Anforderungen an die leitenden Hebammen
 - § 5 Voraussetzungen der hebammengeleiteten Betreuung
 - § 6 Anforderungen an die hebammengeleitete Betreuung
- B.
- vollständig erfüllt werden.

Ort und Datum	Unterschrift und Stempel der Geschäftsführung oder Verwaltungsdirektion des Krankenhauses
---------------	--

Ort und Datum	Unterschrift der leitenden Hebamme]“
---------------	--------------------------------------

II. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Richtlinie über sektorbezogene Maßnahmen zur
Sicherung der Qualität der Versorgung in
krankenhausbetriebenen und hebammengeleiteten
Kreißsälen gemäß § 136a Absatz 7 SGB V

GKV-SV/PatV	DKG/DHV/LV
Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung in hebammengeleiteten Kreißsälen ([GKV-SV: QHKS-RL / PatV: HgK-Q-RL oder QHgK-RL])	Richtlinie zur Qualitätssicherung in Hebammenkreißsälen (QHKS-RL)

Stand: 10.09.2025; nach Sitzung des Unterausschusses

Legende:

Dissente Positionen sind **gelb hinterlegt**

Folgedissense bzw. nicht abschließend beratene Textvorschläge sind **grau hinterlegt**

Redaktionelle Hinweise/redaktionell anzupassende Passagen sind **[kursiv dargestellt und
grau hinterlegt]**

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	3
3.	Bürokratiekostenermittlung	58
4.	Verfahrensablauf	58
5.	Fazit.....	59
6.	Literaturverzeichnis.....	60
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	60

1. Rechtsgrundlage

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG) vom 12. Dezember 2024 wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss damit betraut, bis zum 30. Juni 2025 in seinen Richtlinien nach § 136 Abs. 1 SGB V geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden, festzulegen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

[Vorschlag LV auf Basis Präambeltext der DKG: Der Hebammenkreißaal (HKS) ist ein hebammengeleitetes ergänzendes geburtshilfliches Betreuungsmodell im klinischen Setting. In diesem betreuen Hebammen eigenverantwortlich Frauen mit einer komplikationslosen Schwangerschaft vor, während und nach einer Geburt, welche aktiv den Wunsch haben, dieses zusätzliche Betreuungsangebot wahrzunehmen. Es bezieht sich somit auf Schwangere mit einem geringen Risiko für einen pathologischen Geburtsverlauf. Dabei ist der Hebammenkreißaal als Betreuungsmodell in der Regel räumlich in den interprofessionellen Kreißaal integriert. Er kann auch in eigenen Räumlichkeiten in enger räumlicher Nähe zum interprofessionellen Kreißaal umgesetzt werden. Der Hebammenkreißaal zeichnet sich durch einen durchgängig hebammengeleiteten Betreuungspfad aus. Er ersetzt nicht den herkömmlichen [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißaal, sondern stellt eine Erweiterung des geburtshilflichen Angebotes eines Krankenhauses dar und stärkt das Recht auf die freie Wahl des Geburtsorts. Der Hebammenkreißaal ist in die bestehende Infrastruktur der geburtshilflichen Abteilung integriert, sodass bei Bedarf vor, während oder nach der Geburt die Frau vom Hebammenkreißaal in die fachärztliche Betreuung des [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißaals übergeleitet werden kann.]

Die G-BA-Richtlinie zum hebammengeleiteten Kreißaal sieht vor, den Begriff „Hebammenkreißaal“ als Betreuungsform zu definieren, wobei die Leitung nicht im medizinisch-ärztlichen Sinne, sondern im Rahmen der Tätigkeit einer angestellten Hebamme verstanden wird. Er ergänzt den IKS. Nur ein bestimmter Teil der Schwangeren erfüllt die Voraussetzungen für eine Geburt in einem solchen Setting, da bestimmte Abweichungen ausgeschlossen sein müssen. Hierfür bedarf es bundeseinheitlich einheitliche Kriterien, bei welchen Befunden ein Konsil, eine Überleitung in den IKS am gleichen Krankenhausstandort oder ein Ausschluss notwendig ist. Dabei kann sich der G-BA auf bereits bestehende Konzepte und wissenschaftliche Erkenntnisse stützen, etwa aus der Arbeit von Hebammenverbänden oder Forschungsprojekten. Neben einem Kontakt in der Schwangerschaft wird eine mindestens 1:1-Betreuung unter der Geburt im HKS ermöglicht. Um die Sicherheit der Gebärenden und des Neugeborenen zu gewährleisten, ist die Zusammenarbeit mit dem IKS des Krankenhauses zwingend notwendig. Es wird ein räumlich eng angebundenes Konzept an einen [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißaal gefordert, um im Notfall schnell reagieren zu können.

Im Einzelnen

Zu § 1 Regelungsgegenstand:

[**Vorschlag PatV:** Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde mit Beschluss des KHVVG in Absatz 9a des § 136a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gesetzlich verpflichtet, in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in solchen Kreißsälen festzulegen, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden. Damit sollen sowohl die Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen SPD, Bündnis 90/die Grünen und FDP umgesetzt werden als auch den entsprechenden Empfehlungen des Aktionsplans der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“¹ gefolgt werden.

Im Rahmen der Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gemäß § 135e soll anschließend geprüft werden, inwieweit die Vorgabe der Verfügbarkeit von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei Geburten durch einen von Hebammen geführten Kreißaal ersetzt werden kann, wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie beschlossenen Kriterien und Qualitätsanforderungen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen erfüllt werden.

Der von „Hebammen geleitete Kreißaal“ (HgK) grenzt sich somit ab von solchen bereits in der Versorgung befindlichen „fachärztlich geleiteten Kreißsälen“, die Hebammen zwar im Rahmen eines primär interprofessionell angelegten Betreuungskonzepts erweiterte Handlungsspielräume zuschreiben, in denen aber Fachärzte die Letztverantwortung haben, wodurch deren Voraussetzungen in den entsprechenden Leistungsgruppen geregelt sind. („Hebammenkreißaal“ / HKS).]

[Vorschlag DKG/GKV:

Nach dem am 01.01.2025 in Kraft getretenen § 136a Absatz 7 SGB V legt der G-BA in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 SGB V geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen fest, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden. Die Regelung greift die Vorgabe aus dem Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen SPD, Bündnis 90/die Grünen und FDP auf, den Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle an Kliniken zu stärken sowie eine entsprechende Empfehlung des Aktionsplans der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“. Die Richtlinie unterstützt die darin enthaltene Zielsetzung „Interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit rund um die Geburt stärken“².

Hebammenkreißsäle im Sinne dieser Richtlinie können, entsprechend der gesetzlichen Regelung, nur von Krankenhäusern eingerichtet werden. Es handelt sich um ein ergänzendes Betreuungsangebot der stationären Geburtshilfe. Der Gesetzestext definiert dies eindeutig durch die Formulierungen sektorbezogen und von einem Krankenhaus betrieben.]

1 Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt. Herausgeber: Bundesgesundheitsministerium Berlin 2019. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf

2 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Aktionsplan der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“, Juli 2024, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Aktionsplan/Aktionsplan_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf.

DKG vom 07.08.2025	GKV-SV
Die Richtlinie soll eine jährliche Zuweisung von den Fördermitteln nach § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG für Hebammenkreißsäle ermöglichen. Der Ausbau der Hebammenkreißsäle soll nach diesem Gesetz gestärkt werden, was dazu führt, dass mehr Krankenhäuser das hebammengeleitete Betreuungskonzept ermöglichen können und mehr Frauen so Zugang dazu bekommen.	[keine Übernahme]

Zu § 2 Ziele

[**Vorschlag GKV-SV:** Die hier genannten Ziele haben keinen Regelungsgehalt und zielen darauf ab, die QS-Ziele für den Adressaten verständlicher zu gestalten und Anhaltspunkte für die Evaluation zu liefern.]

[**Vorschlag PatV:** Die Einführung von durch Hebammen geleiteten Kreißsälen betont die Bedeutung einer ganzheitlichen, individuellen Betreuung während des Geburtsprozesses mit dem Ziel, den natürlichen Verlauf der Geburt möglichst abzuwarten und zu unterstützen und dabei Interventionen und medizinische Eingriffe auf das Notwendige zu beschränken. Hierdurch sind positive Effekte auf das Selbstwirksamkeitserleben der Gebärenden zu erwarten, was sich wiederum förderlich auf den Aufbau einer frühen tragfähigen Bindung zum Kind auswirkt.

Um für Hebammen Krankenhäuser als Arbeitsplatz attraktiver zu machen, müssen die Arbeitsbedingungen verbessert sowie Aufgaben, Handlungskompetenzen und Verantwortungsbereich der Hebammen entsprechend der – im Zuge der Akademisierung steigenden – Qualifikation angehoben werden. Somit verfolgt die Implementierung von HgK das Ziel, die Rolle der Hebammen in der Geburtshilfe zu stärken.

Um gleichzeitig sowohl die Geburt in von Hebammen geleiteten Kreißsälen möglichst sicher für Mutter und Kind zu gestalten als auch mögliche Auswirkungen auf die Anforderungen für die Leistungsgruppen-Nummern 42-45 der Anlage 1 zu § 135e SGB V gemäß § 6a KHG zu berücksichtigen, sind bundeseinheitlich verbindliche Vorgaben von Kriterien und Qualitätsanforderungen notwendig, deren Einhaltung überprüf- und nachweisbar ist. Dabei können die Kriterien gemäß HKS+ Zertifizierung berücksichtigt werden.]

[Ggf. zu berücksichtigen: / PatV: die Stärkung des Berufsbildes und der Rolle der Hebammen in der Geburtshilfe und damit die Steigerung der Attraktivität des Berufes]

[Vorschlag DKG/GKV:

zu Nr. 1.: Der Hebammenkreißsaal verfolgt das Ziel die physiologische Geburt in den Vordergrund zu stellen. Interventionen und medizinische Eingriffe können durch eine kontinuierliche Eins-zu-Eins Betreuung durch Hebammen unter der Geburt reduziert werden. Es wird angestrebt, den natürlichen Verlauf der Geburt abzuwarten und zu unterstützen. Insbesondere die Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Hebamme führt nach Angaben in der AWMF S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin zu mehr vaginalen Geburten, weniger Kaiserschnitten und weniger höhergradigen Dammrissen. Zudem sei eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Hebamme mit einem geringeren Einsatz von Wehenmitteln unter der Geburt assoziiert. Die GEsCHick (Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal - Entscheidungsabläufe, Qualitätssicherung und ‚Best Practice‘ Modell) des Universitätsklinikums Bonn konnte belegen, dass die untersuchten hebammengeleiteten Kreißsäle die gleiche Sicherheit für Mutter und Neugeborenes bieten, weniger Interventionen durchführen und über ein klares Regelwerk verfügen.

zu Nr. 2.: Die Gewährleistung der sicheren Geburt ist ein globales Ziel in der Geburtshilfe. Durch den Verzicht auf den Facharztstandard im Hebammenkreißsaal wird dieses Ziel hier gesondert aufgenommen. Eine besondere Verantwortung für die beteiligten Gesundheitsberufe liegt in der gewissenhaften Identifikation von Schwangeren und Gebärenden, für die eine Geburt im Hebammenkreißsaal möglich ist. Während des Geburtsverlaufs muss sichergestellt sein, dass rechtzeitig für Gebärende und Neugeborene Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf und in der postpartalen und postnatalen Phase erkannt werden und Ärztinnen und Ärzte eingebunden werden bzw. die Gebärende in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal übergeleitet wird.

zu Nr. 3.: Das Ziel der Vermeidung von Versorgungsrisiken ist ebenfalls ein globales Ziel in der Geburtshilfe und umfasst auch den Hebammenkreißsaal. Der Hebammenkreißsaal, als ein zusätzliches freiwilliges Angebot der Krankenhäuser in der Geburtshilfe, soll Wahlmöglichkeiten der Frauen im Rahmen der klinischen Geburt vergrößern. Die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung in hebammengeleiteten Kreißsälen (QHKS-RL) bezieht sich explizit auf die besonderen Bedingungen dieses Betreuungsmodells und trifft Regelungen, die Versorgungsrisiken entgegenwirken.

zu Nr. 4.: Die Richtlinie bestimmt die Anforderungen an die zusätzlich notwendigen Strukturen, die Personalausstattung und die Prozesse im Betreuungsmodell Hebammenkreißsaal. So können Schwangere und Gebärende davon ausgehen, dass bundesweit die Hebammenkreißsäle nach dieser Richtlinie einem klaren Regelwerk unterliegen, das einen einheitlichen Versorgungsstandard festlegt.

zu Nr. 5.: Dies Ziel entspricht dem Wunsch von Schwangeren und Gebärenden nach einer natürlichen Geburt mit einer durchgehenden, zugewandten Betreuung, die alles medizinisch Notwendige leistet, bei der aber nur medizinisch eingegriffen wird, wenn es nötig ist. Im Falle von Komplikationen, steht sofort eine adäquate medizinische Infrastruktur zur Versorgung zur Verfügung.

zu Nr. 6.: Die Arbeit im Hebammenkreißsaal erfordert eine enge Abstimmung mit allen Gesundheitsberufen, die Teil des geburtshilflichen Teams des Krankenhauses sind. Dementsprechend ist im Aufbau und der Umsetzung des Hebammenkreißsaals an einem Krankenhausstandort eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit erforderlich. Dies umfasst die gemeinsame Arbeit an den Kriterien zur Beurteilung des physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs bis hin zur Planung und Durchführung von Fortbildungen. Es besteht ein gemeinsames Verständnis bezüglich der beruflichen Grenzen, die im geburtshilflichen Team akzeptiert werden. Die gemeinsam erarbeiteten Regelungen zum Hebammenkreißsaal werden gelebt.

zu Nr. 7.: Studien kommen zu dem Ergebnis, dass hebammengeleitete Betreuungsmodelle eine größere Zufriedenheit bei den Schwangeren und Gebärenden bewirken. Als wesentliche Aspekte werden die Förderung der Eigenständigkeit und Selbst- und Mitbestimmung der Gebärenden, die Unterstützung bei der Bewältigung der Herausforderungen der Geburt und der frühen Elternschaft durch die Stärkung der weiblichen Kompetenz sowie ein Zugewinn an Lebensqualität und Zufriedenheit durch ein gelungenes Geburtserlebnis beschrieben. Frauen, die eine kontinuierliche personelle Betreuung während der Geburt erfahren haben, erhielten intrapartal seltener Schmerzmittel, erlebten häufiger eine Spontangeburt und waren zufriedener mit ihrer Betreuung und dem Geburtserlebnis.

Ergänzend zu den Zielen in der Richtlinie stellt der Hebammenkreißsaal ein Betreuungskonzept dar, in dem die Hebammen ihre Fachkenntnisse und Fähigkeiten gemäß ihrer Ausbildung bei physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverläufen entfalten können. Hebammen können mit dem Hebammenkreißsaal auch im stationären Sektor

eigenverantwortlich Geburten leiten. Dies kann einen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus für Hebammen leisten.]

Zu § 3 Betreuungsmodell [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK]

[Vorschlag DKG/GKV:

Zu Abs. 1: Der Hebammenkreißsaal ist ein hebammengeleitetes geburtshilfliches Betreuungsmodell im klinischen Setting, in dem Hebammen gesunde Schwangere, Gebärende und Neugeborene in der Schwangerschaft, vor, während und nach der Geburt betreuen. Die Hebammen betreuen im Hebammenkreißsaal entsprechend ihrer Qualifikation selbstständig und eigenverantwortlich. Es handelt sich um ein durchgängig hebammengeleitetes Betreuungsmodell. Der Hebammenkreißsaal ersetzt nicht den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal, sondern stellt im Sinne dieser Richtlinie, eine Erweiterung des geburtshilflichen Angebotes eines Krankenhausstandortes dar. Die Zusammenarbeit zwischen den am Hebammenkreißsaal und am [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal beteiligten Gesundheitsberufen wird eng im Sinne der Zielsetzung für den Hebammenkreißsaal gestaltet. Der Hebammenkreißsaal muss nicht über gesonderte Räumlichkeiten verfügen oder ein eigens räumlich abgetrennter Kreißsaal sein. Primär handelt es sich um ein hebammengeleitetes Betreuungsmodell für Schwangere, Gebärenden und Neugeborene mit einem physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf. Dies Betreuungsmodell kann integriert in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal durch gemeinsame Nutzung der Räumlichkeiten (z.B. mit Kennzeichnung bei Belegung durch Hebammenkreißsaal) oder am Krankenhausstandort mit eigenen Räumlichkeiten umgesetzt werden. Eine Einrichtung einer eigenständigen Organisationseinheit räumlich oder personell getrennt vom [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal ist möglich, wenn eine enge räumliche Nähe zum [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal umgesetzt ist. Wesentliches Kriterium zur Bewertung der räumlichen Nähe zum [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal ist, dass die Einhaltung der Entscheidungs-Entbindungs-Zeit von unter 20 Minuten bei Notfallkaiserschnitt sichergestellt ist. Eine räumliche Nähe durch eine Wand-an-Wand-Organisation ist nicht notwendig. Der Hebammenkreißsaal fokussiert, unabhängig vom Level des Krankenhauses gemäß QFR-RL, die physiologische Geburt.

Zu Abs. 2: Zur Umsetzung des Betreuungsmodells Hebammenkreißsaal werden Kriterien festgelegt, die die Beurteilung eines physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs ermöglichen. Diese Kriterien werden durch die Richtlinie xxxx in der Anlage 1 vorgegeben. Hebammen und Fachärztinnen und Fachärzte mindestens der Gynäkologie und Geburtshilfe können für den Hebammenkreißsaal des Krankenhauses diese Kriterien ergänzen. Entsprechend dieser Kriterien wird von den Hebammen des Hebammenkreißsaals während der Schwangerschaft erhoben, ob eine Eignung für eine Geburt im Hebammenkreißsaal vorliegt (physiologischer Schwangerschaftsverlauf) oder ob Ausschlusskriterien vorliegen. Im Falle von Abweichungen vom physiologischen Schwangerschafts- oder Geburtsverlauf können Ärztinnen und Ärzte konsultiert werden. Die Gebärende kann auch - je nach Abweichung - vom Hebammenkreißsaal in die ärztlich geleitete Betreuung des [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaals übergeben werden. Eine Überleitung geht nicht zwingend mit einem Wechsel der Hebamme oder von Räumlichkeiten einher. Es bedeutet, dass ab dem Zeitpunkt der Überleitung durch Ärztinnen bzw. Ärzte der Gynäkologie und Geburtshilfe der Facharztstandard des [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaals hergestellt wird.

Zu Abs. 3: Das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren und Gebärenden bleibt immer gewährleistet. Dies wird in dem Hebammenkreißsaal gesichert, in dem jederzeit auch der Wunsch der Schwangeren oder Gebärenden völlig ausreicht, um eine Überleitung aus dem Hebammenkreißsaal in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal zu begründen.]

Zu § 4 Personelle Anforderungen

[Vorschlag DKG/GKV:

zu Abs. 1: Aus § 136a Absatz 7 SGB V ergibt sich die zwingende Anforderung, dass der Hebammenkreißsaal durch eine [GKV-SV: vom Krankenhaus angestellte] Hebamme geleitet wird. Im Sinne der Sicherstellung der Kontinuität gilt die gleiche Anforderung an die Stellvertretung der leitenden Hebamme. Alle Führungsmodelle, die im Zusammenhang mit der Organisationseinheit Kreißsaal als Teil der Fachabteilung Gynäkologie und Geburtshilfe in Krankenhäusern bestehen, müssen für den Hebammenkreißsaal diese Anforderung berücksichtigen.

zu Abs. 2: Da das Betreuungsmodell Hebammenkreißsaal in die Organisationsstruktur der Geburtshilfe und den bestehenden [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal integriert sein kann, kann die Anforderung an die Leitung auch durch eine gemeinsame hebammenhilfliche Leitung erfüllt werden [GKV-SV:; wenn diese vom Krankenhaus angestellt ist]. Ein Aufbau von Doppelstrukturen durch eine eigenständige Führungsstruktur für den Hebammenkreißsaal ist nicht erforderlich, wenn es in der Organisation des Krankenhauses dafür keine Notwendigkeit gibt.

zu Abs. 3: Eine Anforderung an die Hebamme, die die Leitung eines Hebammenkreißsaals übernimmt, besteht darin, dass sie mindestens eine zweijährige hauptberufliche praktische Tätigkeit in der Geburtshilfe nach Abschluss der Ausbildung zur Hebamme vorweisen kann. Diese muss nicht unmittelbar vor der Übernahme der Leitungsfunktion erbracht worden sein, sondern kann in einem Zeitraum von acht Jahren vor Übernahme der Leitungsfunktion erbracht werden. Dieses Strukturmerkmal soll eine Anforderung der hebammenfachlichen Leitung darstellen. Die Leitung eines Hebammenkreißsaals stellt zusätzliche Anforderungen an die leitende Hebamme. Um zum Beispiel das Angebot des Hebammenkreißsaals mit der Eins-zu-Eins-Betreuung aufrechterhalten zu können, bedarf es einer entsprechenden Personalplanung und Dienstplangestaltung. Erfahrung in der Tätigkeit als Hebamme ermöglicht eine bedarfsorientierte Einschätzung der benötigten Personalressourcen und Arbeitszeitmodelle. Des Weiteren obliegt der leitenden Hebamme auch die Einschätzung der Vorerfahrung einer neuen Hebamme im Rahmen der Einarbeitung. Diese Einschätzung kann auf Basis der eigenen beruflichen Erfahrungen fundiert erfolgen. Die Beurteilung der Einarbeitung und des Kompetenzniveaus der Hebammen im Hebammenkreißsaal setzt ebenfalls Erfahrung in der Geburtshilfe voraus.]

zu Abs. 4: Zur Sicherstellung des erforderlichen Kompetenzniveaus hält das Krankenhaus, im Rahmen seiner Vorgaben zur Einarbeitung, für die am Hebammenkreißsaal tätigen Hebammen, ein klar strukturiertes Einarbeitungsprogramm vor. Das Einarbeitungsprogramm ist schriftlich festgelegt (digitale Anwendungen sind auch möglich) und berücksichtigt die Vorerfahrungen der Hebammen. Die Einarbeitung erfolgt für neu im Hebammenkreißsaal beschäftigte Hebammen, sowie für Wiedereinsteigerinnen. Das Einarbeitungsprogramm umfasst die für den Hebammenkreißsaal spezifischen Prozesse sowie damit verbundene interne und externe Regelungen und Vorgaben. Die spezifischen Prozesse können unter anderem

- die Aufnahme in den Hebammenkreißsaal,

- die Bewertung des physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs anhand der Kriterien nach Anlage 1
-
- Vorgehen und Zusammenarbeit bei Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes und Überleitung in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal mit Dokumentation

umfassen.

Interne Regelungen und Vorgaben mit Bezug zum Hebammenkreißsaal können denen des [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaals entsprechen und unter anderem

- Komplikations- und Notfallmanagement,
- Reanimation,
- Hygienemanagement,
- Dokumentationsvorgaben und
- Maßnahmen des geburtshilflichen Qualitäts- und Risikomanagements

umfassen.

Externe Regelungen und Vorgaben mit Bezug zum Hebammenkreißsaal können zum Beispiel die QHKS-RL, QFR-RL und Leitlinien sein. Die Verantwortung für die Durchführung der Einarbeitung liegt bei der leitenden Hebamme bzw. der stellvertretenden leitenden Hebamme. Der Verantwortung kann sie nachkommen, in dem sie Zuständigkeiten zuweist und den Stand der Einarbeitung anhand von Dokumentationen zum Einarbeitungsprogramms nachverfolgt und ggf. Feedback-Gespräche führt.

Zu Abs. 5: Das Krankenhaus erstellt im Rahmen der Implementierung des Hebammenkreißsaals ein gezieltes Schulungs- und Fortbildungsprogramm zu den wesentlichen Elementen und Prozessen des Hebammenkreißsaals zur Sicherstellung eines ausreichenden Wissens aller im Hebammenkreißsaal zusammenarbeitenden Gesundheitsberufe. Aus diesem geht ein fortlaufendes interdisziplinäres Schulungs- und Fortbildungsprogramm hervor. Das Programm umfasst z.B. Schulungen bzw. Fortbildungen zu Themen wie Bewertung eines physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs anhand der Kriterien nach Anlage 1, Aufnahme in den Hebammenkreißsaal, Geburtsbetreuung, CTG-Auswertung, Versorgung von Geburtsverletzungen/Nahttechniken, Überleitung in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal, Schmerzmanagement, Patientensicherheit, Komplikationsmanagement im Kreißsaal, Reanimation/ Neugeborenenreanimation, Dokumentation, Gebärhaltung/Kinästhetik, Fallbesprechungen. Das Schulungs- und Fortbildungsprogramm sollte Angaben darüber machen, welche Zielgruppen für die einzelnen Schulungen und Fortbildungen festgelegt sind und in welcher Frequenz die Teilnahme nachgewiesen werden soll. Am Standort verfügbare Fachabteilungen wie z.B. Anästhesie, Pädiatrie oder Neonatologie, können in das interdisziplinäre Schulungs- und Fortbildungsprogramm einbezogen werden, was auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern kann.

zu Abs. 6: Ein zentrales Element des Betreuungsmodells Hebammenkreißsaal ist die Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Hebamme unter der aktiven Geburt. Zur Umsetzung dieser Vorgabe benötigt das Krankenhaus eine entsprechende Personalplanung und Dienstplangestaltung. Gebärende können nur im Hebammenkreißsaal betreut werden, wenn mit Beginn der aktiven Geburt eine Hebamme für die Eins-zu-Eins-Betreuung vor Ort ist. Steht keine Hebamme für die Eins-zu-Eins-Betreuung zur Verfügung, kann die Geburt nicht im

Hebammenkreißsaal erfolgen. Eine Geburt im [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal des Krankenhauses ist aber weiterhin möglich.

§ 5 Anforderungen an die Infrastruktur

[Vorschlag DKG/GKV

Zu Abs. 1: Die Versorgung und Betreuung von Gebärenden im Hebammenkreißsaal erfordert die Infrastruktur eines Krankenhauses. Die Anforderung ergibt sich aus der gesetzlichen Vorgabe aus § 136a Absatz 7 Satz 1 SGB V. Zudem entspricht es dem Grundprinzip des Hebammenkreißsaals in enger Kooperation zu einem [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal zu stehen, um eine zügige und sichere Überleitung bei Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf oder auf Wunsch der Frau gewährleisten zu können. Dies ist nur möglich, wenn eine entsprechende geburtshilfliche Fachabteilung an dem Krankenhausstandort vorgehalten wird. Diese wird bis 30. Dezember 2026 in den Feststellungsbescheiden der Planungsbehörden in den Ländern ausgewiesen. Ab dem 1.1.2027 muss dem Krankenhausstandort eine der Leistungsgruppen der Leistungsgruppen-Nummern 42-45 der Anlage 1 zu § 135e SGB V gemäß § 6a KHG zugewiesen sein.

Zu Abs.2: Die Anforderung stellt dar, dass der Hebammenkreißsaal entsprechend der räumlichen Organisation über die Ausstattung für eine komplikationslose Geburt sowie für eine Notfallversorgung Schwangerer, Gebärender und Neugeborenen verfügt. Die Unterscheidung der Betreuungsmodells Hebammenkreißsaal zum interprofessionellen liegt im Wesentlichen in Betreuungselementen und nicht in Ausstattungsmerkmalen. Auch wenn das Ziel im Hebammenkreißsaal eine physiologische Geburt ist, ist bei Abweichungen vom physiologischen Schwangerschaft- und Geburtsverlaufs die Verfügbarkeit mindestens der Ausstattung eines Kreißsaals einer Geburtsklinik notwendig. Im Betreuungsmodell Hebammenkreißsaal müssen wie im [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal ein Operationssaal für die Durchführung einer Sectio caesarea mit einer Entscheidungs-Entbindungszeit unter 20 Minuten, eine Reanimationseinheit zur Neugeborenenenerstversorgung, die apparative Ausstattung zur Durchführung vaginal operativer Geburten (Forceps und Vakuumextraktion) zur Verfügung stehen, sobald durch Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf der Bedarf entsteht. Ist der Hebammenkreißsaal nicht räumlich in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal integriert, ist die E-E-Zeit unter 20 Minuten zu gewährleisten. Die Ausstattung sollte der eines Kreißsaals einer Geburtsklinik entsprechen und die Sicherheit von Gebärender und Neugeborenen gewährleisten.]

Zu § 6 Anforderungen für die Betreuung im [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK]

[Vorschlag DKG/GKV:

zu Abs. 1: Die Anforderung, dass eine Geburt in einem Hebammenkreißsaal nur möglich ist, wenn bei der Schwangeren ein physiologischer Schwangerschaftsverlauf vorliegt und ein physiologischer Geburtsverlauf für die Gebärende und das Neugeborene erwartet wird, stellt die wesentliche Voraussetzung dar. Die Notwendigkeit zur Feststellung des physiologischen Schwangerschaftsverlaufs und der Einschätzung von Geburtsrisiken ergibt sich aus dem Hebammengesetz und dem durchgängig hebammengeleiteten Betreuungsmodell im HKS. Nach § 1 HebG umfasst der Hebammenberuf unter anderem die selbständige Leitung von physiologischen Geburten sowie die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen. Um eine von Hebammen selbstständig und eigenverantwortlich durchgeführte Geburtsbetreuung zu ermöglichen, ist demnach die Feststellung des physiologischen Schwangerschaftsverlaufs und die Erwartung eines physiologischen

Geburtsverlaufs Voraussetzung. **zu Abs. 2:** Die Anforderung nach Absatz 1 setzt voraus, dass eine entsprechende Bewertung für jede Schwangere, Gebärende und das Neugeborene in der Schwangerschaft und im darüber hinaus im Geburtsverlauf getroffen wird. Durch eine Anamnese und unter Berücksichtigung der Befunde aus der Schwangerschaft und durch die fachkundige Betreuung und Beobachtung im Geburtsverlauf erfassen die Hebammen des Hebammenkreißsaals, ob Abweichungen vom physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf vorliegen.

Die Prüfung, ob Abweichungen vorliegen, nehmen die Hebammen des Hebammenkreißsaals zumindest anhand von Kriterien vor, die Teil dieser Richtlinie in Anlage 1 sind. So kann gewährleistet werden, dass bundesweit in allen Hebammenkreißsälen einheitliche Kriterien zur Prüfung eines physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs zu Grunde gelegt werden. Die in der Anlage 1 bestimmten Kriterien richten sich am gesetzlich vorgegebenen Tätigkeitsrahmen für Hebammen, an Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, an der etablierten Mutterschafts-Richtlinie sowie an durch den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse begründete etablierte Standards in der Geburtshilfe aus. Die Auflistung der Kriterien in der Anlage 1, um auf Abweichungen im physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf zu prüfen, kann nicht abschließend sein. Sowohl medizinische Entwicklungen als auch mögliche Abweichungen, die sich aus dem Kollektiv der Schwangeren ergeben, können eine Ergänzung von Kriterien durch den Hebammenkreißsaal am Standort notwendig machen. Diese können dann vom Krankenhaus in einen standortbezogenen Standard aufgenommen werden.

Die Kriterien der Anlage 1 sind in jedem Fall vom Hebammenkreißsaal bei jeder Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen zu prüfen.

zu Abs. 3: Zu den Kriterien in der Anlage 1, die auf eine Abweichung vom physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf hinweisen können, wird jeweils eine Maßnahme aufgeführt, die mindestens erfolgen soll. Ein Hebammenkreißsaal kann in Abhängigkeit der eigenen Bedingungen am Standort prüfen, ob bei bestimmten Kriterien die Notwendigkeit besteht, anstelle der Maßnahme Konsultation die Maßnahmen Ausschluss oder Überleitung als Standardmaßnahme festzulegen. § 8 regelt die Maßnahmen, die zu den einzelnen Kriterien als Mindestmaßnahme erfolgen sollen. Ergibt sich aus der Prüfung der Kriterien eine Abweichung, die eine Geburt im Hebammenkreißsaal nicht zulässt und eine Geburt im [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal erfordert, soll die Schwangere bzw. Gebärende über das Ergebnis und das weitere Vorgehen informiert werden.

zu Abs. 4: Die Geburt im Hebammenkreißsaal ist ein Angebot des Krankenhauses an die Schwangeren, für das sie sich aktiv entscheiden können. Die Anforderung umfasst, wie das Krankenhaus die partizipative Entscheidungsfindung ermöglichen und die klare Zustimmung der Schwangeren einholen soll. Im Sinne vom Shared Decision Making erhalten die Schwangeren in einem umfassenden Informations- und Beratungsgespräch alle Informationen, die sie für eine Entscheidung benötigen. Eine Dokumentation über die Beratung und eine Zusammenfassung der vermittelten Informationen sollte Teil des Prozesses sein. Die Schwangere sollte ihr Einverständnis mit dem Betreuungsmodell Hebammenkreißsaal und damit den Verzicht auf den Facharztstandard schriftlich bestätigen. So kann auch nachvollzogen werden, dass eine klare Zustimmung der Schwangeren vorliegt.

Das Informations- und Beratungsgespräch zeigt auf, welche Unterschiede im Hebammenkreißsaal (Eins-zu-Eins-Betreuung und 2. Hebamme) im Vergleich zum [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal (Verzicht auf den Facharztstandard) bestehen. Die Schwangere erhält die Information, dass vor der Aufnahme eine intensive Prüfung anhand von festgelegten Kriterien nach Anlage 1 und standortspezifischem Standard erfolgt, ob ein physiologischer Schwangerschaftsverlauf

vorliegt oder individuelle Abweichungen bestehen, die einer Geburt im Hebammenkreißsaal entgegenstehen. Die Fortführung der Überprüfung von Kriterien auch während des gesamten Geburtsverlaufs wird ebenfalls im Informationsgespräch besprochen. Der Schwangeren werden die Abläufe und Dokumente erklärt, die für die Einschätzung eines physiologischen Schwangerschaftsverlaufs vorgesehen werden. Das Informations- und Beratungsgespräch umfasst auch wie das Vorgehen zur Konsultation von Ärzten ist, wenn die Hebamme Abweichungen feststellt und eine interprofessionelle Beurteilung des Geburtsverlaufs notwendig ist. Eine Konsultation führt nicht direkt zu einem Wechsel in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal. Im Informationsgespräch wird auch beschrieben, wie Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf zu einem Wechsel in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal führen können und wie dies gestaltet wird. Häufig wird dies im Hebammenkreißsaal für die Gebärende nur durch die dauerhafte Hinzuziehung der Ärztin oder des Arztes in die Geburtsbetreuung wahrnehmbar.

Die Schwangeren sollten in dem Gespräch auch darüber informiert werden, dass sie immer auch selber den Wunsch nach einem Wechsel in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal äußern können. Auch sollte angesprochen werden bis zu welchem Zeitpunkt in der Schwangerschaft die Frau die Entscheidung für den Hebammenkreißsaal getroffen haben muss, um das Angebot nutzen zu können. Die Schwangere erhält auch die Information, dass mindestens ein Termin mit Hebammen des Hebammenkreißsaals durchgeführt wird, um festzustellen, ob nach den Kriterien des Hebammenkreißsaals eine Geburt im Hebammenkreißsaal in Frage kommt.

Das Krankenhaus sollte den Frauen auch die Information geben, dass das Angebot des Hebammenkreißsaals von Seiten des Krankenhauses nicht möglich ist, wenn bei Beginn der aktiven Geburt keine Eins-zu-Eins-Hebammenbetreuung gewährleistet ist. Dies schließt aber nicht die Geburt im [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal des Krankenhauses aus.

zu Abs. 5: Die Beratung und Information zum Angebot des Hebammenkreißsaals und die Prüfung, ob ein physiologischer Schwangerschaftsverlauf vorliegt und ein physiologischer Geburtsverlauf zu erwarten ist, wird in mindestens einem Termin der Schwangeren mit Hebammen des Hebammenkreißsaals durchgeführt. Der Termin sollte spätestens bis zur 37+0 Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Dies ermöglicht noch eine ausreichende Bedenkzeit für die Schwangere und eine Abklärung der Kriterien ohne zeitlichen Druck. Es kann in Einzelfällen als Ausnahme auch vorkommen, dass z.B. aufgrund der Planung der Gespräche zur Geburtsplanung eine Schwangere nach der 38 Schwangerschaftswoche die Durchführung des Informations- und Beratungsgesprächs sowie die Abklärung der Kriterien des Hebammenkreißsaals wünscht. Zwischen dem Informations- und Beratungsgespräch sowie der Abklärung der Kriterien des Hebammenkreißsaals und dem Beginn der Betreuung im Hebammenkreißsaal sollten mindestens 24 Stunden liegen. Dies folgt der Intention aus dem Patientenrechtegesetz § 630e BGB., so dass auch für die Entscheidung zum Hebammenkreißsaal die Rechtzeitigkeit für eine wohlüberlegte Entscheidung hergestellt werden sollte. Zur Prüfung, ob ein physiologischer Schwangerschaftsverlauf vorliegt und ein physiologischer Geburtsverlauf zu erwarten ist, wird ein standortspezifischer Standard nach Absatz 2 genutzt, der zumindest die Kriterien der Anlage 1 Abschnitt I. Schwangerschaft und den Unterabschnitten a. Anamnese und Allgemeine Befunden sowie b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf umfasst. Die Kriterien prüfen auf Abweichungen, die bei der Schwangeren oder bei dem Ungeborenen vorliegen können.

zu Abs. 6: Die Prüfung auf Vorliegen eines physiologischen Schwangerschaftsverlaufs und eines physiologischen Geburtsverlaufs wird ab Beginn der Betreuung im Hebammenkreißsaal fortgesetzt. Es wird ebenfalls ein standortspezifischer Standard eingesetzt, der zumindest die

Kriterien der Anlage 1 Abschnitt II. Geburt mit den Unterabschnitten a. Risiken unter der Geburt und b. weitere Risiken unter der Geburt umfasst. Die Kriterien prüfen auf Abweichungen, die bei der Gebärenden oder bei dem Ungeborenen vorliegen können.

zu Abs. 7: Die kriteriengeleitete Prüfung, ob ein physiologischer Verlauf nach der Geburt vorliegt, erfolgt ebenfalls anhand eines standortspezifischen Standards, der zumindest die Kriterien der Anlage 1 Abschnitt III. Nach der Geburt mit den Unterabschnitten a. Postnatale Erkrankungen / Störungen des Neugeborenen und b. Postpartale Pathologien der Mutter sowie c. weitere Kriterien nach der Geburt umfasst.]

§ 7 Anforderungen an die Geburtsbetreuung

[Vorschlag DKG/GKV

Zu Abs.1: Die Eins-zu-Eins-Betreuung stellt eine wesentliche Anforderung an den Hebammenkreißaal dar. Sie muss spätestens mit dem Beginn der aktiven Eröffnungsphase (Muttermundöffnung von ca. 4-6 cm) gewährleistet sein. Die Geburtsbetreuung im HKS erfordert auch, dass spätestens gegen Ende der Austrittsphase des Kindes eine zweite Hebamme anwesend sein soll.

zu Abs. 2: Im Rahmen der Eins-zu-Eins-Betreuung mit dem Geburtsverlauf beurteilt die Hebamme fortlaufend auch, ob Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf zumindest nach den Kriterien nach Anlage 1 Abschnitt II. Geburt vorliegen. Entsprechend der Einschätzung der Hebamme und nach Maßgabe aus der Anlage 1 zum weiteren Vorgehen wird die Geburtsbetreuung im HKS fortgesetzt oder eine Konsultation angefordert oder eine Überleitung eingeleitet. Die betreuende Hebamme zieht ab Beginn der aktiven Eröffnungsphase regelmäßig eine zweite Hebamme zur Beurteilung des Geburtsverlaufs im Sinne einer kollegialen Beratung hinzu. Die Regelmäßigkeit könnte zum Beispiel durch Abstände von ca. 2 Stunden hergestellt werden. Die kollegialen Beratungen können eine Zusammenfassung des Geburtsverlaufs und ggf. eine gemeinsame Bewertung des CTGs oder der fetalen Auskultation beinhalten. Die Hebamme für die kollegiale Beratung muss nicht zeitgleich auch im HKS tätig sein, sondern kann auch aus dem IKS hinzugezogen werden.

Zu Abs. 3: Die Entscheidung zu einer Überleitung vom Hebammenkreißaal in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißaal erfolgt auch kriteriengeleitet entsprechend mindestens der Kriterien der Anlage 1. In Abhängigkeit von der Art der Abweichung vom physiologischen Geburtsverlauf muss die Überleitung unverzüglich möglich sein. Das Krankenhaus muss sicherstellen, dass die Strukturen des HKS mit den Schnittstellen zum IKS und anderen Bereichen im Krankenhaus sowie die Prozesse in der Überleitung klar geregelt und bekannt sind, so dass keine Unterbrechung in der Versorgung der Gebärenden und des Neugeborenen eintritt. Die Gebärende verlässt im Fall einer Überleitung in der Regel nur das Betreuungsmodell Hebammenkreißaal. Der Betreuungskreis wird im Fall einer Überleitung mindestens um den ärztlichen Dienst erweitert, der zusätzlich zur Hebamme verantwortlich hinzugezogen wird. Überwiegend wird die Betreuung ohne Wechsel des Raumes oder der Hebamme fortgesetzt.]

Zu § 8 Konsultation, Überleitung und Ausschluss

[Vorschlag DKG:

Zu Abs. 1: Bei Abweichungen vom physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, die zu einer Konsultation, Überleitung oder zum Ausschluss führen, ist eine Zusammenarbeit der HKS mit dem IKS notwendig, um die sichere und nahtlose Versorgung der Schwangeren, Gebärenden und des Neugeborenen sicherzustellen. Bei Vorhandensein einer Neonatologie

oder Pädiatrie am Standort ist diese in die Zusammenarbeit, wenn dies zur Versorgung des Neugeborenen erforderlich ist, eingeschlossen.

Zu Abs. 2: Um die in Absatz 1 angeführte Zusammenarbeit für Konsultationen und die in § 7 Absatz 3 angeführte unverzügliche Überleitung zu ermöglichen, erfolgt mit Betreuungsbeginn eine kurze Information an den IKS. So haben die im IKS tätigen Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, sich auf eine eventuell notwendige Konsultation oder Überleitung einzustellen.

zu Abs. 3: Die Maßnahme Konsultation als Hinzuziehung einer Ärztin bzw. eines Arztes im erfolgt in der Regel auf Basis der Einschätzung zum Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, die die betreuende Hebamme nach Maßgabe mindestens der Kriterien nach Anlage 1 vornimmt. Die Konsultation kann persönlich, telefonisch oder schriftlich ggf. auch unter Einsatz telemedizinischer Anwendungen erfolgen. Ausschließlich schriftliche aktengestützte Konsultationen im Sinne einer Fallbeurteilung anhand der vorliegenden Dokumentation sind auf die Aufnahme in den HKS nach § 6 Absatz 2) beschränkt. Bei Konsultationen ist der Facharztstandard zu Grunde zu legen. Für die Konsultation von Ärztinnen oder Ärzten der Kinder- und Jugendmedizin für die Beurteilung von Abweichungen beim Neugeborenen sind die Regelungen für Geburtskliniken zu beachten.

zu Abs. 4: Die Maßnahme Überleitung der Schwangeren oder der Gebärenden mit dem Neugeborenen in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal erfolgt, wenn nach Beurteilung der Kriterien der Anlage 1 kein physiologischer Geburtsverlauf mehr vorliegt. Davon ist auch der Wunsch der Schwangeren oder Gebärenden umfasst, der unter „weitere Kriterien unter der Geburt“ im Abschnitt II der Anlage 1 aufgenommen ist. Häufig besteht der Wunsch der Gebärenden nach einem Wechsel in den IKS aufgrund einer Schmerztherapie, die nur im IKS durchgeführt werden kann. Kann der Krankenhausstandort für die Gebärende den Betreuungsschlüssel einer Eins-zu-Eins-Betreuung nach § 7 Absatz 1 nicht einhalten, erfolgt ebenfalls eine Überleitung.

zu Abs. 5: Die Maßnahme Ausschluss erfolgt, wenn im Rahmen der Prozesse zur Aufnahme in den HKS, die in § 6 beschrieben werden, festgestellt wird, dass die Voraussetzungen für eine Betreuung im Hebammenkreißsaal nicht erfüllt werden.]

Zu § 9 Anforderungen an die Prozessqualität des [GKV-SV/DKG/LV/DHV: HKS/ PatV: HgK]

[Vorschlag DKG/GKV:

zu Abs. 1: Schriftliche, verbindliche Regelungen enthalten die Vorgaben, die für alle Hebammen des HKS und weitere am Betreuungsmodell zusammenarbeitende Gesundheitsberufe am Krankenhausstandort gelten und zu deren Einhaltung sie verpflichtet werden. Die Regelungen können u.a. Organisationsstatute, Standards, Arbeitsanweisungen, Verfahrens- oder Prozessbeschreibungen, Standard Operating Procedures (SOP), Dienstanweisungen, ggf. Vereinbarungen im Rahmen der betrieblichen Mitbestimmung umfassen.

Diese Regelungen sollten interdisziplinär im Team des Hebammenkreißsaals erarbeitet werden: Hebammen und Fachärztinnen bzw. Fachärzten der Gynäkologie und Geburtshilfe erarbeiten die Inhalte der Regelungen einrichtungsspezifisch entsprechend den vorliegenden Bedingungen im Krankenhaus und der geburtshilflichen Abteilung. Regelungen zu entsprechenden Schnittstellen können mit Fachärztinnen bzw. Fachärzten der Anästhesie und wenn am Standort vorhanden Pädiatrie oder Neonatologie erarbeitet werden. Diese Regelungen sind verschriftlicht und sollen für die zusammenarbeitenden Gesundheitsberufen bindend sein. Alle genannten Regelungen werden einer regelmäßigen Prüfung und Aktualisierung unterzogen und stehen immer in der aktuellen Fassung zur Verfügung.

Die Regelungen zum § 6 umfassen die Prozesse zum Informations- und Beratungsgespräch z.B. eine Information und Beratung über die Möglichkeiten und Grenzen einer Geburt im HKS und den Verzicht auf den Facharztstandard. In den Regelungen können die Vorgaben zur Dokumentation des Informations- und Beratungsgesprächs enthalten sein sowie Vorlagen für Formulare. So kann ein einheitlicher Standard zur Beratung, Information und Aufnahme in den Hebammenkreißsaal an dem Standort des Hebammenkreißsaals gesichert werden.

Die Regelungen zur Durchführung der Anamnese können Beschreibungen zur körperlichen Untersuchung durch die Hebamme umfassen in der z.B. eine Beckenbeurteilung, Leopold'sche Handgriffe, Messung des Symphysen-Fundus-Abstands und die Beurteilung von Varizen und Ödemen erfolgt, sowie eine Erhebung der kindlichen Vitalität mit Kindsbewegungen und Auskultation der fetalen Herzfrequenz. Zur Abklärung eines physiologischen Schwangerschaftsverlaufs im Rahmen der Geburts- und Aufnahmeplanung mit Überprüfung zumindest der Kriterien nach Anlage 1, kann beschrieben werden, wie die Vorgehensweise zur Erhebung und Dokumentation der Befunde sowie der Entscheidungen festgelegt ist. Die Auflistung der Abweichungen in der Anlage 1, die eine Konsultation, einen Ausschluss oder eine Überleitung in den [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal des Krankenhauses erforderlich machen, kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Demzufolge entbindet die Anlage 1 mit den dort aufgeführten Kriterien den HKS und die Krankenhäuser nicht von ihrer Pflicht entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu arbeiten und alle relevanten Überarbeitungen von Leitlinien/neue Studien usw. zu berücksichtigen und ggf. erforderliche Ergänzungen von weiteren Kriterien vorzunehmen.

Die Regelungen zum § 7 können auf die Prozesse zur Eins-zu-Eins-Betreuung eingehen. Es kann beschrieben und definiert werden, wie die Aufnahme der Schwangeren in den Kreißsaal erfolgt und dass spätestens mit dem Beginn der aktiven Eröffnungsphase (Muttermundöffnung von ca. 4-6 cm) die Eins-zu-Eins-Betreuung beginnt. Auch sollte die Regelung beinhalten wie das Vorgehen ist, wenn die Eins-zu-Eins-Betreuung zum Zeitpunkt der Aufnahme der Schwangeren nicht möglich ist. Die Hinzuziehung einer weiteren Hebamme kann auch Inhalt der Regelung sein. Ein weiteres zentrales Element des Hebammenkreißsaals in der Geburtsbetreuung ist die kollegiale Beratung mit der zweiten Hebamme. Die Regelungen können Festlegungen u.a. zur Organisation, zur Sicherstellung der Durchführung, um zum Vorgehen und zur Dokumentation treffen (z.B: ca. alle zwei Stunden erfolgt eine kollegiale Absprache mit kurzer Zusammenfassung des Geburtsverlaufs und ggf. gemeinsame Bewertung des CTGs oder der fetalen Auskultation). Vorgaben zur Dokumentation des kollegialen Austauschs können z.B. Zeitpunkt und Ergebnis (physiologischer Verlauf, suspekter Verlauf mit Maßnahmen, pathologischer Verlauf mit Überleitung IKS) umfassen.

Regelungen zum § 8 zu den Maßnahmen Konsultation, Überleitung, Ausschluss umfassen Ablauf und die Dokumentation. Die Regelungen zur Überleitung können die Schnittstellen, Prozesse und Verantwortlichkeiten in der Überleitung definieren und nehmen Bezug auf den Kriterienkatalog der Anlage 1. Die Regelungen können beschreiben wie die Überleitung erfolgen soll, wie die Übergabe zur Gebärenden an die Ärztin oder den Arzt erfolgen soll (z.B. nach SBAR-Schema) und wie der Beginn der Betreuung im [GKV-SV/PatV/LV: ärztlich geleiteten /DKG/DHV: interprofessionellen] Kreißsaal dokumentiert wird.

zu Abs. 2: Das Krankenhaus muss sicherstellen, dass Beleghebammen, die im HKS tätig sind die Regelungen zu den entsprechenden Prozessen kennen, beachten und einhalten. Dies soll durch entsprechende vertragliche Vereinbarungen gesichert werden. Belegärztinnen und Belegärzte, die mit dem HKS an dem Krankenhausstandort zusammenarbeiten, müssen in gleicher Weise die Regelungen zu den entsprechenden Prozessen kennen, beachten und einhalten. Dies soll ebenfalls durch entsprechende vertragliche Vereinbarungen gesichert werden.]

Zu § 10 Folgen der Nichteinhaltung

[Vorschlag DKG/GKV:

zu Abs. 1: Der HKS ist ein ergänzendes geburtshilfliches Angebot eines Krankenhausstandortes in Ergänzung zu einem bestehenden IKS. Kann der Krankenhausstandort bei Aufnahme in den Kreißsaal zum Beginn der Geburtsbetreuung eine Anforderung der Richtlinie nicht erfüllen, kann die Gebärende nur in den IKS aufgenommen und dort betreut werden.

zu Abs. 2: Können die Anforderungen der Richtlinie durchgängig über einen Zeitraum von 3 Monaten hinaus nicht erfüllt werden, ist es nicht mehr zulässig die Bezeichnung „Hebammenkreißsaal“ oder „hebammengeleiteter Kreißsaal“ zu verwenden. Eine entsprechende Information der Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nach § 10 Absatz 2 hat dann zu erfolgen.]

Zu § 11 Nachweisverfahren

[Vorschlag DKG/GKV:

[Der standortbezogene Nachweis hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen aus der Richtlinie ist gegenüber dem jeweils zuständigen Landesverband der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Form einer Konformitätserklärung vor der Leistungsaufnahme und danach regelmäßig zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember zu führen.]

Zu § 12 [GKV-SV/DKG/DHV: Evaluation]

[Vorschlag DKG/GKV:

Der G-BA sieht § 136d SGB V folgend vor, die Erreichung der in § 2 aufgeführten Ziele der Richtlinie zu evaluieren. Dazu beauftragt der G-BA das IQTIG, über einen Zeitraum von 5 Jahren diese Evaluation durchzuführen und jährlich darüber zu berichten. Von besonderer Relevanz ist es die Auswirkungen auf die Anzahl der etablierten HKS und Umsetzungs Hindernisse sowie die erwünschten und unerwünschten Auswirkungen darzustellen.]

Zu Anlage 1

Stand: 07.08.2025 (redaktionell aufbereitet)

GKV-SV/DKG	LV
Kriterien für Maßnahmen bei Abweichungen vom physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs im Hebammenkreißsaal	Kriterien zur Betreuung im Hebammenkreißsaal

Die Feststellung eines physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs als wesentliche Voraussetzung, dass Geburten im HKS erbracht werden dürfen, erfolgt kriteriengeleitet. Für eine qualitätsgesicherte geburtshilfliche Betreuung im HKS der Krankenhäuser sind fallspezifische

GKV-SV/DKG	LV
Befunde/Risiken aus Leitlinien, Richtlinien und anderen Normvorgaben. identifiziert (vgl. Quellenverzeichnis), die eine mögliche Abweichungen vom physiologischen Schwangerschaft- und Geburtsverlauf darstellen.	Befunde aus Leitlinien, Richtlinien und anderen Normvorgaben identifiziert (vgl. Quellenverzeichnis). Diese stellen einen physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf sowie] mögliche Abweichungen vom physiologischen Schwangerschaft- und Geburtsverlauf dar.

Diese sind als Kriterien in der Anlage 1 zusammengefasst und dienen der Überprüfung und Einschätzung zu unterschiedlichen Zeitpunkten während der Schwangerschaft und unter der Geburt (inklusive der postpartalen und postnatalen Phase). Diese sollen dazu dienen, dass in allen Hebammenkreißsälen einheitliche Kriterien zur Beurteilung des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs mindestens zu Grunde gelegt werden, um einen bundesweit einheitlichen Standard zu schaffen.

GKV-SV/DKG	LV
Der gesetzlich vorgegebene Tätigkeitsrahmen für Hebammen (Hebammengesetz, Berufsordnungen der Länder) umfasst die fachliche Kompetenz von Hebammen	Der gesetzlich vorgegebene Tätigkeitsrahmen für Hebammen (Hebammengesetz, Berufsordnungen der Länder) umfasst die fachliche Kompetenz von Hebammen, 1) gesunde Schwangere während der Schwangerschaft zu betreuen; (2) diese während der Geburt zu betreuen, sofern der Schwangerschaftsverlauf unkompliziert war, der Fet sich in Schädellage befindet, und keine Frühgeburtlichkeit vorliegt; (3)

Regelwidrigkeiten bei der Schwangeren, der Gebärenden oder beim Neugeborenen zu erkennen, die das Eingreifen einer Ärztin oder eines Arztes erforderlich machen. Die Auflistung der Abweichungen zum physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, die eine Konsultation, einen Ausschluss oder eine Überleitung in den ärztlich geleiteten (DKG: interprofessionellen) Kreißsaal des Krankenhauses erforderlich machen, kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Demzufolge entbindet die Anlage 1 mit den dort aufgeführten Kriterien den HKS und die Krankenhäuser nicht von ihrer Pflicht entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Stand zu arbeiten und ggf. erforderliche Ergänzungen von weiteren Kriterien vorzunehmen. Eine restriktivere Vorgehensweise bei den hier dargestellten Abweichungen von der Physiologie (statt Konsultation wird das Vorgehen Ausschluss oder Überleitung bestimmt) kann standortspezifisch festgelegt werden.

Die in Anlage 1 verwendete Darstellungsweise dient v.a. der Veranschaulichung. Zur Überprüfung der Abweichungen kann auch eine andere geeignete Dokumentationsvorlage verwendet werden (z.B. elektronisch, Papierform, andere Struktur), die zumindest die Kriterien und dazugehörigen Maßnahmen nach Anlage 1 vollständig und nachvollziehbar enthalten muss.

GKV-SV/DKG	LV
Die möglichen Abweichungen vom physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs und die hierfür notwendigen Maßnahmen sind unter I bis III aufgelistet und umfassen folgende Bereiche:	Die Kriterien des Einschlusses in die oder des Ausschlusses von der Betreuung im Hebammenkreißsaal sind unter I bis III aufgelistet und umfassen folgende Bereiche:

- I. Schwangerschaft³
 - A. a. Anamnese und allgemeine Befunde
 - B. b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf
- II. Geburt
 - C. a. Risiken unter der Geburt
 - D. b. Weitere Kriterien unter der Geburt
- III. Nach der Geburt
 - E. a. Postnatale Erkrankungen/ Störungen des Neugeborenen
 - F. b. Postpartale Pathologien der Mutter
 - G. c. Weitere Kriterien nach der Geburt

³ (Systematik Abschnitte a und b orientieren sich an dem Risikokatalog der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt - Mu-RL)

I. Schwangerschaft

2.1.1 Schwangerschaft a. Anamnese und allgemeine Befunde					2.1.2 Referenzen 2.1.3 (Konkretisierung der Quellen 2.1.4 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
1	3	Blutungs- und Thrombose- neigung		Konsultation	AWMF S2k LL 015-063 Peripartale Blutung: Kapitel 3.1 Tabelle 12 Das von Willebrand Syndrom (v.a. Typ 2 und 3) stellt einen Risikofaktor für postpartale Blutungen dar mit einem OR 3,8, Es gibt keine klare Empfehlung dazu Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Thrombose in aktueller Schwangerschaft: Ausschluss; Gerinnungsstörung/Thromboseneigung anamnestisch: Konsultation; Z.n. Thromboembolie: Konsultation GEschHick-Studie: Konsultation Mu-RL: Schwere Allgemeinerkrankung der Mutter: mind. Konsultation
2	9	Diabetes mellitus	Bei vorbestehendem insulinpflichtigem Diabetes	Ausschluss	AWMF S2eLL 057-023 Diabetes in der Schwangerschaft: Empfehlung 9-3: „Schwangere mit präexistentem Diabetes sollen zur Entbindung in ein Perinatalzentrum Level I oder II überwiesen werden (Level of Evidenz: Expertenmeinung) AWMF S2k LL 024-006 Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter (abgelaufen, wird aktuell überarbeitet):

2.1.1 Schwangerschaft a. Anamnese und allgemeine Befunde					2.1.2 Referenzen 2.1.3 (Konkretisierung der Quellen 2.1.4 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
					S.7 empfohlenes Vorgehen: bei insulinbehandeltem Diabetes (auch gut eingestellt), ist die Planung der Geburt mind. In einem Krankenhaus mit angeschlossener Kinderklinik (Level III) empfohlen. (Kein Evidenzgrad ausgezeichnet.) Hebammenhilfevertrag/MD Bund Synopse: insulinpflichtiger Diabetes: Ausschluss QFR-RL § 4 bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus mindestens Level III: Ausschluss Mu-RL: mind. Konsultation
3	10	Adipositas	BMI > 35 BMI > 30 BMI > 30 und Z.n. Sectio	Ausschluss Konsultation Ausschluss	AWMF S3 LL 015-081 Adipositas und Schwangerschaft (abgelaufen, in Überarbeitung), Empfehlung 5.E45: „Schwangere mit BMI > 35 kg/m2 sollten in Perinatalzentren entbinden (Evidenzgrad 2++) Empfehlung 5.E46: „Bei Schwangeren mit einem präkonzeptionellen BMI zwischen 30-35 kg/m2 sollte eine individuelle Risikoabwägung zur Geburtsortempfehlung stattfinden (Evidenzgrad 4 – Expertenempfehlung) Empfehlung 5.E47: „Bei adipösen Schwangeren mit vorangegangener Sectio caesarea soll die Entbindung in einem Perinatalzentrum erfolgen. (Evidenzgrad 4 – Expertenmeinung)

2.1.1 Schwangerschaft a. Anamnese und allgemeine Befunde					2.1.2 Referenzen 2.1.3 (Konkretisierung der Quellen 2.1.4 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
					Empfehlung 5.E50: „Bei Schwangeren mit einem BMI > 40 kg/m² soll eine pränatale Konsultation durch einen Anästhesiologen mit geburtshilflicher Expertise erfolgen...“ (Evidenzgrad 3) Hebammenhilfevertrag/MD Bund Synopse: BMI vor der Schwangerschaft > 35 und eingeschränkte Beweglichkeit: Ausschluss BMI vor der Schwangerschaft > 30 mit Komorbidität: Konsultation GEscHick-Studie: BMI > 35: Ausschluss Mu-RL erhebliche Adipositas, mind. Konsultation
4	18	Z.n. Fetalen Wachstumsrestriktion		Konsultation	AWMF S2k LL 015-080 Fetale Wachstumsrestriktion: Wiederholungsrisiko 23% vs. 3% (S.76), 20-30% (S. 77) Keine gesonderte Empfehlung GEscHick-Studie Z.n. SGA: Konsultation Mu-RL: mind. Konsultation
5	21	Komplikationen bei vorausgegangener Geburt	Z.n. Schulterdystokie	Konsultation	AWMF S2k LL 015-098: Schulterdystokie: Empfehlung 3.E9: Schwangere im Zustand nach Schulterdystokie sollen über ein Wiederholungsrisiko von 10-15% informiert werden. Empfehlung 3.E10: Schwangere im Zustand nach Schulterdystokie sollen eine dezidierte Beratung zum Geburtsmodus erhalten.

2.1.1 Schwangerschaft a. Anamnese und allgemeine Befunde					2.1.2 Referenzen 2.1.3 (Konkretisierung der Quellen 2.1.4 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
					(beides konsensbasierte Empfehlungen) Hebammenhilfevertrag/MD Bund Synopse: Konsultation GEscHick-Studie: Ausschluss Mu-RL: mind. Konsultation
6	22	postpartal Komplikation bei vorausgegangener Geburt	Z.n. postpartaler Blutung (PPH)	Konsultation	AWMF S2k LL 015-063: Peripartale Blutung: Als Risikofaktor für PPH mit OR 3,0 – 3,6 nach Kapitel 3.1 Tabelle 12 Empfehlung 4.E8: In der Klinik sollen bei Vorliegen von Risikofaktoren folgende Maßnahmen vor Einleitung der Geburt durchgeführt werden: (Auszug) - Erfahrener Anästhesist und erfahrender Geburtshelfer im Haus - Logistik prüfen hinsichtlich Antifibrinolytike, Notfall-Labor und Blutbank Hebammenhilfevertrag/MD Bund Synopse: Z.n. hohem hämodynamisch wirksamen Blutverlust: Konsultation Z.n. manueller Lösung: Konsultation

2.1.1 Schwangerschaft a. Anamnese und allgemeine Befunde					2.1.2 Referenzen 2.1.3 (Konkretisierung der Quellen 2.1.4 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
					GESCHick-Studie: Z.n. Atonie: Ausschluss Mu-RL mind. Konsultation
7	23	Z.n. Sectio Z.n. Re-Sectio		Konsultation Ausschluss	AWMF S3 LL 015-084 Sectio caesarea (LL nur bis 05/2025 gültig): Empfehlung 6.3: „Allen Frauen mit Z.n. Kaiserschnitt soll eine kontinuierliche CTG-Überwachung des Kindes unter der Geburt und die Möglichkeit empfohlen werden, in einer Einrichtung zu gebären, in der eine Notsectio jederzeit möglich ist.“ – keine Angaben zu Frauen mit Z.n. 2x Sectio, allerdings steigt das Risiko einer Plazentationsstörung mit der Anzahl der Kaiserschnittentbindungen (siehe S2k LL 015-063 : Statement 3. S1) Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Z.n. Re-Sectio ohne nachfolgende Spontangeburt: Ausschluss GESCHick-Studie: Z.n. Sectio AusschlussBei Z.n. Sectio und nachfolgend Spontanpartus: Konsultation Mu-RL mind. Konsultation
8	24	Z.n. anderen Uterus- operationen	Transmurale Myomektomie	Konsultation	AWMF S2k LL 015-063: Peripartale Blutung: Erhöhte OR für Plazenta accreta Spektrum Störung bei Z.n. uterinen Operationen (Sectiones, transmurale Myomenukleationen) Konsensbasiertes Statement 3. S5: „Haupttrisikofaktoren für eine PAS sind eine Plazentaimplantationsstörung in einer vorausgegangenen Schwangerschaft, ein Z.n. Kaiserschnitt und andere Uterusoperationen (z.B. transmurale Myomektomie).“

2.1.1 Schwangerschaft a. Anamnese und allgemeine Befunde					2.1.2 Referenzen 2.1.3 (Konkretisierung der Quellen 2.1.4 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
					Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Je nach Ausdehnung der Operation Konsultation bis Ausschluss GEscHick-Studie: Konsultation Mu-RL mind. Konsultation
9		Z.n. Hypertensive Erkrankung in der Schwangerschaft		Konsultation	AWMF S2k LL 015-018: Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft: Kapitel 2: Risikofaktoren, Prädiktion, Screening: Wiederholungsrisiko für Präeklampsie 12-27% Wiederholungsrisiko Gestationshypertonie 11-47% Wiederholungsrisiko HELLP: 13% Wiederholungsrisiko Eklampsie 2-16% Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Z.n. HELPP: Konsultation GEscHick-Studie: Konsultation Mu-RL mind. Konsultation

2.1.5 Schwangerschaft b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf					2.1.6 Referenzen 2.1.7 (Konkretisierung der Quellen 2.1.8 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahmen	
10	27	Eigene schwere Erkrankung	z.B. Nierenerkrankung	Konsultation	AWMF S2k LL 015-090 Nierenerkrankung und Schwangerschaft: Empfehlung 5.E79: Neben einer peripartalen geburtshilflichen Versorgung sollte bei Frauen mit milder CKD eine zusätzliche internistisch-nephrologische Betreuung erfolgen, bei Frauen mit moderater und schwerer CKD soll eine nephrologische Mitbetreuung erfolgen. Empfehlung 5.E80: Peripartal soll auf einen ausgewogenen Flüssigkeitshaushalt geachtet werden. Empfehlung 5.E81: Das erhöhte Risiko eines Lungenödems bei Frauen mit CKD und Präeklampsie sollte in Therapieentscheidungen einbezogen werden. Hebammenhilfvertrag/MD Bund Synopse: Schwere Allgemeinerkrankung: Konsultation GESchlick-Studie: bestehende oder durchgemachte schwere Erkrankung: Konsultation Mu-RL: mind. Konsultation
11		Thrombose in dieser Schwangerschaft		Konsultation	AWMF S2k LL 065-002 Venenthrombose und Lungenembolie: Kapitel 6.2.6 Peripartales Antikoagulationsregime: Schwangere unter therapeutische Antikoagulation sollen peripartal interdisziplinär behandelt werden.

2.1.5 Schwangerschaft b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf					2.1.6 Referenzen 2.1.7 (Konkretisierung der Quellen 2.1.8 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahmen	
					Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Ausschluss GEschHick-Studie: Eigene schwere Erkrankung: Konsultation QFR-RL: schwerwiegende schwangerschaftsassozierte Erkrankung mind. Level II (§ 4) Mu-RL: mind. Konsultation
12	32 33	Uterine Blutungen		Konsultation	AWMF S2k LL 015-063: Peripartale Blutung: Kapitel 3.1 Risikofaktoren: Antepartale Blutung OR 3,8 Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Blutungen im letzten Trimenon: Konsultation GEschHick-Studie: Blutungen nach dem ersten Trimenon: Konsultation Mu-RL: mind. Konsultation
13	34	V.a. Plazentationsstörung (Plazenta praevia, Plazenta		Konsultation	AWMF S2k LL 015-063: Peripartale Blutung: Empfehlung 3. E7:

2.1.5 Schwangerschaft b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf					2.1.6 Referenzen 2.1.7 (Konkretisierung der Quellen 2.1.8 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahmen	
		accreta Spektrum) Bestätigte Plazentationsstörung		Ausschluss	Schwangere mit V.a. Plazentationsstörung sollen grundsätzlich frühzeitig in einer Geburtsklinik mit geeigneter Organisationsstruktur vorgestellt werden und bei Verdachtserhärtung dort von einem multidisziplinären Team mit größtmöglicher Expertise („zum optimalen Zeitpunkt vom optimalen Team“) behandelt werden. AWMF S3 LL 015-084: Sectio caesarea: Empfehlung 4.7.1 – Entbindung per Sectio bei Plazenta praevia Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Plazenta praevia: Ausschluss GESchick-Studie: Plazenta praevia: Ausschluss Mu-RL: Plazenta praevia: Risikogeburt
14	35	Mehrlinge		Ausschluss	AWMF S2e LL 015-087 Zwillingschwangerschaft: Empfehlung 60: Unkomplizierte Zwillinge > 32 SSW, erster Zwilling in Schädellage, ohne Kontraindikationen oder Wachstumsdiskordanz, können vaginal oder durch Sectio entbunden werden. Die Chorionizität spielt für den Geburtsmodus keine Rolle. In seltenen Fällen kann eine Sectio nur des zweiten Kindes notwendig sein. Zu monochorialen/monoamnialen Zwillingen, S. 53: „Das Management dieser Schwangerschaften ist komplex und sollte daher in spezialisierten Zentren mit der dafür relevanten Expertise erfolgen.“

2.1.5 Schwangerschaft b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf					2.1.6 Referenzen 2.1.7 (Konkretisierung der Quellen 2.1.8 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahmen	
					Hebammenhilfevertrag/MD Bund Synopse: Bei ärztlicher Anwesenheit Geburt im häuslichen Umfeld möglich Mu-RL: mind. Konsultation
15		Fetale Wachstumsrestriktion	Bei bestätigter fetaler Wachstumsrestriktion (FGR) Schätzgewicht $t < 10.$ Perzentile	Ausschluss	AWMF S2k LL 015-080 Fetale Wachstumsrestriktion: Empfehlung 5.E25: „Bei Vorliegen einer FGR soll die Entbindung in einem Perinatalzentrum mit neonataler Intensivstation und erfahrenem Team erfolgen, um eine sofortige und kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten.“ Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: fachärztlich bestätigte Plazentainsuffizienz: Ausschluss GESchlick-Studie: V.a. Plazentainsuffizienz: Konsultation; FGR: Ausschluss QFR-RL § 4: FGR <10.Perzentile Geburtsgewicht mind. Level III Mu-RL: mind. Konsultation
16	42	Anämie	Hb < 9 g/dl	Konsultation	AWMF S2k LL 015-063 Peripartale Blutung: S. 51 Risikofaktoren: erhöhte OR von 2,2 für PPH bei Anämie mit Hb <9 g/dl.

2.1.5 Schwangerschaft b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf					2.1.6 Referenzen 2.1.7 (Konkretisierung der Quellen 2.1.8 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahmen	
					Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Ausschluss bei Anämie mit Hb < 7 g/dl GEschHick-Studie: Hb < 10 g/dl: Konsultation Mu-RL: Hb < 10 g/dl: mind. Konsultation
17		HIV-Infektion		Konsultation	AWMF S2k LL 055-002: HIV in der Schwangerschaft: Empfehlung 6: Bei einer HIV-RNA < 50 Kopien mindestens vier Wochen vor und bis zur Entbindung, soll eine vaginale Entbindung erfolgen. Folgende Voraussetzungen sollen dabei gegeben sein: - Die Schwangere nimmt eine ART ein - Geburtshelfer*innen sehen keine relevanten geburtshilflichen Risiken Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Ausschluss GEschHick-Studie: Konsultation Mu-RL: Schwere Allgemeinerkrankung der Mutter: mind. Konsultation
18	46 47 48	Hypertensive Schwangerschafts-erkrankung		Konsultation	AWMF S2k LL 015-018: Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Empfehlung 12.E39: „Gestationshypertonie: „Frauen mit einer Gestationshypertonie kann alternativ zur Schwangerschaftsbeendigung eine Prolongation nach 37 + 0 SSW angeboten werden, wenn der Blutdruck

2.1.5 Schwangerschaft b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf					2.1.6 Referenzen 2.1.7 (Konkretisierung der Quellen 2.1.8 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahmen	
					kontrolliert, das fetale Wohlbefinden sichergestellt und eine Präeklampsie ausgeschlossen sind. Von einer Terminüberschreitung sollte abgeraten werden.“ Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: SIH: Ausschluss GESchick-Studie: SIH Ausschluss QFR-RL § 4 Schwere schwangerschaftsassozierte Erkrankung mind. Level II Mu-RL: mind. Konsultation
19	50	Gestationsdiabetes	Gestationsdiabetes, insulinpflichtig (iGDM) Gestationsdiabetes, diätetisch (dGDM)	Ausschluss Mind. Konsultation	AWMF S3 LL 057-008 GDM: <u>iGDM</u>: Empfehlung im Kapitel 9.2.1 Wahl der Geburtsklinik: Schwangere mit insulintherapiertem GDM sollen richtlinienkonform in einem Perinatalzentrum Level 1 oder 2 entbunden werden. <u>dGDM</u>: Empfehlung im Kapitel 9.2.1 Wahl der Geburtsklinik: Schwangeren mit diätetisch eingestelltem GDM sollte die Entbindung in einer Klinik mit besonderer diabetologischer Erfahrung und angeschlossener Neonatologie angeraten werden. (Level III) AWMF S2k LL 015-098 Schulterdystokie: Empfehlung 3.E 13: Frauen mit Risikofaktoren für das Auftreten einer Schulterdystokie sollten innerhalb von 14

2.1.5 Schwangerschaft b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf					2.1.6 Referenzen 2.1.7 (Konkretisierung der Quellen 2.1.8 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahmen	
					Tagen vor der zur erwartenden Geburt eine fetale Biometrie erhalten, um eine Grundlage für eine individuelle Entscheidung zum Geburtsmodus zu schaffen. Risikofaktoren: - Fetales Schätzwicht max. 14 Tage vor der Geburt von mindestens 4250 g (OR 4,27; p=0,002), - Kopf-Abdomen-Diskrepanz (fetaler Kopfumfang < fetaler Bauchumfang) von mindestens 2,5cm (OR 3,96; p=0,001) - Jegliche Form eines maternalen Diabetes mellitus (OR 2,18; p=0,009) Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: iGDM: Ausschluss; dGDM: Konsultation GEschHick-Studie: iGDM: Ausschluss; dGDM: Konsultation QFR-RL § 4: iGDM mind. Level III Mu-RL: mind. Konsultation
20		V.a. Makrosomie	Schätzwicht >95. Perzentile	Konsultation	AWMF S2k LL 015-088 Geburtseinleitung: Konsensbasierte Empfehlung 2.E21: Bei Verdacht auf einen LGA-Fetus > 95. Perzentile sollte ab 39 + 0 SSW die Geburtseinleitung angeboten werden. Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: V.a. Makrosomie: Konsultation

2.1.5 Schwangerschaft b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf					2.1.6 Referenzen 2.1.7 (Konkretisierung der Quellen 2.1.8 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
					GESCHick-Studie: V.a. LGA: Konsultation; Schätzwert >4500g: Ausschluss
21		Aktive genitale HSV-Infektion vor der Geburt		Mind. Konsultation	AWMF S2k LL 093-001: Schwangerschaftsrelevante Virusinfektionen: S. 146 Empfehlung zu Fragestellung 8 (II): „Eine Entbindung per Sectio caesarea soll empfohlen werden, wenn zum Zeitpunkt der Entbindung aktive Läsionen vorliegen.“ AWMF LL 015-084 Sectio caesarea: Empfehlung 4.13.1: „Frauen mit einer primären genitalen Herpes simplex Virus Infektion, die im dritten Trimenon der Schwangerschaft auftritt, sollte eine geplante Sectio angeboten werden, da dies das Risiko einer neonatalen HSV-Infektion verringert.“ Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Erstinfektion Herpes genitalis: Ausschluss GESCHick-Studie: Aktive genitale HSV- Infektion: Ausschluss
22		Vordiagnostizierte fetale Fehlbildungen		Konsultation	AWMF S2k LL 087-001 Strukturelle Voraussetzungen der perinatalen Versorgung: S. 20: „Eine Betreuung von Hochrisiko-Schwangeren sowie Reif- und Frühgeborenen mit hohen Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken sowie mit pränatal diagnostizierten fetalen Fehlbildungen und Neugeborene mit pränatal bekannten angeborenen Fehlbildungen soll hingegen zur Gewährleistung der Sicherheit von Mutter und Kind, zur Vermeidung von neonatalen Transporten und zur Verringerung der Frühgeburtenrate in geburtshilflich-neonatologischen Perinatalzentren (Level 2 und 1) erfolgen.“ (Keine Empfehlung, Textpassage)

2.1.5 Schwangerschaft b. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf					2.1.6 Referenzen 2.1.7 (Konkretisierung der Quellen 2.1.8 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kennziffer Mutterpass	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
					Hebammenhilfevertrag/MD Bund Synopse: Konsultation GESchick-Studie: Konsultation QFR-RL Tragende Gründe zu § 4: Verweis auf pränatal diagnostizierte fetale Erkrankungen, insbesondere bei V.a. angeborene Fehlbildungen (in alten Versionen Level I zugewiesen)
23		Wunsch der Hebamme		Ausschluss	

H.

II. Geburt

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
24	vorzeitiger Blasensprung	Nach 24h Wehentätigkeit ohne	Ausschluss/Überleitung	AWMF S2k LL 015-088 Geburtseinleitung: Empfehlung 2E7: „Eine Geburtseinleitung soll nach vorzeitigem Blasensprung spätestens nach 24 Stunden empfohlen werden.“ AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt am Termin: Empfehlung 7.6: „Wenn nach einem vorzeitigem Blasensprung nach 24 Stunden keine Wehen auftreten, soll der Schwangeren geraten werden, in eine Klinik mit der Möglichkeit einer neonatalen Versorgung zu gehen und postpartal für mindestens 12 Stunden in der Klinik zu bleiben.“ (mind. Level III) Empfehlung 7.10: „Nach einem vorzeitigem Blasensprung entwickeln 60% der Frauen Wehen innerhalb von 24 Stunden. Eine Geburtseinleitung sollte nach 24 Stunden angeboten werden. Empfehlung 7.24: Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Schwangeren während der Erstuntersuchung auffallen: - Herzfrequenz über 120 Schlägen pro Minute (SpM) nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Blutdruck von systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 110 mmHg einmalig gemessen - Blutdruck von systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Proteinurie im Urin-Stix (++) und ein einmalig erhöhter Blutdruck (systolisch ≥ 140 mmHg und / oder diastolisch ≥ 90 mmHg) - Temperatur von > 38 °C

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
		Nach 12h	Konsultation	- Vaginale Blutung, die keine Zeichnungsblutung ist - Vorzeitiger Blasensprung mehr als 24 Stunden vor Wehenbeginn - Signifikant grünes Fruchtwasser - Schmerzen, die nicht mit einer normalen Wehentätigkeit vereinbar sind - Vorliegen einer Risikoschwangerschaft, die eine ärztlich geleitete Geburt erfordern Hebammenhilfevertrag/MD Bund Synopse: nach 24h Laborkontrolle, ggf. Einleitung und Weiterleitung GESchick-Studie: Konsultation AWMF S3 LL 015-083: Vaginale Geburt: Empfehlung 7.9: „Nach einem vorzeitigen Blasensprung sollte die Frau darüber informiert werden, dass nach 12h das Risiko für eine mütterliche Infektion steigt, weshalb eine antibiotische Prophylaxe begonnen werden kann.“ AWMF S2k LL 024-020 Prophylaxe Neugeborenenensepsis: S. 5: „Liegt bei Beginn der Geburt das Ergebnis der GBS-Kultur nicht vor, dann soll die subpartale Antibiotikaprophylaxe durchgeführt werden, wenn mindestens einer der folgenden Risikofaktoren nachweisbar ist: - Drohende Frühgeburt < 37 + 0 SSW - Blasensprung ab 18 Stunden - Fieber der Mutter ab 38 °C“
25	Überschreitung des Termins (40+1-41+6) / Übertragung (ab 42 +0)		ab 41 + 3 Konsultation	AWMF S2k LL 015-088 Geburtseinleitung: Konsensbasierte Empfehlungen: 2.E4, 2.E5 ab 41+3 sollte die Einleitung empfohlen werden, ab 42+0 soll die Einleitung dringend empfohlen werden

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
			Ab 42 + 0 Ausschluss	Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: ab 42 + 0 bei gesichertem ET Ausschluss GEscHick-Studie: 41 + 0 -42 + 0 Konsultation; ab 42 + 1 Ausschluss Mu-RL (benennt keine genauen Zahlen): mind. Konsultation
26	Frühgeburtlichkeit	<37 + 0 SSW	Ausschluss	AWMF S2k LL 087-001 Strukturelle Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung: Empfehlung 28: Bei der Betreuung von Geburten in Geburtskliniken (Level IV) sollen folgende Voraussetzungen gegeben sein: „Betreuung von Schwangeren am Termin ohne zu erwartende Komplikationen ...“ Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Ausschluss GEscHick-Studie: Ausschluss QFR-RL § 4: Ausschluss (Das Schwangerschaftsalter wurde zum 01.01.2025 angepasst aufgrund oben aufgeführter Leitlinie)

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				Mu-RL: Ausschluss
27	Fetale Wachstumsrestriktion	Bei bestätigter fetaler Wachstumsrestriktion (FGR) Gewicht < 10. Perzentile	Ausschluss	AWMF S2k LL 015-080 Fetale Wachstumsrestriktion: Empfehlung 5.E25: „Bei Vorliegen einer FGR soll die Entbindung in einem Perinatalzentrum mit neonataler Intensivstation und erfahrenem Team erfolgen, um eine sofortige und kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten.“ AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt: Empfehlung 7.25: Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Erstuntersuchung des Feten auffallen: - Angabe von nachlassenden Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden - Dezeleration der fetalen Herzfrequenz - Herzfrequenz < 110 SpM oder > 160 SpM - Verdacht auf SGA, IUGR oder fetale Makrosomie - BEL, Quer- oder Schräglage - Nabelschnurvorliegen - Hochstehender oder frei ballotierender Kopf bei einer Erstgebärenden - Verdacht auf An-, Oligo- oder Polyhydramnion Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: fachärztlich bestätigte Plazentainsuffizienz: Ausschluss GESchick-Studie: V.a. Plazentainsuffizienz: Konsultation; FGR: Ausschluss

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				QFR-RL § 4: FGR <10. Perzentile Geburtsgewicht mind. Level III Mu-RL: mind. Konsultation
28	Hypertensive Schwangerschafts-erkrankung		Konsultation	AWMF S2k LL 015-018: Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Empfehlung 12.E39: „Gestationshypertonie: „Frauen mit einer Gestationshypertonie kann alternativ zur Schwangerschaftsbeendigung eine Prolongation nach 37 + 0 SSW angeboten werden, wenn der Blutdruck kontrolliert, das fetale Wohlbefinden sichergestellt und eine Präeklampsie ausgeschlossen sind. Von einer Terminüberschreitung sollte abgeraten werden.“ AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt Empfehlung 7.24: Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Schwangeren während der Erstuntersuchung auffallen: - Herzfrequenz über 120 Schlägen pro Minute (SpM) nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Blutdruck von systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 110 mmHg einmalig gemessen - Blutdruck von systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Proteinurie im Urin-Stix (++) und ein einmalig erhöhter Blutdruck (systolisch ≥ 140 mmHg und / oder diastolisch ≥ 90 mmHg) - Temperatur von > 38 °C - Vaginale Blutung, die keine Zeichnungsblutung ist - Vorzeitiger Blasensprung mehr als 24 Stunden vor Wehenbeginn - Signifikant grünes Fruchtwasser

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				- Schmerzen, die nicht mit einer normalen Wehentätigkeit vereinbar sind - Vorliegen einer Risikoschwangerschaft, die eine ärztlich geleitete Geburt erfordern Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: SIH: Ausschluss GEschICK-Studie: SIH Ausschluss QFR-RL § 4 Schwere schwangerschaftsassozierte Erkrankung mind. Level II Mu-RL: mind. Konsultation
29	Gestationsdiabetes	Gestationsdiabetes, insulinpflichtig (iGDM) Gestationsdiabetes, diätisch (dGDM)	Ausschluss Konsultation	AWMF S3 LL 057-008 GDM: <u>iGDM</u>: Empfehlung im Kapitel 9.2.1 Wahl der Geburtsklinik: Schwangere mit insulintherapiertem GDM sollen richtlinienkonform in einem Perinatalzentrum Level 1 oder 2 entbunden werden. <u>dGDM</u>: Empfehlung im Kapitel 9.2.1 Wahl der Geburtsklinik: Schwangeren mit diätetisch eingestelltem GDM sollte die Entbindung in einer Klinik mit besonderer diabetologischer Erfahrung und angeschlossener Neonatologie angeraten werden. (Level III) AWMF S2k LL 015-098 Schulterdystokie: Empfehlung 3.E 13: Frauen mit Risikofaktoren für das Auftreten einer Schulterdystokie sollten innerhalb von 14

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				Tagen vor der zur erwartenden Geburt eine fetale Biometrie erhalten, um eine Grundlage für eine individuelle Entscheidung zum Geburtsmodus zu schaffen. Risikofaktoren: - Fetales Schätzwicht max. 14 Tage vor der Geburt von mindestens 4250 g (OR 4,27; p=0,002), - Kopf-Abdomen-Diskrepanz (fetaler Kopfumfang < fetaler Bauchumfang) von mindestens 2,5cm (OR 3,96; p=0,001) - Jegliche Form eines maternalen Diabetes mellitus (OR 2,18; p=0,009) Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: iGDM: Ausschluss; dGDM: Konsultation GEschHck-Studie: iGDM: Ausschluss; dGDM: Konsultation QFR-RL § 4: iGDM mind. Level III Mu-RL: mind. Konsultation
30	uterine Blutungen	Pathologische Blutungen bei Geburtsbeginn	Überleitung	AWMF S2k LL 015-063: Peripartale Blutung: Kapitel 3.1 Risikofaktoren: Antepartale Blutung OR 3,8 AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt Empfehlung 7.25: Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Schwangeren während der Erstuntersuchung auffallen:

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				- Herzfrequenz über 120 Schlägen pro Minute (SpM) nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Blutdruck von systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 110 mmHg einmalig gemessen - Blutdruck von systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Proteinurie im Urin-Stix (++) und ein einmalig erhöhter Blutdruck (systolisch ≥ 140 mmHg und / oder diastolisch ≥ 90 mmHg) - Temperatur von > 38 °C - Vaginale Blutung, die keine Zeichnungsblutung ist - Vorzeitiger Blasensprung mehr als 24 Stunden vor Wehenbeginn - Signifikant grünes Fruchtwasser - Schmerzen, die nicht mit einer normalen Wehentätigkeit vereinbar sind - Vorliegen einer Risikoschwangerschaft, die eine ärztlich geleitete Geburt erfordern Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Blutungen im letzten Trimenon: Konsultation GESCHICK-Studie: Blutungen nach dem ersten Trimenon: Konsultation Mu-RL: mind. Konsultation
31	Amnion-infektionssyndrom	Bei V.a. Amnioninfektionssyndrom (AIS)	Überleitung	AWMF S2k LL 024-020 Prophylaxe Neugeborenenensepsis S. 2: „Als Risikofaktoren der frühen Form der Neugeborenenensepsis durch GBS gelten:

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				☐ Nachweis von GBS im Ano-Genitalbereich der Schwangeren zum Zeitpunkt der Geburt (Abstrich zur Vorhersage möglichst zwischen 35 +0 und 37 +0 Schwangerschaftswochen (SSW)) ☐ GBS-Bakteriurie während der Schwangerschaft (als Zeichen einer hohen Keimdichte im Ano-Genitalbereich) ☐ Blasensprung ≥ 18 Stunden vor Geburt ☐ Fieber der Mutter unter der Geburt $\geq 38,0$ °C ☐ Frühgeburt $< 37 + 0$ SSW ☐ Vorausgegangene Geburt eines an GBS erkrankten Kindes“ Referenzen: Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: V.a. AIS: Ausschluss GEschIck-Studie: V.a. AIS: Ausschluss
32	Fieber unter der Geburt	$>38,0^{\circ}\text{C}$	Überleitung	AWMF S2k LL 024-020 Prophylaxe Neugeborenenensepsis: S. 2: „Als Risikofaktoren der frühen Form der Neugeborenenensepsis durch GBS gelten: ☐ Nachweis von GBS im Ano-Genitalbereich der Schwangeren zum Zeitpunkt der Geburt (Abstrich zur Vorhersage möglichst zwischen 35 +0 und 37 +0 Schwangerschaftswochen (SSW)) ☐ GBS-Bakteriurie während der Schwangerschaft (als Zeichen einer hohen Keimdichte im Ano-Genitalbereich) ☐ Blasensprung ≥ 18 Stunden vor Geburt

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				❗ Fieber der Mutter unter der Geburt $\geq 38,0\text{ °C}$ ❗ Frühgeburt $< 37 + 0$ SSW ❗ Vorausgegangene Geburt eines an GBS erkrankten Kindes“ S. 5: „Liegt bei Beginn der Geburt das Ergebnis der GBS-Kultur nicht vor, dann soll die subpartale Antibiotikaprophylaxe durchgeführt werden, wenn mindestens einer der folgenden Risikofaktoren nachweisbar ist: - Drohende Frühgeburt $< 37 + 0$ SSW - Blasensprung ab 18 Stunden - Fieber der Mutter ab 38 °C“ AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt Empfehlung 7.24: Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Schwangeren während der Erstuntersuchung auffallen: - Herzfrequenz über 120 Schlägen pro Minute (SpM) nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Blutdruck von systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 110 mmHg einmalig gemessen - Blutdruck von systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Proteinurie im Urin-Stix (++) und ein einmalig erhöhter Blutdruck (systolisch ≥ 140 mmHg und / oder diastolisch ≥ 90 mmHg) - Temperatur von $> 38\text{ °C}$ - Vaginale Blutung, die keine Zeichnungsblutung ist - Vorzeitiger Blasensprung mehr als 24 Stunden vor Wehenbeginn - Signifikant grünes Fruchtwasser

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				- Schmerzen, die nicht mit einer normalen Wehentätigkeit vereinbar sind - Vorliegen einer Risikoschwangerschaft, die eine ärztlich geleitete Geburt erfordern Referenzen: Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: >38+0 °C: Ausschluss GESchick-Studie: >38+0°C: Ausschluss
33	pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne		Konsultation	AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt: Diverse Empfehlungen zu pathologischen Herzfrequenzableitungen im CTG, Kapitel 5.2.5; 5.2.6; 5.2.7; 5.2.8; 5.2.9 Empfehlung 7.25: Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Erstuntersuchung des Feten auffallen: - Angabe von nachlassenden Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden - Dezeleration der fetalen Herzfrequenz - Herzfrequenz < 110 SpM oder > 160 SpM - Verdacht auf SGA, IUGR oder fetale Makrosomie - BEL, Quer- oder Schräglage - Nabelschnurvorliegen - Hochstehender oder frei ballotierender Kopf bei einer Erstgebärenden - Verdacht auf An-, Oligo- oder Polyhydramnion

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				Hebammenhilfevertrag/MD-Bund Synopse: Vorgehen gem. LL GESchHick-Studie: Ausschluss
34	Grünes Fruchtwasser	Bei signifikant grünem Fruchtwasser (Fruchtwasser dick-grün oder zäh oder mit Mekonium-klumpen)	Überleitung	AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt Empfehlung 7.24: Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Schwangeren während der Erstuntersuchung auffallen: - Herzfrequenz über 120 Schlägen pro Minute (SpM) nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Blutdruck von systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 110 mmHg einmalig gemessen - Blutdruck von systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Proteinurie im Urin-Stix (++) und ein einmalig erhöhter Blutdruck (systolisch ≥ 140 mmHg und / oder diastolisch ≥ 90 mmHg) - Temperatur von > 38 °C - Vaginale Blutung, die keine Zeichnungsblutung ist - Vorzeitiger Blasensprung mehr als 24 Stunden vor Wehenbeginn - Signifikant grünes Fruchtwasser - Schmerzen, die nicht mit einer normalen Wehentätigkeit vereinbar sind - Vorliegen einer Risikoschwangerschaft, die eine ärztlich geleitete Geburt erfordern Empfehlung 7.31:

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				„Wenn signifikant grünes Fruchtwasser vorliegt, soll die Möglichkeit der Durchführung einer Fetalblutanalyse gegeben sein. Zudem soll eine sofortige suffiziente Versorgung nach der Geburt durch in Neugeborenenreanimation geschultes Personal vorgehalten werden.“ Hebammenhilfevertrag/MD Bund Synopse: Ausschluss, wenn dickgrün und unreifer Befund und in Abhängigkeit von der Parität GESchlick-Studie: Konsultation
35	Nabelschnurvorliegen		Überleitung	AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt Empfehlung 7.25: Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Erstuntersuchung des Feten auffallen: - Angabe von nachlassenden Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden - Dezeleration der fetalen Herzfrequenz - Herzfrequenz < 110 SpM oder > 160 SpM - Verdacht auf SGA, IUGR oder fetale Makrosomie - BEL, Quer- oder Schräglage - Nabelschnurvorliegen - Hochstehender oder frei ballotierender Kopf bei einer Erstgebärenden - Verdacht auf An-, Oligo- oder Polyhydramnion
36	Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode		Konsultation	AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt: Empfehlung 7.39 „Wenn ein protrahierter Verlauf diagnostiziert wurde, soll eine Ärztin / ein Arzt hinzugezogen werden.“

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				Hebammenhilfevertrag/MD Bund Synopse: gem LL 015-083 GESchick-Studie: protrahierte Geburt in der EP: Konsultation Geburtsstillstand: Ausschluss
37	Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode		Konsultation	AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt: Empfehlung 8.5 „In dieser Situation soll ein*e erfahrene*r Geburtshelfer*in in die Betreuung involviert werden.“ Hebammenhilfevertrag/MD Bund Synopse: gem. LL 015-083 GESchick-Studie: Ausschluss
38	Uterusruptur	V.a. Uterus-ruptur	Überleitung	AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt Empfehlung 7.24: Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Schwangeren während der Erstuntersuchung auffallen: - Herzfrequenz über 120 Schlägen pro Minute (SpM) nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Blutdruck von systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 110 mmHg einmalig gemessen - Blutdruck von systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Proteinurie im Urin-Stix (++) und ein einmalig erhöhter Blutdruck (systolisch ≥ 140 mmHg und / oder diastolisch ≥ 90 mmHg)

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				- Temperatur von > 38 °C - Vaginale Blutung, die keine Zeichnungsblutung ist - Vorzeitiger Blasensprung mehr als 24 Stunden vor Wehenbeginn - Signifikant grünes Fruchtwasser - Schmerzen, die nicht mit einer normalen Wehentätigkeit vereinbar sind - Vorliegen einer Risikoschwangerschaft, die eine ärztlich geleitete Geburt erfordern
39	Querlage, Schräglage, Beckenendlage		Überleitung	AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt Empfehlung 7.25: Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Erstuntersuchung des Feten auffallen: - Angabe von nachlassenden Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden - Dezeleration der fetalen Herzfrequenz - Herzfrequenz < 110 SpM oder > 160 SpM - Verdacht auf SGA, IUGR oder fetale Makrosomie - BEL, Quer- oder Schräglage - Nabelschnurvorliegen - Hochstehender oder frei ballotierender Kopf bei einer Erstgebärenden - Verdacht auf An-, Oligo- oder Polyhydramnion Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Bei Schräglage/Querlage: Ausschluss, BEL nur im Beisein eines Facharztes, sonst Konsultation GESchick-Studie: Bei V.a. Konsultation

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				Mu-RL mind. Konsultation
40	Schulterdystokie		Überleitung	AWMF S2k LL 015-098 Schulterdystokie: Empfehlung 4.E16: „Die Leitung einer Geburt nach der Diagnose „Schulterdystokie“ soll die geburtshilflich erfahrenste anwesende Fachperson übernehmen.“ Empfehlung 4.E17: „Spätestens mit Beginn sekundärer Lösungsmanöver sollten in den Behandlungsprozess – wenn möglich – anderer Fachdisziplinen (z.B. Neonatologie, Anästhesie etc.) hinzugezogen werden.“
41	Nachlassende Kindsbewegungen in den letzten 24h		Konsultation	AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt Empfehlung 7.25: Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Erstuntersuchung des Feten auffallen: - Angabe von nachlassenden Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden - Dezeleration der fetalen Herzfrequenz - Herzfrequenz < 110 SpM oder > 160 SpM - Verdacht auf SGA, IUGR oder fetale Makrosomie - BEL, Quer- oder Schräglage - Nabelschnurvorliegen - Hochstehender oder frei ballotierender Kopf bei einer Erstgebärenden - Verdacht auf An-, Oligo- oder Polyhydramnion
42	Mütterlicher Puls > 120 SpM nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Minuten		Konsultation	AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt Empfehlung 7.24: Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Schwangeren während der Erstuntersuchung auffallen:

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
				- Herzfrequenz über 120 Schlägen pro Minute (SpM) nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Blutdruck von systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 110 mmHg einmalig gemessen - Blutdruck von systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min - Proteinurie im Urin-Stix (++) und ein einmalig erhöhter Blutdruck (systolisch ≥ 140 mmHg und / oder diastolisch ≥ 90 mmHg) - Temperatur von > 38 °C - Vaginale Blutung, die keine Zeichnungsblutung ist - Vorzeitiger Blasensprung mehr als 24 Stunden vor Wehenbeginn - Signifikant grünes Fruchtwasser - Schmerzen, die nicht mit einer normalen Wehentätigkeit vereinbar sind - Vorliegen einer Risikoschwangerschaft, die eine ärztlich geleitete Geburt erfordern
43	Anämie	Hb < 9 g/dl	Konsultation	AWMF S2k LL 015-063 Peripartale Blutung: S. 51 Risikofaktoren: erhöhte OR von 2,2 für PPH bei Anämie mit Hb < 9 g/dl. Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse: Ausschluss bei Anämie mit Hb < 7 g/dl GEschick-Studie: Hb < 10 g/dl: Konsultation Mu-RL: Hb < 10 g/dl: mind. Konsultation

a. Risiken unter der Geburt				2.1.9 Referenzen 2.1.10 (Konkretisierung der Quellen 2.1.11 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
44	Aktive genitale HSV-Infektion vor der Geburt		Konsultation	AWMF S2k LL 093-001: Schwangerschaftsrelevante Virusinfektionen: S. 146 Empfehlung zu Fragestellung 8 (II): „Eine Entbindung per Sectio caesarea soll empfohlen werden, wenn zum Zeitpunkt der Entbindung aktive Läsionen vorliegen.“ AWMF LL 015-084 Sectio caesarea: Empfehlung 4.13.1: „Frauen mit einer primären genitalen Herpes simplex Virus Infektion, die im dritten Trimenon der Schwangerschaft auftritt, sollte eine geplante Sectio angeboten werden, da dies das Risiko einer neonatalen HSV-Infektion verringert.“ Hebammenhilfvertrag/ MD Bund-Synopse: Erstinfektion Herpes genitalis: Ausschluss GEschHick-Studie: Aktive genitale HSV- Infektion: Ausschluss

b. Weitere Kriterien unter der Geburt				2.1.12 Referenzen 2.1.13 (Konkretisierung der Quellen 2.1.14 siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
45	Schmerzmittelgabe	gem. Hebammenberufsordnung	Ausschluss/Überleitung	Berufsordnungen Hebammen, Hebammenhilfvertrag/ MD Bund-Synopse: gem. Hebammenberufsordnungen

				GESchlick-Studie: bei Opioiden, Lachgas oder PDA: Ausschluss
46	Wunsch der Frau		Ausschluss/ Überleitung	
47	Wunsch der Hebamme		Ausschluss/ Überleitung	
48	Personalengpässe	Insbesondere Nicht- Erfüllung des Betreuungsschlüssel nach § 7 Abs. 1	Ausschluss/ Überleitung	

III. Nach der Geburt

a. Postnatale Erkrankungen/Störungen des Neugeborenen				2.1.15 Referenzen 2.1.16 (Konkretisierung der Quellen siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
49	SGA (small for gestational age) oder LGA (Large for Gestational Age)	< 3. Perzentile; > 97. Perzentile (Definition aus Leitlinie übernommen)	Konsultation	AWMF S2k LL 024-005 Betreuung von Neugeborenen s. Kapitel 6.4 Hypoglykämie: LGA und SGA werden als Risikofaktoren für Hypoglykämie benannt (keine spezielle Empfehlung)
50	V.a. Asphyxie	pH < 7,0; BE < -12mmol/L und/oder Zeichen der hypoxisch ischämischen Enzephalopathie (z.B. Bewusstseinsstörung, Krampfanfälle, Hyperexzitabilität oder ein	Überleitung	AWMF S2k LL 024-005 Betreuung von Neugeborenen Kapitel 4.7 „Liegen aber eine metabolische (Laktat-) Azidose mit einem pH <7,0, einem BE von < -12 mmol/L und/oder Zeichen der hypoxisch ischämischen Enzephalopathie (z.B. Bewusstseinsstörung, Krampfanfälle, Hyperexzitabilität oder ein herabgesetzter Muskeltonus) vor, muss eine Asphyxie vermutet werden.“ Es wird weiter verwiesen auf eine LL von 2013 zur Hypothermiebehandlung.

		herabgesetzter Muskeltonus)		
51	V.a. Anämie		Überleitung	AWMF S2k LL 024-005 Betreuung von Neugeborenen Kapitel 6.4: „Beim Vorliegen von besonderen Risikofaktoren oder dem Auftreten von klinischen Symptomen ist eine in der Neugeborenenversorgung erfahrene Kinder- und Jugendärztin zu informieren, die die Indikation für notwendige weitere Maßnahmen stellt: - Anämien... - Transitionsstörungen (z.B. gestörte Atmung etc.) ... - Ösophagusatresie... - Hypoglykämien... - Neugeborenenikterus - Neonatale Infektionen - Hepatitis B
52	Transitionsstörungen	z.B. Zyanose, Blässe, gestörte Atmung	Überleitung	AWMF S2k LL 024-005 Betreuung von Neugeborenen s.o. GESchlick-Studie: Anpassungsstörung: Konsultation
53	V.a. Ösophagusatresie		Überleitung	AWMF S2k LL 024-005 Betreuung von Neugeborenen s.o.
54	Hypoglykämien persistierend nach 2-3h		Überleitung	AWMF S2k LL 024-005 Betreuung von Neugeborenen s.o.
55	Neugeborenenikterus		Überleitung	AWMF S2k LL 024-005 Betreuung von Neugeborenen s.o.
56	Auffällige Pulsoximetrie		Überleitung	AWMF S2k LL 024-005 Betreuung von Neugeborenen Kapitel 6.5.5 Erste Messung kann bereits vor Verlegung auf die Wöchnerinnenstation erfolgen, Screeninguntersuchung auf angeborene Herzfehler

a. Postpartale Pathologien der Mutter				2.1.17 Referenzen 2.1.18 (Konkretisierung der Quellen I. siehe Literaturverzeichnis unten)
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme	
57	Anhaltende oder verstärkte Blutung	(nach vaginaler Geburt >500ml Blutverlust)	Überleitung	AWMF S2k LL 015-063 Peripartale Blutungen: Kapitel 11.4 Interdisziplinärer Behandlungsalgorithmus AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt: Empfehlung 9.12: „Wenn eine postpartale Blutung, eine Plazentaretention, ein mütterlicher Kreislaufkollaps oder eine andere Verschlechterung des Gesundheitszustands der Frau auftritt, soll fachärztlicher Standard hergestellt werden.“ GEscHick-Studie: Verstärkte Blutung: Weiterleitung
58	Plazentaretention/ Plazentalösungsstörung		Überleitung	AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt: Empfehlung 9.12: „Wenn eine postpartale Blutung, eine Plazentaretention, ein mütterlicher Kreislaufkollaps oder eine andere Verschlechterung des Gesundheitszustands der Frau auftritt, soll fachärztlicher Standard hergestellt werden.“ GEscHick-Studie: Plazentalösungsstörung: Weiterleitung
59	Kreislaufkollaps		Überleitung	AWMF S3 LL 015-083 Vaginale Geburt: Empfehlung 9.12: „Wenn eine postpartale Blutung, eine Plazentaretention, ein mütterlicher Kreislaufkollaps oder eine andere Verschlechterung des Gesundheitszustands der Frau auftritt, soll fachärztlicher Standard hergestellt werden.“
60	Versorgung höhergradiger Dammmrisse III/IV-Grades		Überleitung	AWMF S2k LL 015-079 Management höhergradiger Dammmrisse Empfehlung 4.E6 Versorgung durch Facharzt mit ausreichender Erfahrung

a. Weitere Kriterien nach der Geburt			
Lfd. Nr.	Kriterien	Erläuterungen	Maßnahme
61	Wunsch der Frau		Ausschluss/ Überleitung
62	Wunsch der Hebamme		Ausschluss/ Überleitung
63	Personalengpässe	Insbesondere Nicht-Erfüllung des Betreuungsschlüssels nach § 7 Abs. 1	Ausschluss/Überleitung

QUELLENVERZEICHNIS

GEscHick-Studie:

Merz WM, Kocks A, Heep A et al. Bestandsaufnahme der Hebammenkreißsäle in Nordrhein-Westfalen und Annäherung an ein „Best Practice“ Modell hebammengeleiteter Kreißsaal. Bonn, Mai 2019, Aktualisierung 2020, https://www.lzg.nrw.de/versorgung/vers_strukt/projekte/GEscHick/index.html Abruf 25.11.2024

QFR-RL:

G-BA: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – QFR-RL. In Kraft getreten am 01.01.2025, <https://www.g-ba.de/richtlinien/41/> (Abruf am 17.07.2025)

G-BA: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt – Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL. In Kraft getreten am 19.12.2023, <https://www.g-ba.de/richtlinien/19/> (Abruf am 23.06.2025)

Hebammenhilfevertrag/ MD Bund-Synopse:

GKV-Spitzenverband: Kriterien zu Geburten im häuslichen Umfeld; Beiblatt 1 zur Anlage 3 Qualitätsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB (Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB), https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/20200401_Hebammen_Anlage_zur_Vereinbarung_-_Beiblatt_1_Kriterien_zu_Geburten_im_haeuslichen_Umfeld_Anlage_3_QV_final.pdf (Abruf am 05.06.2025)

Medizinischer Dienst Bund: Übersicht zu internationalen Kriterienkatalogen zur Entscheidung über eine außerklinische Geburt als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (Synopse zum Umgang mit Befunden vor, während und nach der Geburt aus Katalogen verschiedener Länder), https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Geburtshilfe/2_Synopse_deutsch.pdf (Abruf am 05.06.2025)

Leitlinien:

LL S2k AWMF 015-018 Hypertensive Disorders in Pregnancy: Diagnosis and Therapy. Guideline of the German Society for Gynecology and Obstetrics (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/018, June 2024) <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-018> (Abruf 23.06.2025)

LL S2k AWMF 015-063 Periparturale Hämorrhagie, Diagnose und Therapie. Guideline of the DGGG, OEGGG und SGGG, S2k-Level, AWMF Registry No. 015/063, August 2022, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-063> (bis 31.07.2027 gültig, aktuell in Überarbeitung) (Abruf am 30.12.2024)

LL S2k AWMF 015-079 Management of third and fourth degree perineal tears after vaginal birth. Guideline of the DGGG, OEGGG und SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015-079, December 2020) <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-079> (Abruf 30.12.2024)

LL S2k AWMF 015-080 Fetal growth restriction. Guideline of the DGGG, OEGGG, SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/080, October 2024). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-080> (Abruf 28.06.2025)

LL S3 AWMF 015-081: Obesity and Pregnancy. Guideline of the German Society of Gynecology and Obstetrics (S3-Level, AWMF Registry No. 015/081, June 2019). <http://awmf.org/leitlinien/detail/II/015-081.html> (abgelaufen seit 01.10.2024, aktuell in Überarbeitung) (Abruf 30.12.2024)

LL S3 AWMF 015-083: DGGG, DgHWi. Vaginale Geburt am Termin – AWMF-Register Nr. 015/083, Stand 22.12.2020, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-083> (Abruf am 30.12.2024)

LL S3 AWMF 015-084: DGGG, OEGGG, SGGG. S3 Leitlinie Sectio caesarea, AWMF- Registernummer 015-084, Stand Juni 2020, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-084> (Abruf 30.12.2024)

LL S2e AWMF 015-087 S24 Überwachung und Betreuung von Zwillingsschwangerschaften. Von Kaisenberg CS*, Klaritsch P*, Ochsenbein-Kölble N, Hodel M, Nothacker M, Hecher K (*geteilte Erstautorenschaft) <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-087> (Abruf am 30.06.2025)

LL S2k AWMF 015-088: Induction of labour. Guideline of the German Society of Gynecology and Obstetrics (S2k, AWMF Registry No. 015-088, December 2020). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-088> (gültig bis 30.11.2025, keine Angaben zur aktuellen Überarbeitung) (Abruf 30.12.2024)

LL S2k AWMF 015-090 Pregnancy and renal disease. Guideline of the DGGG and OEGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/090, September 2021) <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-090> (Abruf am 30.06.2025)

LL S2k AWMF 015-098 Shoulderdystocia. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/098, October 2024) <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-098> (Abruf 23.06.2025)

LL S2k AWMF 024-005 GNPI. Betreuung von Neugeborenen in der Geburtsklinik – AWMF Nr. 024-005, Stand 02.01.2022, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/024-005> (Abruf am 30.12.2024)

LL S2k AWMF 024-006 Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter. GNPI, DGPM, DDG, DGHWi, DGKJ, DGGG, S2k-Level, AWMF 024-006, 01.07.2017, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/024-006> (Abgelaufen seit 01.01.2022, aktuell in Überarbeitung) (Abruf 25.06.2025)

LL S2k AWMF 024-020 Prophylaxe der Neugeborenen Sepsis – frühe Form – durch Streptokokken der Gruppe B. Leitlinie des BVF, BVDfK, DGGG, DGHM, DGPI, DGPM, GNPI. AWMF Register Nr. 024-020, Stand 03.2016. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/024-020> (Abruf 30.06.2025)

LL S2k AWMF 055-002: DAIG. HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV- exponierten Neugeborenen – S2k-Leitlinie, AWMF-Register-Nr.: 055-002. Stand 11.09.2020, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/055-002> (Stand 30.12.2024)

LL S3 AWMF 057-008: DDG, DGGG-AGG. S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge – 2. Auflage, AWMF-Registernummer 057-008, Stand 28.02.2018 (aktuell in Überarbeitung), <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/057-008> (Abruf am 30.12.2024)

LL S3 AWMF 057-023: DDG -Deutsche Diabetes Gesellschaft. S2e-Leitlinie Diabetes in der Schwangerschaft – AWMF-Registernummer 057-023. 3. Auflage, Stand 30.11.2021, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/057-023> (Abruf 30.12.2024)

LL S2k AWMF 065-002 B. Linnemann, W. Blank, T. Doenst, C. Erbel, P. Isfort, U. Janssens, C. Kalka, R. Klamroth, J. Kotzerke, S. Ley, J. Meyer, K. Mühlberg, O. J. Müller, T. Noppeney, C. Opitz, H. Riess, E.-F. Solomayer, T. Volk, J. Beyer-Westendorf: Diagnostik und Therapie der tiefen Venenthrombose und Lungenembolie – AWMF-S2k-Leitlinie. Stand: 11.01.2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/065-002> (Abruf am 28.06.2025)

LL S2k AWMF 087-001 Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland ([S-2k], [AWMF Registry No. 087/001], [März 2021]). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/087-001> (Abruf 30.06.2025)

LL S2k AWMF 093-001: GfV, DVV. Labordiagnostik schwangerschaftsrelevanter Virusinfektionen – S2k-Leitlinie AWMF Registernummer 093/001. Stand 21.10.2021, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/093-001> (Abruf 30.12.2024)

3. Bürokratiekostenermittlung

[Nutzung eines der Schnellbausteine:]

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten

oder

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 13. Februar 2025 begann die Arbeitsgruppe Hebammengeleitete Kreißsäle [AG HKS] mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung / Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / DMP beraten (s. untenstehende Tabelle).

[Tabelle ist optional]

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
19. Dezember 2024	Plenum	Einrichtung und Beauftragung der AG HKS zur Erstfassung der HKS-Richtlinie nach § 136 Absatz 1 SGB V zum Thema Festlegung von Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden.
13. Februar 2025	AG-Sitzung	
18. März 2025	AG-Sitzung	
28. März 2025	AG-Sitzung	
11. April 2025	AG-Sitzung	
30. April 2025	AG-Sitzung	
20. Mai 2025	AG-Sitzung	
24. Juni 2025	AG-Sitzung	
24. Juli 2025	AG-Sitzung	
12. August 2025	AG-Sitzung	
T. Monat JJJJ	Unterausschuss QS/ASV/DMP	Einleitung Stellungnahmeverfahren

T. Monat JJJJ	Unterausschuss QS/ASV/DMP	Auswertung Stellungnahme/n und ggf. Anhörung
T. Monat JJJJ	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat sowie gemäß § 136a Absatz 7 Satz 2 SGB V der Deutsche Hebammen Verband (DHV), der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. (BfHD) und das Netzwerk der Geburtshäuser e. V. beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

*[Sofern **KEIN** Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird, erfolgt auch **keine Begründung** und dieser Abschnitt entfällt]*

Gemäß §§ 91 Absatz 5, Absatz 5a und/oder 92 Absatz 7f SGB V und/oder § 137f Absatz 2 Satz 5 und Absatz 8 Satz 2 SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / der/den stellungnahmeberechtigten Organisation/en (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung / Neufassung / Aufhebung oder Änderung der Kurztitel der RL Stellung zu nehmen, soweit dessen/deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung / Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / DMP vom T. Monat JJJJ wurde das Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte seine Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor (**Anlage 4**).

[oder:] Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom T. Monat JJJJ mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 4**).

[oder:] Es wurden fünf Stellungnahmen fristgerecht, fünf Stellungnahmen nicht fristgerecht sowie fünf Stellungnahmen unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahme/n wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung / Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / DMP in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ durchgeführt (**Anlage 5**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / Die stellungnahmeberechtigte/n Organisation/en wurde/n am T. Monat JJJJ fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Kurztitel der RL zu ändern/neu zu fassen.

[Bei Delegationsbeschlüssen] Der Unterausschuss Qualitätssicherung / Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / DMP hat für den Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Kurztitel der RL zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Länderververtretung trägt/tragen den Beschluss nicht/mit.

[Nur bei einer Beteiligung nach § 136 Abs. 3 oder § 136b Abs. 1 SGB V]: Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer äußerten keine Bedenken.

6. Literaturverzeichnis

[Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung automatisch an das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher sollte die manuelle Verschiebung des Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und 6. Zusammenfassende Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr erfolgen.]

7. Zusammenfassende Dokumentation

[Wenn keine Bürokratiekosten entstehen, kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird und ansonsten keine Dokumente den Beratungsprozess veranschaulichen sollen, kann die Zusammenfassende Dokumentation entfallen.]

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte/n Organisation/en versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der Kurztitel der RL sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 4: Stellungnahme/n *[auch dann, wenn nur der Verzicht erklärt wird]* des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, des Robert Koch-Instituts, der Bundesärztekammer, ... *[ggf. mit Schwärzung der personenbezogenen Absenderdaten wie z.B. mitarbeiterbezogene Durchwahlen und E-Mail-Adressen, Kontodaten]*

Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme/n nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

[Eine Vorlage der Anlage 3 zu den Tragenden Gründen (an die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf sowie versandte Tragenden Gründe) ist für die Beratungen im UA in der Regel nicht erforderlich. Dem Plenum ist hingegen die vollständige Zusammenfassende Dokumentation vorzulegen.]

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung

ausschließlich per E-Mail an:
qs@g-ba.de

Ihr Kontakt:

Herr Oster

Telefon: +49 228 997799 1310

E-Mail: Referat13@bfdi.bund.de

Aktenz.: 13-315/072#1554
(bitte immer angeben)

Dok.: 101370/2025

Anlage: -

Bonn, 07.10.2025

**Erstfassung einer Richtlinie über sektorenbezogene Maßnahmen zur Sicherung der
Qualität der Versorgung in krankenhausbetriebenen und hebammengeleiteten
Kreißsälen**

Sehr geehrte Frau Maag,
sehr geehrte Frau Starke,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu o. g. Beschlussentwurf. Ich sehe
in dieser Angelegenheit von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.