

## Positionspapier zur Förderung der Geburtshilfe in der Region Hannover

### Inhalt

Die Ausgangssituation .....	1
Die Situation in der klinischen Geburtshilfe .....	2
Die Situation in der ambulanten Geburtshilfe – die Hebammen.....	3
Defizite bei der Ausbildung von Hebammen.....	4
Fehlende Wahlmöglichkeit von Frauen in Bezug auf den Geburtsort (klinisch oder außerklinisch) ..	5
Was Frauen ( in Bezug auf geburtshilfliche Versorgung ) wollen.....	5
Fazit .....	6
Bedarfe und Forderungen .....	7
Langfristige überregionale Ziele .....	8

### Die Ausgangssituation

Die Situation, in der sich Schwangere, Gebärende und junge Mütter in Deutschland befinden, hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert. 98% der Kinder werden in Kliniken geboren, davon mehr als ein Drittel per Kaiserschnitt. Die Verweildauer von Frauen in Kliniken nach der Geburt hat sich von 10 Tagen auf drei Tage verkürzt. Obwohl 70 bis 80 % der Schwangeren bei Geburtsbeginn laut WHO als gesund einzustufen sind, erleben in Deutschland nur noch 6,7 % der Gebärenden eine Geburt ohne medizinische Eingriffe. Die Geburtenrate in städtischen Ballungsräumen ist steigend. Immer mehr Frauen im urbanen Lebensraum entscheiden sich für Kinder. Eigentlich wäre bei einer erhöhten Nachfrage ein Ausbau geburtshilflicher Angebote zu erwarten. Die Wirklichkeit sieht jedoch anders aus.

Die Zahl der Kliniken und der Klinikbetten wurde in den vergangenen Jahren auch in Niedersachsen reduziert, während aktuell -auch in der Region Hannover- die Geburtenzahlen wieder steigen.



Stand: 08.06.2016

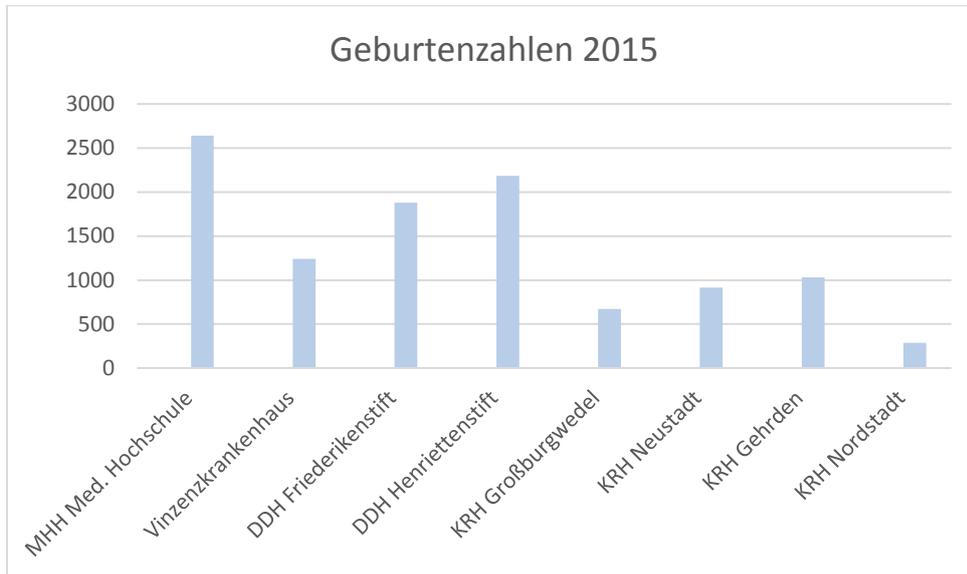


Abbildung: Klinikgeburten 2015 in den Häusern der Region Hannover. Quelle: Angaben der Kliniken.

### Die Situation in der klinischen Geburtshilfe

In der Region Hannover gibt es aktuell noch sieben Kliniken, die Geburtshilfe anbieten, sowie ein Geburtshaus. In diesen Einrichtungen werden pro Jahr gut 10.000 Kinder geboren, mit steigender Tendenz. Diese Geburten verteilen sich etwa hälftig auf Stadt und Umland, die Anzahl außerklinischer Geburten lag 2015 bei 200 (davon 10% Hausgeburten, 90% im Geburtshaus). Der niedersächsische Hebammenverband und Kliniken geben an, dass in Kliniken Planstellen für Hebammen unbesetzt sind. Diese konnten zum Teil über lange Zeiträume mangels Bewerberinnen nicht besetzt werden. Im Geburtshaus werden seit knapp zwei Jahren regelmäßig Frauen abgelehnt, weil die Kapazitäten erschöpft sind.

In Langenhagen schloss 2013 die Paracelsusklinik die geburtshilfliche Abteilung mit ca. 800 Geburten pro Jahr aus wirtschaftlichen Gründen. Die geburtshilfliche Betreuung gebärender Frauen sollte von den Kliniken KRH Nordstadt und KRH Großburgwedel gewährleistet werden. Auch das KRH Klinikum Nordstadt mit zuletzt 1.100 Geburten pro Jahr hat zu Mai 2015 die geburtshilfliche Versorgung von Frauen und deren Neugeborenen aufgegeben – ebenfalls aus wirtschaftlichen Gründen. Besonders betroffen davon sind vor allem Frauen mit Migrationshintergrund, die fast die Hälfte der dortigen Patientinnen ausmachte. Auch



Stand: 08.06.2016

die Geburtshilfe in den Diakoniekrankenhäusern stehen vor einer einschneidenden Veränderung: Presseberichten zufolge ist ein großes Mutter-Kind-Zentrum am Standort des Kinderkrankenhauses auf der Bult in Planung. 2018 soll die Geburtshilfe von Henriettenstiftung und Friederikenstift dort zusammengeführt werden. Die klinische Geburtshilfe entwickelt sich auch in Hannover zu Entbindungszentren mit über 3000 Geburten pro Jahr. Außer konfessionsgebundenen Anbietern steht in der Stadt Hannover noch die von Hochleistungsmedizin geprägte MHH zur Wahl. Abzuwarten bleibt, ob und wie gut die wenigen verbliebenen AkteurInnen die Frauen betreuen können, denn schon vor der Schließung des Klinikum Nordstadt haben sich zeitweise Kliniken bei der Rettungsleitstelle als „voll belegt“ abgemeldet.

#### Die Situation in der ambulanten Geburtshilfe – die Hebammen

Schwangere Frauen, Gebärende und Wöchnerinnen sowie ihre Kinder haben Anspruch auf Hebammenhilfe vor, während und über etliche Wochen nach der Geburt ( mindestens 8 Wochen bzw. bis zum Ende der Stillzeit ) . Aus Berichten von Frauen und Hebammen, wird klar, dass die ambulante Betreuung durch Hebammen von Frauen vor und nach der Geburt in der gesamten Region nicht mehr sichergestellt werden kann. Die genaue Anzahl der Hebammen und ihre Arbeitsvolumen werden nicht zentral erfasst und können nicht nachvollzogen werden. Der Berufsverband und die in Praxen und im Geburtshaus engagierten Hebammen berichten unisono über Annahmestopps.

Die wirtschaftliche Situation freiberuflicher Hebammen hat sich in den letzten Jahren durch steigende Haftpflichtprämien verschärft: Durch die Steigerung der Haftpflichtprämien von 1350,-€ im Jahr 2004 auf 6843,-€ in 2016 ergibt sich eine deutliche Mehrbelastung. Auch aktuell gibt es nur eine temporäre Interimslösung, jedoch keine Planungssicherheit. Schätzungen gehen davon aus, dass gerade in den letzten Jahren ein Drittel der freiberuflichen Geburtshelferinnen aufgeben musste. Diese Hebammen haben nicht nur außerklinische Geburten betreut, sondern hatten auch oft als Beleghebammen eine vertragliche Bindung an eine Klinik, die dadurch Personalkosten sparte und Arbeitskraft



Stand: 08.06.2016

gewann. Die wenigen freiberuflich geburtshilflich tätigen Hebammen in der Region Hannover betreuen seit 2014 auch angrenzende Landkreise (beispielsweise Hildesheim) mit, da es hier inzwischen bereits keine Kollegin mehr gibt, die Hausgeburten anbietet.

Hausgeburtshebammen, Beleghebammen und Geburtshäuser können so ihr Angebot aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr aufrechterhalten. Die Hebammenhilfe ist dadurch im Kern gefährdet. Dies gilt nicht nur für die Betreuung unter der Geburt. In der Folge dieser Entwicklungen steht auch die hebammenhilfliche Vorsorge sowie die Wochenbettbetreuung der Frauen und ihrer Neugeborenen plus zahlreicher weiterer Unterstützungsangebote wie Beratung und Kurse zur Geburtsvorbereitung, Rückbildung etc. zur Disposition.

#### Defizite bei der Ausbildung von Hebammen

Der Bedarf an Hebammen kann mit nur 30 Ausbildungsplätzen in der Region nicht gedeckt werden; alle Kliniken der Region konnten in den letzten Jahren offene Planstellen in Praxis, Führungsebene und/oder Ausbildung nicht besetzen. Unabhängig davon erleben die (zu wenigen) Auszubildenden in Hannover aus Sicht des Hebammenverbands nicht nur zu wenig geburtshilfliche Praxis, sondern auch nur einen Teil des für die generalisierte Ausbildung nötigen Spektrums. Denn es fehlt die praktische Ausbildung und Anleitung in Perinatalzentren. Seit 2009 besteht in Deutschland über eine Modellklausel die Möglichkeit, die Hebammenausbildung von Fachschul- auf Hochschulniveau zu heben. Niedersachsen hat sich entschieden, die Hebammenausbildung auf Fachschulniveau zu belassen. Die Weigerung Niedersachsens, das Modellvorhaben der Akademisierung der Hebammenausbildung umzusetzen, ist ein weiteres Problem im Kontext der Ausbildung. In ganz Europa (inklusive seit 2012 Österreich und der Schweiz) sind inzwischen schulische Ausbildungen für Hebammen durch ein grundständiges Bachelorstudium ersetzt worden. Absolventinnen aus Niedersachsen sind hier nicht anschlussfähig und befinden sich in einer (für Frauenberufe typischen) Bildungssackgasse.

Stand: 08.06.2016

## Fehlende Wahlmöglichkeit von Frauen in Bezug auf den Geburtsort (klinisch oder außerklinisch)

Frauen haben in Deutschland nicht nur Anspruch auf Hebammenhilfe während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Sie haben auch das Recht, den Geburtsort ihres Kindes frei zu wählen. Das kann eine Klinik ihrer Wahl, aber auch ein Geburtshaus oder ihre eigene Wohnung sein.

In der Region Hannover, wie auch in vielen Regionen Deutschlands und Niedersachsens, finden Frauen aber bereits zu Beginn ihrer Schwangerschaft keine Hebamme, die sie bei einer gewünschten klinischen oder außerklinischen Geburt begleitet. Das verständliche Bedürfnis nach Vertrautheit und Kontinuität in der Begleitung dieser sensiblen und verletzlichen Lebensphase wird nicht erfüllt. Viele Frauen erdulden diese Ungerechtigkeit still. Manche gebären ihre Kinder ohne angemessene Hebammenbetreuung oder per Wunschkaiserschnitt. Andere kämpfen für den Erhalt des Hebammenberufs und der Wahlfreiheit des Geburtsortes und schließen sich dafür zu politischen Initiativen zusammen. Wieder andere entscheiden sich zur Alleingeburt („Freebirthing“); in Internetforen wird die Motivation diskutiert mit Überschriften wie „Schwangeren traut man Eigenverantwortung nicht zu“, aber auch mit Kommentaren wie „Haben wir in der Klinik Einfluss darauf, wie unsere Geburt werden wird?“.

## Was Frauen ( in Bezug auf geburtshilfliche Versorgung ) wollen

Die wissenschaftliche Forschung hat sich mit der Frage, wie Frauen in Deutschland sich eine optimale Versorgung vor, während und nach der Geburt wünschen, vergleichsweise wenig beschäftigt. Die wenigen Studien zeigten, dass Frauen ein intensives Bedürfnis nach Sicherheit, aber auch nach einer ungestörten, geschützten und manipulationsfreien Geburtssituation haben. Darüber hinaus lässt sich mit wenig Phantasie und etwas gesundem Menschenverstand unschwer vermuten was Frauen in Deutschland sich in Bezug auf ihre geburtshilfliche Versorgung wünschen: Sicherheit, Geborgenheit und eine gute Betreuung. Eine gute Betreuung ist insbesondere durch ausreichende zeitliche und personelle Ressourcen gekennzeichnet. Ziel eine gesunde Mutter mit einem gesunden Neugeborenen.



Stand: 08.06.2016

Nur wenige Schwangerschaften und Geburten verlaufen kompliziert. Neben der Highend-Medizin in Perinatalzentren bedarf es aus Frauensicht vor allem einer hochwertigen und persönlichen Schwangerenversorgung und Geburtshilfe, die den größten Teil aller Frauen betreut: Die unkompliziert verlaufende Schwangerschaft und Entbindung – inklusive einer individuellen Vorsorge, Geburtsvorbereitung und Wochenbettbetreuung. Dabei gilt auch in der klinischen Geburtshilfe der Betreuungsschlüssel von 1:1, also einer Hebamme pro Gebärende. Auch laut der aktuellen Leitlinie der einschlägigen Fachgesellschaften soll im Sinne einer sicheren und qualitativ hochwertigen Geburtshilfe sichergestellt werden, dass eine Hebamme im Dienst gleichzeitig nicht mehr als eine Gebärende betreut. Außerdem muss die psychosoziale Betreuung von Frauen im Übergang zur Mutterschaft weiterhin im Fokus der Versorgung stehen. Hierfür müssen Ressourcen bereitgestellt werden. Hierzu sollen Schwangere die Möglichkeit bekommen, Beratung durch eine Hebamme vor Ort zu bekommen, indem den Hebammen in den Kommunen Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden, in denen sie Sprechstunden anbieten können und die Möglichkeit gegeben ist und durch Hebammenkreissäle, die Möglichkeit geschaffen wird, mit einer bereits bekannten Hebamme zu entbinden. Besonders gut ist es, dieses Angebot durch ein ambulantes Zentrum zur Grundversorgung für Schwangere zu komplettieren.

Eine solche frauenorientiert arbeitende Schwangerenversorgung und Geburtshilfe ist derzeit im Kern bedroht, sowohl in der Klinik als auch auf Seiten der freiberuflichen Hebammen. Die Rahmenbedingungen für eine sog. physiologische Geburt sind kaum noch gegeben.

### Fazit

Eine systematische Unterfinanzierung verengt die Angebote öffentlicher Gesundheitsfürsorge für Schwangere deutlich. Die Kliniken stehen unter hohem Wirtschaftlichkeitsdruck, wobei der sog. „Landesbasisfallwert“ in Niedersachsen besonders niedrig ist. Ein unkomplizierter, aber u. U. langwieriger Geburtsverlauf bei kontinuierlicher Betreuung durch Hebammen unter Vermeidung medizinischer Interventionen wird nicht honoriert. Die Infrastruktur für medizinische Interventionen, die nur in wenigen Notfällen zum Einsatz kommt, verursacht hohe Vorhaltekosten, die nicht refinanziert werden.



Stand: 08.06.2016

Diese finanziellen Rahmenbedingungen der klinischen Geburtshilfe führen auch mit zum Aufbau sehr großer Entbindungskliniken: Bedeutete Mindestanzahl unter Qualitäts- und Finanzkriterien vor kurzem noch mehr als 500 Geburten, so werden heute bereits Kliniken mit mehr als 1.000 Geburten als unwirtschaftlich bezeichnet. Der Trend geht zu mehr als 2.000 Geburten pro Abteilung.

Während in den ländlichen Regionen die Wege zur nächsten Entbindungsklinik immer länger werden, gibt es auch in wachsenden Städten immer weniger Anbieter von Geburtshilfe. Hier bildet die Region Hannover keine Ausnahme. Die freie Wahl des Entbindungsortes wird dadurch massiv eingeschränkt. Die Chance, eine Hebamme zur Geburt zu finden, die Zeit hat, sich um die Gebärende zu kümmern, ist deutlich gesunken.

Aus frauenpolitischer Sicht ist es Aufgabe auch der Region Hannover Vorkehrungen zu treffen, damit Frauen ein ausreichendes geburtshilfliches Angebot zur Verfügung steht. Die Wahlfreiheit der Schwangeren, wie, wo und von wem sie sich betreuen lassen wollen, muss vor Ort gesichert sein. Benötigt wird eine ausreichende Anzahl von Angeboten sowohl im klinischen Bereich als insbesondere im Bereich der Hebammenhilfe. Geburtsvorbereitung, Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung müssen abgesichert werden. Unter den gegebenen schwierigen politischen Rahmenbedingungen sollte sich die Region stärker als bisher für die geburtshilfliche Versorgung einsetzen. Zu entwickeln ist eine Strategie zur Stärkung der physiologischen Geburt in der Region inklusive der Entwicklung und Förderung neuer Versorgungsformen. Hierzu gehören Hebammen-Ambulanzen, Hebammenpraxen sowie die Förderung hebammengeleiteter klinischer Geburtshilfe.

### Bedarfe und Forderungen

1. Die Grundlage für die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung ist eine valide Erfassung der Versorgungslage. Dafür halten wir es für erforderlich, dass die Anzahl, Arbeitsbereiche, Arbeitsform und Arbeitsvolumen der aktiven Hebammen in klinischer und ambulanter Versorgung erfasst werden. Das Thema der geburtshilflichen (Hebammen-)Versorgung muss auch in die regionale Gesundheitsberichterstattung aufgenommen werden. Eine initiale Querschnitterhebung ist empfehlenswert.

Stand: 08.06.2016

2. Wünschenswert ist das Engagement der Region bei
  - a. Schaffung und Unterstützung außerklinischer Geburtsmöglichkeiten (Geburtshaus)
  - b. Aufklärung über Schwangerschaft und Geburt in Schulen („Hebammen an Schulen“)
  - c. Transparenz der regionalen Kliniken in Bezug auf Stellenschlüssel und Sectorate
  - d. Unterstützung bei Konzeption, Durchführung und Evaluation von modellhaften Versorgungsprojekten, insbesondere für vulnerable Frauen (zum Beispiel aufsuchende Betreuung für Flüchtlingsfrauen)
  - e. Schaffung regionaler Raumangebote (auch: Bus) für Hebammensprechstunden
  - f. Verfügungstellung von Mitteln für frauenrelevante regionale Forschungsprojekte, um flexibel auf aktuelle Probleme und Fragestellungen in der geburtshilflichen Versorgung reagieren zu können,.
  - g. politischer und finanzieller Unterstützung für die Etablierung und das Aufrechterhalten einer politisch wirksamen Lobby für Frauen und ihre Familien in der Zeit von Schwangerschaft und Wochenbett

#### Langfristige überregionale Ziele

Einige längerfristigen Ziele lassen sich nicht auf regionaler Ebene erreichen. Dennoch wäre es wichtig, dass die Region in den entsprechenden Gremien die übergeordneten Probleme im Blick behält. Dazu gehören die Veränderung der wirtschaftlichen Anreizstrukturen der ambulanten und stationären Versorgung, die Herausnahme der Lebensphasen Gebären und Sterben aus dem DRG Katalog und die Sicherstellung der Umsetzung von Mindestpersonalschlüsseln in den Kreißsälen.

Es sollte bspw. auch darauf hingewirkt werden, dass Niedersachsen die Blockadehaltung gegen ein grundständiges Studium von Hebammen nach dem Vorbild Europas, aber auch anderer Bundesländer (NRW, Hessen, Thüringen, Berlin) aufgibt. Die Zahl der Ausbildungs-/Studienplätze muss erhöht werden, um den Bedarf auch langfristig sicherzustellen.

Stand: 08.06.2016

**Herausgegeben von:**

Team Gleichstellung der Region Hannover

im Namen des Runden Tisches Frauen, Mädchen und Gesundheit in der Region Hannover

**erarbeitet von:**

Dr. Christiane Schwarz, unter Mitwirkung der AG „Geburtshilfe“ des Runden Tisches:

Grundlage: „Vertiefende Stellungnahme zur Situation der Geburtshilfe“, erstellt für den Runden Tisch Frauen, Mädchen und Gesundheit, Dr. Christiane Schwarz