

Eltern fordern eine #sichereGeburt in Hessen Wahlprüfsteine zur Landtagswahl Hessen 2018

In Hessen schlossen in den letzten 20 Jahren 30 geburtshilfliche Angebote, das entspricht ungefähr einem Drittel. Durch den gravierenden Hebammenmangel insbesondere im Rhein-Main-Gebiet sind teilweise 50 Prozent der Frauen nicht mehr im Wochenbett versorgt. Das birgt zahlreiche gesundheitliche und psychische Risiken¹ für Kind und Mutter.

Im Jahr 2017 hat die Hessische Landesregierung die Unterversorgung als Problematik wahrgenommen². Im Oktober 2018 stehen wieder Landtagswahlen in Hessen an. Wir wollen wissen, wie Sie mit Ihrer Fraktion im Hessischen Landtag zukünftig zur Verbesserung der Situation beitragen wollen. Daher bitten wir Sie um Ihre **Rückmeldung auf folgende Fragen bis zum 15.08.2018**:

- 1. Welche Maßnahmen zur Sicherung der Geburtshilfe als Grund-/ Akutversorgung planen Sie mit dem neuen Krankenhausrahmenplan?**
- 2. Wie gewährleisten Sie einen guten Betreuungsschlüssel (1:1) unter der Geburt?**
- 3. Welche Maßnahmen ergreifen Sie für entsprechende personelle und strukturelle Kapazitäten in den Kliniken?**
- 4. Wie sichern Sie die flächendeckende Hebammenversorgung während Schwangerschaft und Wochenbett?**
- 5. Was unternehmen Sie zur Umsetzung der Istanbul-Konvention zur "Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen" in Bezug auf Gewalterfahrungen unter der Geburt?**
- 6. Wie werden Sie zukünftig die Elterninteressen in die strukturellen Planungen der Geburtshilfe mit einbeziehen?**
- 7. Was sind Ihre Maßnahmen gegen den Kinderärztemangel?**

Bundeselterninitiative zum
Schutz von Mutter und Kind
während Schwangerschaft,
Geburt und 1. Lebensjahr

Mother Hood e.V.
Brahmsstr. 12a
53121 Bonn

info@mother-hood.de
www.mother-hood.de

Geschäftsführender Vorstand:
Katharina Desery
Franziska Kliemt
Myriam Maldacker

¹ wie z.B.: Nicht-/Zu-spät-Erkennen von Depressionen und Traumata; Wundversorgung und Überwachung des Heilungsprozesses können nicht adäquat gewährleistet; mangelhafte Begleitung und Beratung beim Stillen / Säuglingsernährung. Siehe auch § 3 Aufgaben und Tätigkeiten in der "Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO)", Stand 2010 http://hebammen-hessen.de/wp-content/uploads/2016/07/Berufsordnung_Stand_2011.pdf

² Pressemeldung HMSI 11.9.2017: <https://soziales.hessen.de/presse/pressemitteilung/hebammenschule-frankfurt-eroeffnet>

1. Welche Maßnahmen zur Sicherung der Geburtshilfe als Grund-/Akutversorgung planen Sie mit dem neuen Krankenhausrahmenplan?

Der Hessische Krankenhausrahmenplan aus dem Jahr 2009 ist in Überarbeitung. Das bietet auch Chancen zur Verbesserung.

Bisher war vorgegeben: „In jedem Landkreis bzw. in jeder kreisfreien Stadt mindestens eine Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorzuhalten.“³

Durch die zahlreichen Schließungen fehlen bereits in zwei Landkreisen (Rheingau-Taunus-Kreis, Vogelsbergkreis) geburtshilfliche Abteilungen. Die Hess. Landesregierung hält eine Fahrzeit „von bis zu 45 Minuten“ zur nächsten geburtshilflichen Einrichtung für zumutbar ⁴.

Dies entspricht weder den Forderungen des VdEK⁵, noch wissenschaftlichen Grundlagen. Längere Anfahrtszeiten zum Geburtsort sind *„mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko und schlechteren Geburtsverlauf bei den Frauen verbunden.“*⁶. Es besteht die Gefahr, dass pathologische Verläufe nicht oder zu spät erkannt werden und in Notfällen zu spät reagiert werden kann ⁷.

Darüber hinaus ist durch lange Anfahrtswege davon auszugehen, dass es vermehrt zu Frühaufnahmen und negativen Folgen für Mutter und Kind kommt. *„Frauen, die bereits im sehr frühen Stadium der Geburt [sog. Latenzphase] in ein Krankenhaus eingeliefert werden, erleben häufiger Komplikationen und Interventionen,*

³ Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009, soziales.hessen.de/sites/default/files/HSM/krankenhausrahmenplan_2009.pdf

⁴ Kleine Anfrage der Abg. Dr. Sommer (SPD) im Hessischen Landtag vom 03.03.2016 betreffend *Geburtshilfe und Geburtsnachsorge in Hessen und Antworten des Ministers für Soziales und Integration*, 2016.

⁵ VdEK, *Krankenhausplanung 2.0: vdek und RWI stellen Gutachten zur Reform der Krankenhausstrukturen vor*, 21.10.2014, https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2014/pk_krankenhausplanung.html .

⁶ Ravelli AC et al.: *Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands*, International Journal of Obstetrics & Gynaecology, BJOG, 2010.

⁷ Eine Notsituation muss erst erkannt werden können. Sie kann ggf. auch im häuslichen Umfeld entstehen / beginnen. Ein Anfahrtsweg unter der Geburt von 45 Minuten plus 20 Minuten bis zur Notsectio können dann schon zu spät sein. Daher empfiehlt die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen von einem E-E-E-Zeitraum (Erkennen, Entscheiden, Entwicklung/ Geburt des Kindes) anstelle des E-E-Zeitraums (Entscheidung, Entwicklung/Geburt des Kindes) auszugehen:

„Die E-E-Zeit (Zeit zwischen Entscheidung zur Notsectio und Entwicklung des Kindes), ein Sentinel-Event-Indikator und damit auch bei jedem Ereignis rechnerisch auffällig, eignet sich grundsätzlich zur Einschätzung der geburtshilflichen (Notfall)-Versorgung. In der Fachwelt umstritten ist dieser Parameter seit Jahren, vielmehr wird die Zeit zwischen Erkennen der Pathologie (z. B. pathologisches CTG), Entscheidung zur Notsectio und Entwicklung des Kindes als bedeutender gesehen (E-E-E-Zeit).“ (GQH 2016 / 2015 S. 30)

einschließlich eines Kaiserschnitts."^{8, 9, 10, 11, 12} Zudem werden dadurch die bereits ausgelasteten räumlichen und personellen klinischen Kapazitäten noch weiter strapaziert.

Bisher werden die Fachbereiche Geburtshilfe und Gynäkologie in der Klinikplanung bzw. im Gesundheitsreport / Versorgungsatlas Hessen¹³ gemeinsam erfasst. Die Arbeitsweisen unterscheiden sich jedoch stark voneinander und sind auch räumlich getrennt (bspw. Akutversorgung in der Geburtshilfe mit Kreißsaal, Schwangerenambulanz und Wochenstation). Die tatsächlichen geburtshilflichen Kapazitäten können so derzeit nicht beurteilt werden.

2. Wie gewährleisten Sie einen guten Betreuungsschlüssel (1:1) unter der Geburt?

Eine kontinuierliche Hebammenbetreuung durch eine vertraute Bezugshebamme während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett verhindert eine Vielzahl unnötiger Interventionen und Kaiserschnitte, die mit langfristigen gesundheitlichen Folgen für Kinder und Mütter verbunden sein können.^{14, 15}

Die Cochrane-Analyse belegt bei dem Betreuungsmodell einer kontinuierlichen 1:1-Betreuung deutlich weniger Periduralanästhesien (PDAs), weniger Dammschnitte (Episiotomien), weniger operative Geburten (Saugglocke, Zange))

⁸ Midwife Thinking, *Early Labour and Mixed Messages*, 2013, midwifethinking.com/2013/11/13/early-labour-and-mixed-messages/

⁹ Balit et al.; *Outcomes of Women Presenting in Active Versus Latent Phase of Spontaneous Labor*, 2005, journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2005/01000/Outcomes_of_Women_Presenting_in_Active_Versus.14.aspx

¹⁰ Klein MC et al., *The effect of family physician timing of maternal admission on procedures in labour and maternal and infant morbidity*, 2004, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15248933

¹¹ Rahnama P. et al, *Impact of early admission in labor on method of delivery*, 2006, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16434043

¹² Rota A. et al, *Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study*, 2017, www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519217302792

¹³ *Versorgungsatlas Versorgungsatlas Hessen: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser*, 2016, soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/versorgungsatlas_hessen_2016_leistungsreport_der_hessischen_plankrankenhaeuser.pdf

¹⁴ The Lancet Midwifery 2014.

¹⁵ Oonagh E. Keag et al.: *Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis*, 2018. <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002494>

und weniger Frühgeburten. Zudem steigt die Wahrscheinlichkeit einer vaginalen Geburt.¹⁶

Die Realität sieht anders aus. Laut einer Studie des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) über angestellte Hebammen aus dem Jahr 2016¹⁷, betreuen 46 Prozent der Hebammen oft mehr als drei Frauen gleichzeitig. Die Folgen sind mehr Interventionen, höhere Risiken, Traumatisierungen und deutlich weniger gesunde Geburten, als durch eine bessere Betreuung möglich wären.

Ebenso zieht sich der „zum Teil sehr ungünstige Betreuungsschlüssel“ auch auf der Wochenbettstation fort. „Jede vierte Hebamme ist dort für mehr als 10 Mutter-Kind-Paare verantwortlich, weitere 10 % der Hebammen sogar für mehr als 16 Mutter-Kind-Paare“.¹⁸

Unzureichend betreute Geburten bergen nicht nur ein individuelles Gesundheitsrisiko für Kind und Mutter, sondern als dessen Folge auch hohe Kosten für unsere Solidargemeinschaft.

In Hessen ist seit 2005 ein kontinuierlicher Anstieg an mütterlichen Komplikationen durch und nach Geburt in den Berichten der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen¹⁹ zu verzeichnen. Zudem haben medikamentöse Geburtseinleitungen stetig zugenommen.

¹⁶ Cochrane-Review 2013, „Hebammengeleitete Kontinuitätsmodelle im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen für Frauen während der Schwangerschaft“, 2013.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub3/abstract>

¹⁷ Umfrage des Deutschen Hebammenverbandes 2015 zur „Arbeitssituation der angestellten Hebammen in Kliniken“, 2015.

¹⁸ Umfrage des Deutschen Hebammenverbandes 2015 zur „Arbeitssituation der angestellten Hebammen in Kliniken“, 2015.

¹⁹ Auswertungen der GQH 2007-2016:
www.gqhnet.de/auswertungen-strukturierter-dialog/auswertungen,
Auswertungen für 2005-2006 per Mailanfrage an GQH Dr. Björn Misselwitz.

3. Welche Maßnahmen ergreifen Sie für entsprechende personelle und strukturelle Kapazitäten in den Kliniken?

Eine Umfrage²⁰ der Fachverbände der Gynäkologen und Hebammenverbände ergab, *„dass in den vorausgegangenen sechs Monaten mehr als 35 Prozent der Kliniken Schwangere unter der Geburt mindestens einmal abgewiesen haben.“*

Zu den Ursachen zählt maßgeblich auch die personelle Unterversorgung: *„Mit 65,8 % lag es primär an einem Mangel an Hebammenbetreuung, gefolgt von der Überlastung der neonatologischen Stationen (64,4 %), fehlenden Raumkapazitäten (56,1 %) und einem Arztmangel in der Geburtshilfe (13,7 %). Diese Zahlen bestätigen, dass aktuell ein ernst zu nehmendes Problem vorliegt.“*

Die Schließungen geburtshilflicher Angebote in den letzten Jahren entspricht nicht mehr dem Bedarf und der Entwicklung der Geburtenzahlen in Hessen. Die verbliebenen Angebote müssen die Geburten der geschlossenen Abteilungen auffangen. Dies führt bereits in mehreren Städten zu Engpässen in der Geburtsbegleitung.

Mittlerweile mehren sich die **Meldungen von Frauen, die im Wiesbadener und Darmstädter Raum von Kliniken unter der Geburt abgewiesen wurden**. Auch aus dem Frankfurter Raum sind Fallbeispiele bekannt. Die Presse berichtete dazu aktuell im Mai 2018 im hr-Fernsehen²¹.

4. Wie sichern Sie die flächendeckende Hebammenversorgung während Schwangerschaft und Wochenbett?

Im Frankfurter Raum findet jede zweite Mutter keine Hebamme für ihre Wochenbettbetreuung mehr, ergab die Umfrage der Babylotsen²² der Stadt Frankfurt. Hessenweit haben sich bereits seit 2014 über 2.273 Eltern gemeldet, die keine Nachsorgehebamme finden konnten²³.

Eine Wochenbettbetreuung sollte auch zukünftig häuslich aufsuchend stattfinden. Eine sog. ambulante Betreuung stellt für die Wöchnerin und ihr Neugeborenes

²⁰ Gemeinsame Pressemitteilung von DGGG e.V., BVF e.V., BLFG e.V., DHV e.V., BfHD e.V. und DGHWi e.V., 23.01.2018, <https://idw-online.de/de/news687971>.

²¹ Sendebeitrag bei "defacto" vom 7.5.2018 im hr-fernsehen, *Krise im Kreißsaal - Wenn Schwangere in den Wehen abgewiesen werden*, www.hr-fernsehen.de/sendungen-a-z/defacto/sendungen/krise-im-kreisssaal---wenn-schwangere-in-den-wehen-abgewiesen-werden,video-61626~_story-sendung-32098.html

²² Befragungen 2015 und 2016, E-Mail-Antwort von Nicola Küpelikilinc (Projektleitung Babylotsen, Deutscher Kinderschutzbund, Bezirksverband Frankfurt am Main e.V.) vom 21.09.2017.

²³ Landkarte der Unterversorgung vom Dt. Hebammenverband (DHV), Stand 11.06.2018, www.unsere-hebammen.de/mitmachen/unterversorgung-melden/

körperlich und emotional eine unnötig hohe Belastung dar. Eine Fahrt mit voraussichtlichen Wartezeiten kann für Frauen nach einem Kaiserschnitt oder Dammriss/-schnitt sehr schmerzhaft sein. Zudem besteht in dieser sensiblen Phase ein erhöhtes Risiko, sich mit (Krankenhaus-)Keimen / Erregern und bei anderen kranken Säuglingen und Frauen zu infizieren.

Darüber hinaus haben werdende Mütter starke Schwierigkeiten ihre Vorsorgetermine während der Schwangerschaft abwechselnd beim Frauenarzt und bei der Hebamme wahrzunehmen. Vermehrt gibt es Rückmeldungen von betroffenen Frauen, dass Frauenärzte behaupteten, sie könnten den Ultraschall nicht abrechnen, wenn sie bei der Frau nicht auch die Vorsorge dazu machten.

5. Was unternehmen Sie zur Umsetzung der Istanbul-Konvention²⁴ zur "Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen" in Bezug auf Gewalterfahrungen unter der Geburt?

Viele Frauen berichten von Gewalterfahrungen während der Schwangerschaft, unter der Geburt und/oder im Wochenbett. Einen kleinen Einblick bieten die gesammelten Erfahrungsberichte aus Darmstadt und Umgebung²⁵ sowie die Berichte der Aktion "Roses Revolution Deutschland" (seit 2013)²⁶.

Die Gründe sind u.a. strukturelle Probleme (bspw. Personalmangel, implementierte Klinikstrukturen). Frauen werden in ihren Persönlichkeitsrechten und ihrer Selbstbestimmung stark eingeschränkt sowie ihre Menschenrechte verletzt:

- Recht auf bestmöglichen Gesundheitsstandard,
- Recht auf körperliche Unversehrtheit und
- das Recht auf eine würdevolle und wertschätzende Gesundheitsversorgung.

Die WHO empfiehlt Maßnahmen zur „Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen“²⁷, diese sind durch die Istanbul-Konvention unumgänglich umzusetzen, um **Frauen mit ihren Kindern vor individueller, struktureller und systemischer Gewalt zu schützen und die Wahrung ihrer Menschenrechte zu fördern.**

²⁴ Council of Europe, *Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt [sog. Istanbul-Konvention]*, 11.05.2011, <https://rm.coe.int/1680462535>.

²⁵ Pressemeldung Mother Hood e.V., 22.11.2107, www.mother-hood.de/presse/persoene-liche-geburtserfahrungen-von-eltern-aus-darmstadt-und-umgebung.html

²⁶ Roses Revolution Deutschland: www.gerechte-geburt.de/home/roses-revolution/,
Berichte #RosRev Deutschland: www.facebook.com/RosesRevolutionDeutschland/,
Roses Revolution, Global movement against obstetric violence: www.rosesrevolution.com

²⁷ Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2014, *Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/22/WHO_RHR_14.23_ger.pdf?ua=1.



6. Wie werden Sie zukünftig die Elterninteressen in die strukturellen Planungen der Geburtshilfe mit einbeziehen?

Die Eltern haben die zentrale Rolle während Schwangerschaft und Geburt. Ihre Bedürfnisse und Wünsche müssen mit einbezogen werden. So sollten Eltern mit in das Geschehen, zukünftige Versorgungsplanungen und regionale Lösungsdiskussionen (Runde Tische usw.) mit einbezogen werden.

7. Was sind Ihre Maßnahmen gegen den Kinderärztemangel?

Nach der Hebammenbetreuung im Wochenbett übernimmt der Kinderarzt die medizinische Betreuung des Kindes. Aber auch die kinderärztliche Versorgung verschlechtert sich zusehends^{28, 29}.

Eine freie Arztwahl ist nur noch theoretisch möglich. Die meisten Kinderarztpraxen haben einen sog. Aufnahmestopp. Oft ist es nur möglich, einen Platz zu bekommen, bzw. ärztlich versorgt zu werden, wenn die Eltern sich nach der Geburt mit einem Neugeborenen vorstellen. Ältere Kinder werden häufig nicht mehr oder nur schwer aufgenommen. Ein Arztwechsel ist faktisch kaum möglich. Die Probleme verlagern sich dann zudem auf weitere Bereiche: *“In den Frühen Hilfen sind Effekte zu beobachten, die Versorgungs- oder Finanzierungslücken in anderen Leistungssystemen betreffen oder durch diese verursacht werden (z.B. fehlende Aufwendungen für Beratung und Vernetzung von ärztlichem Fachpersonal, aber auch Hebammen- und Kinderärztemangel).”*³⁰

Die Sicherheit und Gesundheit der Kinder ist dadurch gefährdet.

²⁸ Pressemeldung Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), 17.10.2017, www.bvkj.de/presse/pressemitteilungen/ansicht/article/babyboom-in-deutschland-und-immer-weniger-kinder-und-jugendaerzte-bvkj-warnt-vor-versorgungsempas/

²⁹ Kinderärztemangel Mainingebiet, 7.10.2017, www.op-online.de/offenbach/kinderarzt-praxen-offenbach-nehmen-keine-neuen-patienten-dreifache-mutter-verzweifelt-8750486.html

³⁰ Gesamtkonzept zur Umsetzung der Frühen Hilfen in Hessen 2018-2021 gemäß der Verwaltungsvereinbarung zur „Bundesstiftung Frühe Hilfen“ (BSFH), https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/gesamtkonzept_bsfh_hessen_2018-2021.pdf



Wir freuen uns auf Ihre Antworten und auf einen Austausch zum Thema. Die Rückmeldungen werden wir auch auf unserer Website online veröffentlichen. Für weitere Fragen Ihrerseits stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Franziska Kliemt

Landeskoordination Hessen / geschäftsführender Vorstand / Bundeskoordination
Mother Hood e.V. - Bundeselterninitiative zum Schutz von Mutter und Kind
während Schwangerschaft, Geburt und 1. Lebensjahr, Brahmstr. 12A, 53121 Bonn

Telefon: 0176-24108693

Mail: f.kliemt@mother-hood.de

www.mother-hood.de

8

Über Mother Hood e. V.:

Bei Mother Hood e.V. setzen sich Eltern bundesweit für eine gute Versorgung von Mutter und Kind vor, während und nach der Geburt ein. Durch Kreißsaalschließungen, Personalmangel in Kliniken und Lücken in der Hebammenversorgung ist eine sichere Geburtshilfe nicht mehr überall gegeben. Zu den Hauptforderungen von Mother Hood gehören unter anderem die 1:1-Betreuung durch eine Hebamme und das Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes (www.mother-hood.de),

8