



Stellungnahme des Hebammenverband Schleswig-Holstein e.V. zu der Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Hebammen Verband

Schleswig-Holstein e.V.

Einführung

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind physiologische Vorgänge und grundsätzlich ist davon auszugehen, dass eine Geburt natürlich verläuft. Erst wenn ein Risiko bei der Schwangeren festgestellt ist, bedarf es einer geburtshilflichen Versorgung in einer spezialisierten Klinik.

Die Geburtenzahlen in Schleswig-Holstein steigen und dennoch werden immer mehr Kreißsäle in Schleswig-Holstein geschlossen. Die Gesamtzahl der Kreißsäle hat sich in den vergangenen Jahren halbiert. Während im Jahr 2000 noch 32 Geburtshilfen vorhanden waren, so sind es 2022 nur noch 16 Kliniken, die Geburtshilfe vorhalten.

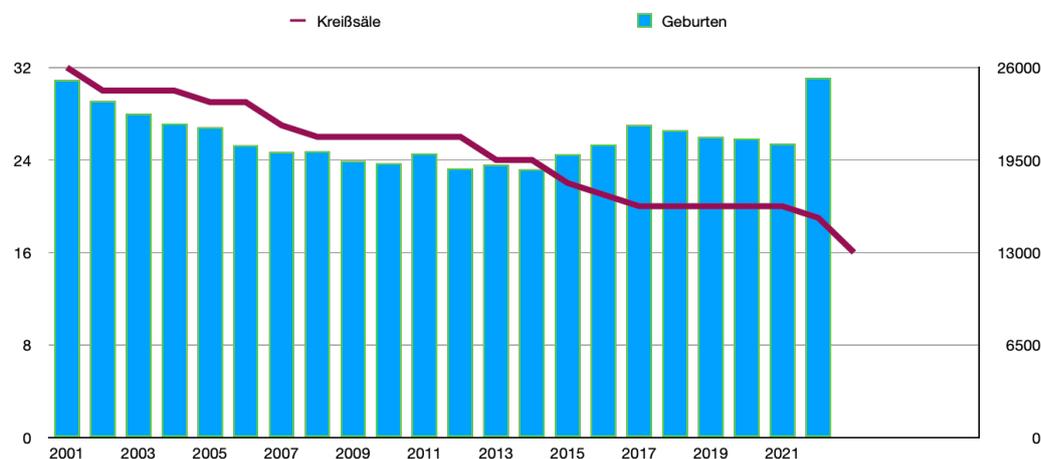
Anke Bertram
1. Vorsitzende

Jap-Peter-Hansen-Wai 2
25980 Sylt/OT Westerland

Tel.Fax: 04651-95 79 44
Mobil: 0160-551 98 03

a.bertram@hebammen-sh.de
www.hebammen-sh.de

30.12.2022



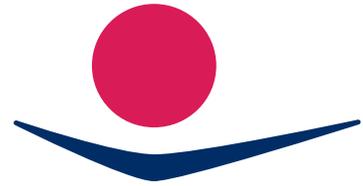
Für schwangere Frauen und ihre Angehörigen bedeutet dies eine zunehmende Unsicherheit bei fraglichem Geburtsbeginn, weite Wege und / oder eine tage- bzw. wochenlange Trennung von ihrer Familie in der letzten Phase der Schwangerschaft (Boarding).

Der Hebammenverband Schleswig-Holstein e.V. setzt sich für eine flächendeckende, auf die Bedürfnisse der Frau fokussierte Geburtshilfe mit vielfältiger Versorgungsstruktur ein. Vor diesem Hintergrund müssen gesunde Schwangere grundsätzlich Zugang zu einer interventionsfreien Geburtshilfe erfahren. Die außerklinische Geburtshilfe ist eine valide Option, die durch eine verbesserte interdisziplinäre Vernetzung und eine durchdachte Verlegungsstruktur flankiert werden muss.

Unbestritten ist die moderne Geburtsmedizin eine Errungenschaft, doch leider vergisst sie allzu oft die Menschen hinter dem Konstrukt einer geburtshilflichen Versorgung nach gesetzlichen Qualitätsvorgaben. Geburtsarbeit ist Beziehungsarbeit, das heißt: die Bedarfe für eine gute und sichere Geburt sind unterschiedlich, dies ist unbedingt zu berücksichtigen.

Bankverbindung:
Sylter Bank eG
IBAN: DE03 2179 1805 0000 2120 16
BIC: GENODEF1SYL

St. Nr. 1829572601
Finanzamt Itzehoe



Hebammen Verband

Schleswig-Holstein e.V.

Sehr geehrte Vorsitzende Rathje- Hoffmann,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

herzlichen Dank für die Einladung zur Anhörung vor dem
Sozialausschuss des schleswig-holsteinischen Landtages.
Der Hebammenverband Schleswig-Holstein e.V. Stellung nimmt zu
den vorliegenden Anträgen Stellung wie folgt:

www.hebammen-sh.de

30.11.2022

1. „Schließung von Geburtskliniken sofort stoppen – unhaltbare Zustände beenden“ ([Drucksache 20/224](#) [neu](#)) Antrag der Fraktionen SPD und SSW

Der Hebammenverband Schleswig-Holstein unterstützt den Antrag der Fraktionen SPD und FDP, denn Ziel muss sein, schnellstmöglich eine Reform der geburtshilflichen Versorgung herbeizuführen. Die Geburtshilfe muss sich an den Bedürfnissen der Frauen orientieren. Die Schließung von Kreißsälen ist nicht zielführend.

In der Geburtshilfe entscheiden Aufnahme- und Zuweisungskriterien über die Aufnahme von Schwangeren in eine Geburtsklinik. Diese Kriterien folgen den Vorgaben des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss), die Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen an eine geburtshilfliche Abteilung sind definiert. Die Richtlinien zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen orientieren sich in erster Linie an dem Gestationsalter und dem geschätzten Geburtsgewicht des ungeborenen Kindes, sowie den Risiken, die im Verlauf der Schwangerschaft diagnostiziert werden.

Dies lässt die Frage zu, welche Strukturen der geburtshilflichen Versorgung an welchen Standorten wirklich vorgehalten werden sollten, um eine Versorgungssicherheit in der Geburtshilfe zu garantieren. Schon jetzt sind die verbliebenen Geburtskliniken überfüllt. Frauen erhalten nicht die individuelle Betreuung, die sie benötigen. Wir sind weit davon entfernt, die Ziele des [Nationalen Gesundheitszieles](#) oder die [S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“](#) flächendeckend umsetzen zu können.

Wir wissen auch, wie wichtig die psychosoziale Unterstützung sowie eine kontinuierliche Betreuung durch die geburtshilflichen



Hebammen Verband

Schleswig-Holstein e.V.

www.hebammen-sh.de

Professionen zur individuellen Risikoeinschätzung der betroffenen Frauen ist, um Frühgeburten zu vermeiden.

Nur wenige Frühgeborene werden notfallmäßig geboren. Zu berücksichtigen ist, dass diese Kinder entweder nach vorzeitiger Wehentätigkeit oder nach vorzeitigem Blasensprung zur Welt kommen, so dass der Transport der Mütter in ein spezialisiertes Zentrum bei 85 - 87 % der Frühgeborenen unter 1250g noch in der Schwangerschaft möglich ist. Zudem lag die Rate der Frühgeborenen im Jahr 2020 bei nur 8%.¹⁾

Vor diesem Hintergrund ist lediglich eine Reduzierung der Level I-Kliniken in Schleswig-Holstein auf 2-3 Standorte sinnvoll, um die Behandlung von Frühgeburten und Risikoschwangeren zu gewährleisten. In der Fläche hingegen benötigen schwangere Frauen eine wohnortnahe geburtshilfliche Versorgung, um die Physiologie der Geburt fördern zu können. Jede Frau, die in Schleswig-Holstein ihr Kind in einer Klinik mit einer geburtshilflichen Abteilung bekommen möchte, sollte dies auch tun können. Voraussetzung dabei ist, dass sie die Klinik vor der Geburt erreicht.

Weitere Schließungen von Geburtshilfen sind somit kontraproduktiv und gefährden die werdenden Mütter und ihre Babys. Vielmehr gilt es, die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität an kleinen Standorten auszubauen.

Immer weitere Wege zum nächsten geburtshilflichen Angebot stören zudem den Prozess der Geburt. Die Familien sind auf ihrer Fahrt zum Kreißaal in der Regel ohne fachliche Begleitung auf sich allein gestellt. Abweichungen vom normalen Geburtsverlauf drohen nicht oder zu spät erkannt zu werden und in Notfällen kann nur spät reagiert werden. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass bedingt durch lange Anfahrtswege Schwangere zur Geburt zu früh stationär aufgenommen werden. In der Folge erfahren sie häufiger Interventionen, wie z.B. Einleitungen oder Kaiserschnitte, aus denen wiederum Komplikationen resultieren können.

Jede Schwangere muss eine geburtshilfliche Abteilung aufsuchen können, wenn sie es braucht. Sie muss die Sicherheit haben, bei ihrem gewählten Geburtsort nicht aus Kapazitätsmangel abgewiesen zu werden. Gerade Frauen, die ihr zweites oder drittes Kind erwarten, können Gefahr laufen, die Klinik erst nach der Geburt zu erreichen. Eine weitere Gefahr kann sein, dass die Begleitperson als Fahrzeugführer*in in dieser hochemotionalen Situation die STVO unzureichend berücksichtigt, was zu einer Gefährdung im Straßenverkehr führen kann.

Wichtig ist auch ein Blick auf die Rechtslage. Die Debatte um Spezialisierung und Standortreduzierungen stationärer

Geburtshilfeeinrichtungen unterbindet nämlich den Rechtsanspruch auf die freie Wahl des Geburtsortes (§24f SGB V). Um diesen Rechtsanspruch auf Versorgung mit spezifischen Gesundheitsleistungen wahrnehmen zu können, müssen diese Gesundheitsleistungen (gleichberechtigt zu denen der anderen Bevölkerungsgruppen) erreichbar sein. Den Bedarfen der Frauen und ihren Familien muss entsprochen werden.

Dabei müssen die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit gewährleistet sein und im zweiten Schritt die Kriterien der Effektivität und Effizienz erfüllt werden. Dort, wo Geburtskliniken geschlossen werden, steht unter Umständen keine flächendeckende Versorgung für Frauen zur Verfügung - weder für gesunde Frauen noch für Frauen, die potenziell gefährdet sind, eine Frühgeburt zu erleben oder bei denen ein Risiko unter der Geburt besteht.

Die Situation in den Boarding-Häusern ist nicht zufriedenstellend. Frauen erleben in der letzten Phase der Schwangerschaft eine tage- bis wochenlange Trennung von ihrer Familie und ihrem sozialen Umfeld.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe, die Umkehr vom pathologischen Ansatz hin zur Förderung der physiologischen Geburt. Statt Ängste zu schüren vor Eventualitäten, benötigen Frauen menschliche Zuwendung und respektvolle Versorgung. In Studien¹ wurde bereits belegt, dass Stress das Risiko des ungeborenen Kindes für psychiatrische Störungen, höhere Sensibilität gegenüber Stress, kognitive Defizite sowie Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsdefizite im Kleinkindalter erhöhen kann. Stress vor der Geburt eines Kindes scheint nicht nur die Entwicklung der Nervenzellen zu verändern, sondern auch die Reaktion auf Stress im späteren Leben.

**2. „Qualitativ hochwertige Geburtshilfe für Schleswig-Holstein sichern“ – (Drucksache 20/295)
Alternativantrag der Fraktion der FDP**

Der Hebammenverband Schleswig-Holstein begrüßt die Ziele dieses Antrages, gleichwohl weisen wir darauf hin, dass die ausschließlich geforderte Stärkung der Geburtshilfe an den beiden Standorten des Universitätskrankenhauses Schleswig-Holstein wenig zielführend ist, um die desolate Versorgungssituation zu verbessern.

|



**Hebammen
Verband**
Schleswig-Holstein e.V.

www.hebammen-sh.de

In diesem Zusammenhang möchten wir auf die Forderungen des Bündnis papiers [„Bündnis gute Geburt“](#) hinweisen, denen wir uns vollumfänglich anschließen.

Eine Kooperation im Bereich der Geburtshilfe/Pädiatrie über die Grenzen von Schleswig-Holstein hinaus mit der Hansestadt Hamburg einzugehen, halten wir für eine gute Idee. Gleichwohl weisen wir darauf hin, dass die geburtshilfliche Versorgung in Hamburg vor ähnlichen Herausforderungen steht, wie hierzulande. Dies geht u.a. aus einem Schreiben hervor, dass die 1. Vorsitzende des Hebammenverbandes Hamburg in dieser Woche an die Justiz- und Gesundheitsministerin von der Decken versandt hat. Dieses Schreiben liegt uns vor.

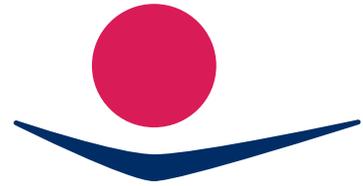
3. „Wohnortnahe Versorgung in der Geburtshilfe“ ([Drucksache 20/214](#)) *Alternativantrag der Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*

Der Hebammenverband Schleswig-Holstein unterstützt den Antrag der Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit dem Ziel „einer möglichst wohnortnahen Versorgung in der Geburtshilfe und mit Angeboten der Vor- und Nachsorge - besonders auch durch Hebammen – ...“

Untersuchungen zeigen, dass eine gute Hebammenbetreuung zu weniger Frühgeburten, weniger medizinischen Eingriffen während der Geburt, zu kürzeren Krankenhausaufenthalten und zu längerem und häufigerem Stillen führen kann. In vielen europäischen Ländern nimmt die Hebamme die Rolle der Primärversorger*in in der Schwangerschaft ein. Die Hebamme ist die Fachfrau für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und leistet mit ihrer Arbeit einen gesellschaftlich relevanten Beitrag zur Frauen- und Familiengesundheit.

In Deutschland werden die Berufspflichten der Hebamme über das [Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen \(Hebammengesetz - HebG\)](#) und die [Landesberufsordnung](#) definiert.

Hier weisen wir ausdrücklich auf **§2 der Landesberufsordnung** (s.u.) hin und bitten um Unterstützung zur Lösung der Diskrepanz zwischen dem Hebammengesetz und den Empfehlungen des G-BA bezüglich der Mutterschaftsrichtlinien in Hinblick auf die gewählte Formulierung der „ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung“. Diese Formulierung führt immer wieder zu Irritationen und beeinträchtigt die interprofessionelle Vernetzung und Zusammenarbeit.



Hebammen Verband

Schleswig-Holstein e.V.

www.hebammen-sh.de

§2 Aufgaben

(1) Hebammen sind verpflichtet, ihren Beruf entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse gewissenhaft auszuüben.

(2) Hebammen beraten, betreuen und beobachten Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbettes und der Stillzeit selbständig und umfassend. In besonderen Fällen nehmen sie diese Aufgaben bis zu einem Jahr nach der Geburt wahr. Hebammen leiten physiologische Geburten selbständig und untersuchen, pflegen und überwachen Neugeborene und Säuglinge.

(3) Hebammen führen folgende Aufgaben selbständig durch:

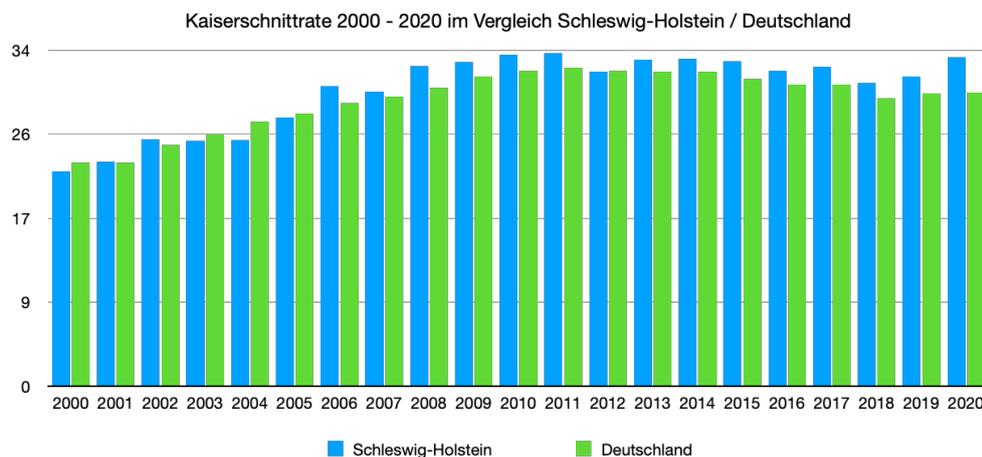
1. eine Schwangerschaft feststellen,
2. die physiologisch verlaufende Schwangerschaft mittels der hierfür erforderlichen Untersuchungen zu beobachten und zu überwachen und in diesem Rahmen Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden zu leisten,
3. Frauen und Familien auf die Geburt, das Wochenbett und die Elternschaft vorbereiten sowie zur Ernährung, Pflege, Hygiene und Versorgung des Neugeborenen und des Säuglings anleiten und beraten,
4. belastende Lebenssituationen und psychosoziale Problemlagen bei Frauen und deren Familien erkennen und gegebenenfalls auf erforderliche Maßnahmen zur Unterstützung hinwirken,
5. über die Untersuchungen aufklären, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung von Risikoschwangerschaften oder Regelwidrigkeiten und Komplikationen in der Schwangerschaft erforderlich sind,
6. Anzeichen von Regelwidrigkeiten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen, in der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbettes und während der Stillzeit erkennen und die im jeweiligen Fall angemessenen Maßnahmen für eine ärztliche Behandlung ergreifen,
7. Frauen und Familien bei Totgeburten und Fehlgeburten sowie bei Abbrüchen von Schwangerschaften nach der zwölften Schwangerschaftswoche betreuen und begleiten,
8. während der Geburt Frauen betreuen und das ungeborene Kind mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel überwachen,
9. physiologisch verlaufende Geburten bei Schädellage durchführen,
10. im Dringlichkeitsfall Steißgeburten durchführen,
11. erforderlichenfalls Dammschnitte durchführen und unkomplizierte Risse oder Dammschnitte nähen,
12. die Frau und das Neugeborene fachgerecht in die ärztliche Regelversorgung zur Weiterbehandlung übergeben,
13. Hilfe bei ärztlichen Maßnahmen unter Fortsetzung der Hebammenhilfe leisten,
14. im Notfall und bei Abwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes die medizinisch erforderlichen Maßnahmen, insbesondere die manuelle Ablösung der Plazenta, an die sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt, einleiten und durchführen,
15. im Notfall Wiederbelebensmaßnahmen bei der Frau und dem Neugeborenen durchführen,
16. das Neugeborene und die Frau nach der Geburt, im Wochenbett und in besonders belastenden Lebenssituationen bis zu einem Jahr nach der Geburt untersuchen, beraten, pflegen und deren körperlichen und seelischen Gesundheitszustand überwachen,



17. über Fragen der Familienplanung aufklären und beraten,
18. die angewendeten Maßnahmen, den Schwangerschaftsverlauf, die Geburt und das Wochenbett dokumentieren,
19. Bescheinigungen im Rahmen der Berufsausübung ausstellen.

Das Wohlergehen in der Schwangerschaft nimmt einen wesentlichen Einfluss auf den Geburtsverlauf. Die Kaiserschnittquote in Schleswig-Holstein ist in den letzten Jahren signifikant gestiegen, Schleswig-Holstein ist mit 33,3% Spitzenreiter im bundesweiten Vergleich⁴⁾. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland mit 30% auf Platz vier, hinter der Türkei, Polen und Italien. Die WHO empfiehlt eine Kaiserschnittquote von maximal 15%.

www.hebammen-sh.de



Der Hebammenverband Schleswig-Holstein begrüßt ausdrücklich die Gründung des „Qualitätszirkel Geburtshilfe“ in Schleswig-Holstein. Dieses von uns bereits lange geforderte Gremium wird hoffentlich Lösungen entwickeln, um die Geburtshilfe in Schleswig-Holstein auf einen besseren Weg zu bringen. Die Kreißsaal-Schließungen in SH erfolgen mehrheitlich ohne vorherige Erstellung von geburtshilflichen Konzepten zur Übernahme der zu betreuenden Geburten mit den benachbarten Kliniken. Die verbleibenden Kreißsäle sehen sich aufgrund der sich daraus resultierenden akut höheren Geburtenrate mit räumlichen und personellen Kapazitätsengpässen konfrontiert. Es folgen weitere Personalengpässe.

Daraus resultiert ein erhöhtes Gefährdungspotential für die Frauen und Kinder. Die ohnehin bestehende Überlastung führt zu einem schlechten Betreuungsschlüssel und eine hohe Abwanderung der Hebammen aus dem Beruf. Die S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ ist dadurch kaum umsetzbar. Der bestehende Fachkräftemangel hat gezeigt, dass das Personal nicht der Zentralisierung folgt und einen Ortswechsel vornimmt. Hebammen



Hebammen Verband

Schleswig-Holstein e.V.

www.hebammen-sh.de

wechseln eventuell noch aus der klinischen Geburtshilfe in die Freiberuflichkeit oder verlassen endgültig den Beruf.

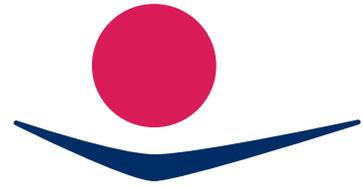
Geburtshilfe muss zur medizinischen Grundversorgung in Deutschland zählen, denn in der medizinischen Grundversorgung wird die Geburtshilfe nicht mitgedacht und nicht mitgeplant. So wurden die Empfehlungen für die Pädiatrie und Geburtshilfe der Regierungskommission ohne Beteiligung von Hebammen und Frauenärzt*innen entwickelt. Nur durch das Einbeziehen der Geburtshilfe in die medizinische Grundversorgung besteht die Möglichkeit, Versorgung sinnvoll zu planen sowie Unter- Über- oder Fehlversorgung zu vermeiden, die durch Steuerungsdefizite entstehen.

Gleichwohl endet die geburtshilfliche Versorgung keineswegs mit der Geburt eines Kindes. Auch nach der Geburt muss die wichtige Arbeit der Hebammen beachtet und müssen die Arbeitsbedingungen optimiert werden. Die Betreuung im Wochenbett ist „aufsuchend“ zu Hause und damit einzigartig im deutschen Gesundheitssystem. Die Hebamme bleibt auch nach der Geburt weiterhin die Ansprechpartnerin für Fragen rund um die Versorgung von Mutter und Kind. Die Hebamme versorgt beide auch medizinisch. In der Zeit des Wochenbetts fördern Hebammen die Bindung zwischen Mutter und Kind sowie das Stillen.

Sie helfen den Frauen, in ihre Rolle als Mutter hineinzuwachsen. Neben der Klärung medizinischer Fragen geht es in den ersten Lebenstagen vor allem darum, dass Mutter und Kind eine gute und enge Beziehung zueinander aufbauen (Bonding). Der psychosoziale Aspekt spielt also eine wesentliche Rolle. Die Hebamme beobachtet außerdem die Rückbildungs- und Abheilungsvorgänge und gibt Hilfestellung bei Schwierigkeiten.

In Krisensituationen vermitteln Hebammen Kontakt zu Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Ärztinnen/Ärzten und Psychologinnen/Psychologen. Das gilt insbesondere, wenn ein Kind krank oder tot geboren wird oder nach Geburt stirbt. Neben all diesen Tätigkeiten bieten Hebammen nach der Geburt zudem verschiedene Kurse an. Dies können unter anderem sein: Rückbildungsgymnastik, Babymassage, Erste Hilfe für das Kind etc.

Für dieses Leistungsspektrum werden Hebammen unzureichend vergütet! Die Vertragsverhandlung mit dem GKV-SV sind aktuell ausgesetzt. Eine Anpassung der Vergütung von Hebammen an die Inflationsrate wird mitnichten in Erwägung gezogen....



**Hebammen
Verband**
Schleswig-Holstein e.V.

www.hebammen-sh.de

Wir unterstützen ausdrücklich das Vorhaben der Landesregierung, die Anzahl der Studienplätze in den Hebammenwissenschaften zu erhöhen. Gleichwohl weisen wir in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine Aufnahme der Berufsgruppe der Hebammen in die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUVG) zwingend erforderlich ist, um die praktische Ausbildung von Hebammenstudierenden sicher stellen zu können.

Forderung

- Eine flächendeckende bedarfsgerechte Geburtshilfe mit der Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ und der S3 Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“. Damit wird die physiologische Geburt gefördert. Darin sind die Förderung der Autonomie und der Gesundheitskompetenz sowie das Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung enthalten.
- Die Geburtshilfe muss in die Grund- und Regelversorgung aufgenommen werden. Die Wegezeit zur nächsten geburtshilflichen Versorgung wird analog der Chirurgie und Inneren angepasst (30 min).
- Das DRG-System muss dahingehend reformiert werden, dass eine Steuerungswirkung hin zur Förderung der Physiologie bewirkt wird und die Kostendeckung aller Leistungen der Geburtshilfe erfolgt.
- Die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit muss gewährleistet sein. Dazu sind demografische Berechnungen zu Geburtenzahlen und Hebammenbedarf notwendig, um die bedarfsgerechte Versorgung zu berechnen.

Mit freundlichen Grüßen

¹)AWMF-Registernr. 015-025, S2k-Leitlinie- Stand September 2022)

²)Wu Y, Espinosa KM, Barnett SD, et al. Association of Elevated Maternal Psychological Distress, Altered Fetal Brain, and Offspring Cognitive and Social-Emotional Outcomes at 18 Months, JAMA Network Open (2022). DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.9244

³)Pyykönen A et al.: Cesarean section trends in the Nordic Countries – a comparative analysis with the Robson classification. AOGS.96(5):607-616

⁴) Quelle: [destatis](https://www.destatis.de)