



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (8.) und Ausschuss für Gleichstellung und Frauen (6.)

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

6. Dezember 2017

Düsseldorf – Haus des Landtags

14:00 Uhr bis 15:45 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD) (AGS)

Regina Kopp-Herr (SPD) (AGF)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

Mit Hebammen und Entbindungspflegern gut versorgt von Anfang an
(Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage.)

Antrag
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 17/535

– Anhörung von Sachverständigen –

* * *

Mit Hebammen und Entbindungspflegern gut versorgt von Anfang an (*Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage.*)

Antrag
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 17/535

– Anhörung von Sachverständigen –

Im Hinblick auf die von allen Sachverständigen vorliegenden schriftlichen Stellungnahmen tritt der **Ausschuss** unmittelbar in die Befragung der Sachverständigen ein.

Angela Lück (SPD): An die Ärztekammern, an den Landesverband der Hebammen und an Frau Meier möchte ich die Frage stellen: Wie beurteilen Sie die bisherige Umsetzung der Empfehlungen des Runden Tisches Geburtshilfe, den es in den letzten Jahren im Land gegeben hat? Welche Maßnahmen sollten Ihrer Meinung nach von der Landesregierung ergriffen werden, um die Hebammenversorgung in Nordrhein-Westfalen sicherzustellen bzw. zu verbessern? Wo sehen Sie Handlungsbedarf auf der Bundesebene?

Die nächste Frage geht an die Ärztekammern und betrifft die Finanzierung, auch die Entgelte aus dem DRG-System. Sie schreiben in Ihren Stellungnahmen, dass die erhöhte Kaiserschnitttrate nicht auf das Bemühen zurückzuführen sei, eine verbesserte finanzielle Situation für die Kliniken zu erreichen. Wir sind aber in Nordrhein-Westfalen laut Statistik immer noch führend, was die Kaiserschnitttrate angeht. Darum meine Frage: Sind die Entgelte wirklich kostendeckend? Oder gibt es vielleicht bei den Klinikbetreibern sogenannte schwarze Schafe, die dahin tendieren, einen Kaiserschnitt durchzuführen, auch wenn es vielleicht die Möglichkeit einer Spontangeburt gäbe? Wie ist Ihre Wahrnehmung, gibt es auch eine bedeutende Zahl an Wunschkaiserschnitten, die auf Bitten der Schwangeren vorgenommen werden?

Katharina Gebauer (CDU): Meine erste Frage richtet sich an die Ärztekammern. Sie haben deutlich gemacht, dass es einen Mangel im Bereich der Hebammen gibt und dass die Kaiserschnitttrate zurückgeht. Wie sollte eine Verbesserung der Vergütung für Geburtshelfer aussehen? Wollen Sie eine Abkopplung vom DRG-System?

Was spricht Ihres Erachtens dagegen, den Hebammenkreißsaal flächendeckend auszubauen? Welche Möglichkeiten sollten stattdessen in Angriff genommen werden?

In Ihrer Stellungnahme heißt es, 99 % der Geburten fänden in Kliniken statt und 1 % seien Hausgeburten bzw. Entbindungen in Geburtshäusern. Kann man beziffern, wie hoch der prozentuale Anteil der Fälle ist, in denen es zu Geburtsschäden kommt?

Die weiteren Fragen richten sich an die Versicherungswirtschaft. Wie sollte der Begriff der leichten Fahrlässigkeit definiert werden?

In der Stellungnahme sprechen Sie die Frage der Prävention an. Was kann ich mir unter diesem Begriff in diesem Zusammenhang vorstellen? Was kann man im Rahmen der Prävention tun? Wer übernimmt die einzelnen Aufgaben?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Ich würde gern Frau Professor Kühnert, die sich am Standort Marburg der Universitätsklinik Gießen befindet, fragen, wie die Situation in anderen Bundesländern aussieht.

Dann möchte ich den Landesverband der Hebammen fragen: Wie viele Hebammen könnten bei einer Änderung der Haftungs- und Regressregelungen vermutlich wieder für den Beruf gewonnen werden?

Die Ärztekammern möchte ich fragen, ob eine Pflicht zur Senkung der Kaiserschnitt-rate nicht eine recht unmedizinische Herangehensweise ist.

Den Hebammenverband möchte ich fragen, welche finanziellen Vorstellungen mit der Forderung nach der Schaffung sogenannter attraktiver Arbeitsplätze für Hebammen verbunden sind.

Die Versicherungswirtschaft möchte ich fragen: Was würde ein vollständiger Regressverzicht gegenüber den Hebammen die dann in der Pflicht stehenden Finanzierer kosten?

Susanne Schneider (FDP): Frau Blomeier, Sie haben Vorschläge des Deutschen Hebammenverbandes zu einem staatlichen Haftungsfonds erwähnt. Könnten Sie diese bitte näher ausführen?

Der Verband der Versicherungswirtschaft hat in seiner Stellungnahme eine staatliche Haftung kurz angesprochen. Können Sie bitte eine mögliche Ausgestaltung und die erwähnten haushaltsrechtlichen Probleme näher ausführen?

Dann habe ich noch eine Frage an die Ärztekammern und an Frau Professor Kühnert. Sie bezeichnen die WHO-Empfehlungen zur Kaiserschnitt-rate als wissenschaftlich überholt bzw. illusorisch. Können Sie bitte ausführen, welche Kaiserschnitt-raten aufgrund wissenschaftlicher Studien und praktischer Erfahrungen in Deutschland angemessen sind und welche Faktoren zu den Kaiserschnitt-raten beitragen?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Ich würde gern bei dem letzten Punkt anknüpfen, den die Kollegin Frau Schneider genannt hat, nämlich bei der Kaiserschnitt-rate. Die Ärztekammern haben eine Zahl genannt. Wenn ich es der Stellungnahme richtig entnommen habe, liegt diese bei 19 %, die anzustreben wären. Deshalb die konkrete Frage – da die Kaiserschnitt-rate derzeit bei 30 und mehr Prozent und damit weit jenseits dessen liegt, was auch Sie fachlich vertreten, auch wenn man konstatieren muss, dass sie minimal gesunken ist –: Welche Maßnahmen müssten ergriffen werden, um die Kaiserschnitt-rate zu senken?

Da Frau Dr. Bauer hierauf konkret Bezug genommen hat, möchte ich Sie fragen, wie die Erfahrungen in dem Best-Practice-Beispiel aussehen.

Die Ärztekammern haben in diesem Zusammenhang einen wichtigen Punkt angesprochen, nämlich die Haftungsfrage. Sie stellen in den Raum, dass noch nie ein Arzt für

eine unterbliebene vaginale Entbindung, aber sehr wohl für eine unterbliebene Sectio belangt worden sei. Wie könnte man dessen Herr werden? Haben Sie einen Vorschlag, wie man an dieses Thema herangehen könnte?

Sie schreiben in der Stellungnahme auch, dass Sie keinen Bedarf sehen, die DRGs zu ändern. Wir unterstellen in unserem Antrag – oder man kann es zumindest so lesen –, dass es einen gewissen Fehlanreiz darstellt, dass eine Sectio höher bewertet wird als eine vaginale Geburt. Sie sehen in diesem Zusammenhang keinen Handlungsbedarf. Weil Sie aber an anderer Stelle schreiben, dass Sie sehr wohl für eine höhere Vergütung von Hebammen sind, möchte ich Sie bitten, dies noch einmal einzuordnen.

Die folgende Frage möchte ich an die Ärztekammern und an den Hebammenverband richten. Es ist richtig dargestellt worden, dass die allermeisten Geburten im Krankenhaus stattfinden, wir aber trotzdem einen massiven Bedarf an guter Versorgung haben. Was spricht aus Ihrer Sicht für oder gegen das Konzept des Hebammenkreißsaals?

Alle reden davon, dass wir mehr Fachkräfte in diesem Bereich ausbilden müssen. Deshalb richte ich an alle Verbände ausgenommen die Versicherungswirtschaft die Frage: Was wäre unmittelbar zu tun, um seitens des Bundes oder des Landes in dieser Frage tätig zu werden?

Eine Frage an die Versicherungswirtschaft und an Frau Dr. Bauer. Man hat den Eindruck, die Kosten fallen in einem erheblichen Maße an – die Analyse ist auch überall gleich –, weil die Gerichte höhere Schadenersatzleistungen zusprechen. Wenn ich die Stellungnahme der Versicherungswirtschaft richtig lese, bringt diese zum Ausdruck, wenn die wesentlichen Kostenfaktoren herausgerechnet würden, würde die Sache für die Versicherungen günstiger. Das ist relativ banal. Aber Sie legen sich fest, dass Sie weder ein Umlagesystem noch ein staatlich finanziertes System möchten, sondern eventuelle Schäden im Wesentlichen im Bereich der Krankenkassen abfinanziert sehen möchten. Warum sehen Sie das so? Was spricht gegen ein Umlagesystem und möglicherweise auch gegen einen Staatsfonds? – Ich wäre sehr dankbar, wenn hierzu auch Frau Dr. Bauer und der Hebammenverband Stellung nehmen könnten.

Alle sprechen davon, dass die Leistungen der Hebammen besser vergütet werden müssen. Auf welche Weise soll dies refinanziert werden?

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich schlage vor, dass wir die Antwortrunde in der Reihenfolge der Sachverständigen durchführen, wie sie auf unserem Tableau angegeben ist.

Nils Hellberg (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.): Zunächst zur Abgrenzung zwischen leichter und grober Fahrlässigkeit und zu der Frage, wie man dies möglicherweise besser handhabbar machen kann.

Wir haben schon im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-VSG angemerkt, dass man mit einer Trennung in grobe Fahrlässigkeit auf der einen Seite und leichte Fahrlässigkeit auf der anderen Seite möglicherweise ein schwer abzugrenzendes Kriterium schafft. Wir haben dann bezogen auf freiberuflich tätige Hebammen mit Geburtshilfe, also Beleghebammen und Hebammen, die in der Hausgeburtshilfe oder

auch in Geburtshäusern tätig sind, eruiert, wie hinsichtlich der uns bekannten Schadenbilder das Verhältnis zwischen einfacher und grober Fahrlässigkeit aussehen könnte.

Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, dass etwa zwei Drittel des mit den Fehlern verbundenen Schadenaufwandes, also der Aufwendungen, die für Geburtsgeschädigte zu zahlen sind, und der Leistungen, die der Haftpflichtversicherer erbringt, auf vermeintlich grob fahrlässig verursachte Schäden entfallen. Mithin wäre die Entlastungswirkung nicht so stark wie in dem Fall, dass auch einfache Fahrlässigkeit einbezogen würde.

Wir wissen heute, weil wir mehr Zahlen erhoben haben, dass etwa 30 % des Gesamtschadenaufwandes Heilbehandlungs- und Pflegekosten sind, die regressiert werden können, insbesondere von Sozialversicherungsträgern. Wir stellen fest, dass derzeit, ungefähr zwei Jahre nach Inkrafttreten des GKV-VSG, nur eine sehr geringe Entlastungswirkung eingetreten ist. Das kann verschiedene Gründe haben. Es kann sein, dass sich die Krankenkassen genau wie wir mit der Abgrenzung zwischen Fällen leichter und Fällen grober Fahrlässigkeit sehr schwer tun.

Es kann auch damit zu tun haben – einen entsprechenden Hinweis haben wir aus dem Bundesgesundheitsministerium erhalten –, dass möglicherweise die neue Rechtslage noch nicht so richtig Eingang in die Praxis der gesetzlichen Krankenkassen gefunden hat. Das wäre schade. Wir werden zu Beginn des nächsten Jahres in einem Gespräch mit Vertretern der Krankenkassen und des Bundesgesundheitsministeriums zu klären versuchen, woran das liegen kann.

Eine Faustformel für die Abgrenzung zwischen leichter und grober Fahrlässigkeit haben wir leider nicht. Die Rechtsprechung ist insoweit unklar. Das sind alles Kriterien, die stark einzelfallbezogen anzuwenden sind, sodass unser Vorschlag wäre, den Regressausschluss auch auf Fälle grober Fahrlässigkeit zu beziehen. Dann hätten wir das Problem nicht und hätten ungefähr 30 % Entlastung auf der Schadenseite für Hebammen. Das würde sich im weiteren Verlauf logischerweise auch bei den Prämien der Haftpflichtversicherung bemerkbar machen.

Dann wurde die Frage gestellt: Prävention, was heißt das? – Unsere Versicherer im gesamten Bereich der Geburtshilfe sind wie auch die Hebammen, die freiberuflichen Gynäkologen und die Krankenhäuser sehr stark darauf bedacht, auf hervorragende Qualität bei der Behandlung und bei der Entbindung zu setzen. Wir haben festgestellt, dass das Ganze immer besser wird. Wir unterstützen hinsichtlich der Prävention insbesondere das Bundesgesundheitsministerium, das ein Forschungsvorhaben aufgelegt hat, welches auf der Basis der von der Versicherungswirtschaft derzeit regulierten Hebammen-Schadenfälle geeignete Qualitätskriterien und Verbesserungsvorschläge machen soll mit dem Ziel, dass künftig noch weniger durch Hebammen verursachte Geburtsschäden vorkommen, als das derzeit schon der Fall ist. Das ist selbstverständlich zu unterstützen. Zu der Frage, wie das konkret aussehen kann, gibt es hoffentlich demnächst erste Ergebnisse.

Dann wurde die Frage nach einem möglichen vollständigen Regressverzicht gestellt. Wir würden uns wünschen, wenn der Regressausschluss vollumfänglich geregelt würde. Im Übrigen kann man sich das auch für den gesamten Bereich der Geburtshilfe

vorstellen. Das würde freiberufliche Gynäkologinnen und Gynäkologen mit Geburtshilfe genauso entlasten wie kleinere und finanzschwächere Krankenhäuser mit Geburtsstation. Denn wir haben auch festgestellt, dass sich Geburtsschäden, egal von wem und in welchem Zusammenhang verursacht, ob in Krankenhäusern von Beleghebammen oder Belegärzten oder von fest angestellten Hebammen oder Ärzten oder im freiberuflichen Segment bei Hausgeburten und Geburtshausgeburten verursacht, immer gleich entwickeln. Sie sind auch in der Spitze ungefähr gleich teuer, sodass die Entlastungswirkung über den gesamten Geburtshilfesektor hinweg eintreten würde. Die Entlastung würde, wie gesagt, im Ergebnis etwa 30 % betragen.

Es wurde noch eine Frage zur Ausgestaltung der möglichen staatlichen Haftung gestellt. Dies ist eine Variante, die wir schon seit längerer Zeit diskutieren. Man könnte sich das in etwa so vorstellen, dass man bei von freiberuflichen Hebammen verursachten Schäden die zu tragende Schadenlast, die über den Haftpflichtversicherer auszugleichen ist, beispielsweise bei 1 Million € deckelt und all das, was später an Kosten oberhalb von 1 Million € auftritt, von staatlicher Seite tragen lässt.

Das ist keine Idee, die originär von der Versicherungswirtschaft stammt. Wir sind gebeten worden, diese Idee einmal weiterzuverfolgen. Eine solche Lösung könnte bei der Gesamtschadenlast zu einer Entlastung von etwa 15 % führen.

Allerdings müsste man sich die haushaltsrechtlichen Probleme vor Augen führen; denn der Staat müsste dann gewissermaßen als Versicherer für diese Schäden einspringen. Solange das bei der Geburt geschädigte Kind lebt, seien es auch 30, 40 oder mehr Jahre lang, müsste der Staat als Versicherer agieren.

Einmal abgesehen davon, dass der Staat kein Versicherer ist und ihm die notwendige Expertise bei der Schadenregulierung fehlt, er also möglicherweise jemanden einschalten müsste, der das für ihn macht, hat man die haushaltsrechtliche Gewährleistung zu übernehmen, dass diese Schäden, die deutlich über die Dauer einer Wahlperiode hinaus fortwirken können, reguliert werden. Diese staatliche Garantie müsste mit allen in der Kalkulation bestehenden Unsicherheiten übernommen werden. Daher machen wir ein großes Fragezeichen hinter die Geeignetheit eines solchen Vorschlags.

Die letzte Frage betraf die Thematik Regressausschluss und mögliche alternative Vorstellungen. Wir sprechen uns für einen Regressausschluss umfassender Art im Hinblick auf leichtfertig und grob fahrlässig verursachte Schäden aus, weil wir glauben, dass diese Lösung ein großes Einsparpotenzial bietet. Auf der anderen Seite muss man sich vergegenwärtigen, dass die Schadenersatzleistungen, die die Hebammen über die Haftpflichtversicherungsprämie belasten, nur ein reiner Umverteilungsposten sind. Der Regress in Höhe von 30 % der Gesamtschadenlast schneidet dem geschädigten Kind und seiner Familie – das ist der große Vorteil – keine Ansprüche in Bezug auf Schmerzensgeld, Heilbehandlungen und Ähnliches ab, sondern ist eine reine Umverteilungsposition. Da es sich insgesamt um relativ wenige Fälle handelt, glauben wir, dass man hier aufseiten der Sozialversicherungsträger viel Gutes tun und sich selbst Regressstreitigkeiten mit den Haftpflichtversicherern ersparen kann. Von daher wäre das eine Ersparnis, die im Prinzip niemandem zur Last fällt außer der großen Zahl der Mitglieder der Sozialversicherung, die die Auswirkung vermutlich überhaupt nicht spüren würden.

Meike Meier (Hebamme): Die erste Frage, die an mich gerichtet wurde, ging dahin, die Auswirkungen der Ergebnisse des Runden Tisches Geburtshilfe zu beurteilen.

Da ich als leitende Hebamme eines Level-1-Versorgers in der Praxis mit den alltäglichen Unzulänglichkeiten der derzeitigen Versorgung zu tun habe, bin ich froh, wenn ich mit dem Personal, das ich habe, die Grundversorgung einigermaßen abdecken kann. Ich träume von sämtlichen zusätzlichen Angeboten, die ich machen könnte, und wäre begeistert, wenn mein Team nicht jedes Jahr ein Viertel des Urlaubs in das Folgejahr übertragen müsste. Das, was wir gewährleisten können, ist eine Grundversorgung. All das, was darüber hinausgeht, was der Runde Tisch Geburtshilfe anstrebt, ist ein Fernziel, das ich gern erreichen möchte, das sich aber im Moment aufgrund der personellen Situation in keiner Weise darstellen lässt. Es ist einfach nicht möglich.

In der Arbeit des Kreises mit den freiberuflichen Hebammen lässt sich die gleiche Situation feststellen. Die Kolleginnen berichten, dass sie die Anfragen, die sie von Frauen erhalten, nicht bewältigen können. Sie müssen wöchentlich Frauen ablehnen.

Früher war es so, dass es eng wurde, wenn sich eine Schwangere nicht bis zur 34. oder 35. Schwangerschaftswoche um eine Hebamme gekümmert hatte. Heute hat sich dieser Zeitpunkt deutlich nach vorn verschoben; er liegt etwa zwischen der 15. und 20. Woche. Das stellt für die Frauen ein echtes Problem dar. Wer sich bis zur 20., allerspätestens bis zur 23. Schwangerschaftswoche nicht um eine Hebamme gekümmert hat, der geht leer aus. Dies ist die Realität, die in der Praxis nicht erst in der besonderen Situation in den letzten acht Monaten, sondern bereits in den letzten drei, vier Jahren zu beobachten ist.

Mit dem Thema Hebammen-Kreißsaal würde ich mich gern befassen. Es ist sicherlich, wenn man entsprechende Personalstrukturen schafft, ein tragfähiges Konzept für die Zukunft. Das wird nicht flächendeckend möglich sein, weil die einzelnen Häuser einen unterschiedlichen Versorgungsstatus besitzen und man prüfen muss, wo sich eine solche Einrichtung etablieren lässt. Es ist definitiv für die Zukunft ein tragfähiges Konzept; aber es erfordert eine entsprechende Personalpolitik in der Klinik.

Prof. Dr. Nicola Bauer (Hochschule für Gesundheit Bochum): Sie haben die Frage gestellt, ob ich konkrete Maßnahmen für die Senkung der Sectio-Rate wüsste und wie ich zu den Zahlen der WHO stünde.

Die Ärztekammern haben berichtet, dass diese Zahlen von 1985 stammen und sich auf 10 bis 15 % belaufen. In Nordrhein-Westfalen betrug die Rate im Jahr 2016 31,1 %, bundesweit sind es 32,01 %. Die Rate ist zu hoch, sage ich jetzt ganz unwissenschaftlich in den Raum hinein. In dem Faktencheck Kaiserschnitt der Bertelsmann-Stiftung haben wir gesehen, dass es hierfür sehr viele Gründe gibt.

Eines der Best-Practice-Modelle im Abschlussbericht des Runden Tisches waren die Christophorus-Kliniken in Coesfeld. Dort ging es um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein vorgeburtliches Anmeldegespräch der Schwangeren, die in der Klinik gebären wollten; hierbei haben Ärztinnen, Ärzte und Hebammen Hand in Hand gearbeitet.

Vorhin wurde die Frage gestellt, wie hoch der Anteil der Wunschkaiserschnitte ist. Er liegt in Deutschland bei etwa 5 %, wobei im Einzelfall fraglich ist, ob es sich wirklich

um den Wunsch der Frau oder aufgrund von traumatischen Vorerlebnissen um die subjektive Notwendigkeit handelt, eine Sectio zu verlangen; in diesen Fällen kann von einem Wunsch meines Erachtens nicht gesprochen werden.

Es gibt Beispiele aus Norwegen, bei denen Ärzte, Psychologen und Hebammen Hand in Hand arbeiten, wenn Frauen einen solchen Wunsch oder ein solches Bedürfnis äußern. Studien zeigen, dass 63 % der Frauen, die zunächst den Wunsch nach einer Sectio geäußert haben, davon Abstand nehmen und eine vaginale Geburt anstreben, wenn die Frauen in der Schwangerschaft gut begleitet werden.

Ich glaube, wir müssen ganz genau auf die Gründe schauen. Es wird oft angegeben, die Sectio-Rate sei aus forensischen Gründen so hoch, also wegen der Angst, belangt zu werden, wenn ein Kaiserschnitt nicht vorgenommen wird. Es hängt aber auch damit zusammen – dies betrifft die Ausbildung der zukünftigen Medizinerinnen und Mediziner und der Hebammen –, dass das Kunsthandwerk der Geburtshilfe, zum Beispiel bei einer spontanen Beckenendlagegeburt, nicht vermittelt werden kann, weil es immer weniger solcher Geburten gibt. Es gibt Diskussionen darüber, wie das Medizinstudium in Richtung Geburtshilfe anders gestaltet werden kann. Ich stehe sicherlich für die Akademisierung des Hebammenberufs, da ich von der Hochschule für Gesundheit in Bochum komme.

Was die Prävention angeht, so kommt es darauf an, dass Ärztinnen, Ärzte und Hebammen gemeinsam, auch wenn sie schon berufserfahren sind, Simulationstrainings durchführen, um zu üben. Wir wissen, dass die meisten – in Führungszeichen – Fehler oder Komplikationen in der Geburtshilfe nicht unbedingt dadurch bedingt sind, dass die Menschen nicht gut in ihrem Fach sind, sondern dadurch verursacht werden, dass die interprofessionelle Kommunikation oft nicht funktioniert.

Zum Thema Hebammenkreißsaal. In Deutschland gibt es eine kleinere Studie aus dem Jahr 2010 zum Hebammenkreißsaal und Daten aus einer BMBF-Studie, die derzeit noch ausgewertet werden. Die Ergebnisse zeigen, dass beim Modell Hebammenkreißsaal die Sectio-Rate signifikant gesenkt und die Zahl der Spontangeburt erhöht werden kann. Die Interventionen wie Dammschnitt, medikamentöse Einleitung etc. können ebenfalls reduziert werden.

Momentan gibt es 17 Hebammenkreißsäle in Deutschland. Eine flächendeckende Einführung ginge vielleicht zu weit. Aber es wäre zu begrüßen, wenn Frauen einen solchen Kreißsaal erreichen könnten, wenn sie es wünschen. Es ist ein Modell, bei dem Hebammen und Ärzte Hand in Hand zusammenarbeiten. Ich glaube, dieses Modell wäre auch ressourcenschonend, indem sich Hebammen um die Geburtshilfe bei den Frauen kümmern, bei denen kein Risiko besteht, und Ärztinnen und Ärzte nur hinzugezogen werden, wenn die Geburtsmedizin vonnöten ist.

Wichtig im Hinblick auf eine Reduzierung der Kaiserschnitttrate wäre eine frühzeitige Aufklärung und Information der Frauen, damit ihnen die Optionen bekannt sind und sie eine fundierte Entscheidung treffen können. Der Anteil der Hausgeburten und Geburten in Geburtshäusern oder Hebammenpraxen lag im Jahr 2015 bei 1,63 %. Woran liegt das? Die Zahl hat sich in den letzten zehn Jahren nicht großartig verändert. Wir haben einen guten Datensatz über die außerklinischen Geburten. Wir wissen, dass

Frauen, die den Einschlusskriterien für eine außerklinische Geburt entsprechen, dort sicher und gut gebären können.

Ich glaube also, dass eine frühzeitige Aufklärung und Information der Frauen über die Geburtsmodelle und Optionen wichtig wäre. Wir erreichen hiermit im Moment Frauen aus dem Mittelstand. Wir erreichen nicht Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen, die aus nicht leseaffinen Schichten kommen oder die nicht affin sind, einen Geburtsvorbereitungskurs zu besuchen, und die möglicherweise nicht wissen, dass sie einen Anspruch auf Hebammenhilfe haben.

Was die Fragen zur Versicherung angeht, möchte ich mich den Ausführungen des Vertreters der Versicherungswirtschaft anschließen. Ein staatliches Umlagesystem würde ich kritisch sehen. Es müsste geprüft werden, ob ein solches System überhaupt umsetzbar ist. In Bezug auf den Regressverzicht kann ich seine Ausführungen völlig unterstützen.

Zum Thema Fachkräfte. Ich hatte in meiner Stellungnahme geschrieben, wir sind dankenswerterweise momentan an dem Forschungsprojekt „HebAB.NRW“ betreffend die geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen beteiligt. Wir werden im Januar 2018 mit einer Befragung aller in Nordrhein-Westfalen aufzuspürenden Hebammen beginnen können. Wir werden auch 10.000 Frauen in NRW befragen; wir werden im Januar mit der Rekrutierung der Frauen beginnen. Sie werden drei Monate nach der Geburt gefragt, ob sie Hebammenhilfe in Anspruch nehmen wollten und ob sie sie bekommen haben. Spannend daran ist zu sehen, was bieten Hebammen. Unser Traum wäre es natürlich, wie auf einer Landkarte Regierungsbezirke, kreisfreie Städte, Kreisstädte und das jeweilige Angebot der Hebammen, sowohl von freiberuflichen als auch von in der Klinik angestellten Hebammen, und die Nachfrage der Frauen darzustellen. Daraus würde sich ergeben, ob es eher magere Gebiete gibt. Wir wissen nicht, ob diese in den Ballungsgebieten mit sehr vielen jungen Familien oder eher in ländlichen Gebieten zu finden sind, wo die Inanspruchnahme von Leistungen mit weiteren Wegen verbunden ist.

Ich habe in meiner Stellungnahme ausgeführt, wir sehen, die Geburtenzahlen sind gestiegen. Die Kliniken schließen weiter Geburtsstationen. Auch hierin liegt eine Schwierigkeit. In Deutschland gibt es zurzeit im Jahresdurchschnitt rund 500 Absolventinnen, die die Ausbildung und das Studium abschließen. Wir wissen nicht, ob dies ausreicht. Die Zahl der Hebammen ist nicht gesunken. Wir sehen aber, die Hebammenleistungen insgesamt reichen anscheinend nicht mehr aus.

Was die Frage nach dem Fachkräftemangel angeht, weiß ich nicht, ob es nur an der Vergütung liegt oder auch an den Bedingungen, unter denen Hebammen zum Beispiel an den Kliniken arbeiten müssen. Die Frage ist, macht mehr Vergütung glücklicher? Natürlich kann ich mir mehr kaufen, aber macht es mich glücklicher in meinem Arbeitssystem oder brauche ich andere Bedingungen, um gut arbeiten zu können?

Ein Wort noch in Richtung auf Frauen und Gleichstellung. Ich sehe es als unumgänglich an, dass der Hebammenberuf akademisiert wird – ob das Studium dual oder primär qualifizierend angelegt wird –, auch aus der Sicht der Gleichstellung, dass Frauen die gleichen Möglichkeiten erhalten. Ich glaube, wir können den Beruf langfristig attraktiver machen, wenn er auf DQR-Niveau 6, also auf Meisterinnenniveau angesiedelt

ist. Ich glaube, alle möchten, dass ihre Kinder und Enkelkinder von einer Meisterin oder einem Meister seines Faches betreut werden.

Barbara Blomeier (Landesverband der Hebammen NRW e. V.): Ich versuche mich kurz zu fassen; ich weiß nicht, ob es gelingen wird.

Die erste Frage war, wie wir die Umsetzung der Empfehlungen des Runden Tisches Geburtshilfe beurteilen. – Ich würde sagen, sehr zwiespältig. Wir haben mit Freude wahrgenommen, dass die Befragung in die Tat umgesetzt wird. Wir haben tatsächlich noch in der letzten Legislaturperiode unsere neue Berufsordnung bekommen. Aber das war es im Grunde schon fast. Der Rest ist zu unserem großen Bedauern noch nicht umgesetzt worden oder allenfalls sehr zögerlich.

Das führt mich zu der zweiten Frage, welche Maßnahmen die Landesregierung ergreifen könnte. Da wäre aus unserer Sicht als Erstes die Verstetigung des Runden Tisches oder einer vergleichbaren Gruppe zu nennen. Das taucht in dem Antrag begrüßenswerterweise auch auf. Eine regelmäßige Bestandsaufnahme der Situation der Geburtshilfe in NRW mit allen beteiligten Akteuren an einem Tisch würden wir sehr unterstützen.

Des Weiteren wäre die Förderung von Konzepten wie zum Beispiel des Hebammenkreißsaals wünschenswert. Aus unserer Sicht ist das ein absolutes Erfolgsmodell. Ich kann ganz aktuell berichten, dass sich die Klinik in Köln-Longerich entschlossen hat, einen Hebammenkreißsaal neu aufzubauen, nachdem die Klinik in Köln-Nippes einen solchen geschlossen hat. Die Klinik hat jede Menge Bewerbungen von Hebammen bekommen, die dort arbeiten möchten. Sie hat also keinen Hebammenmangel mehr zu verzeichnen. Das ist ein deutliches Signal, dass dies eine Arbeitsform ist, die für Hebammen attraktiv ist.

Wir sehen eine große Chance für die Landesregierung, sich auf diesem Gebiet unterstützend zu engagieren und solche Konzepte zu fördern. Man muss dies gar nicht als Alternative begreifen. Man kann ruhig große Zentren haben, man kann kleine Abteilungen aus unserer Sicht auch schließen, wenn die geburtshilfliche Versorgung gewährleistet ist und die Wege für die Frauen weiterhin kurz sind. Man kann in einer großen Abteilung durchaus den Hebammenkreißsaal implementieren. Man kann dort Lotsinnen haben und kann beide Systeme, das klinische System und den hebammengeleiteten Kreißsaal, parallel laufen lassen. Das sind für Hebammen sehr attraktive Arbeitsbedingungen.

Daran schließe ich gleich die Beantwortung der Frage an, ob durch Regressverzicht, Haftungsausgleich usw. Hebammen für den Beruf gewonnen werden könnten. – Ich glaube nicht. Ich reise seit einigen Jahren durch das Land, spreche mit Hebammen und höre immer wieder: Das, was sie in ihrem Beruf hält, sind die attraktiven Arbeitsbedingungen. Das sind die Kliniken oder das Setting im freiberuflichen Bereich, das es ihnen ermöglicht, so zu arbeiten, wie sie es gelernt haben und wie sie in den Beruf gestartet sind, nämlich eine qualitativ hochwertige Betreuung der Frauen zu gewährleisten und keine Fließbandarbeit zu machen, nicht neben dem Kreißsaal noch die Chefarztsprechstunde zu bedienen, den OP, den Kreißsaal zu putzen, Sekretariatsarbeiten zu machen usw. usf., sondern sich wirklich um das Kerngeschäft der Hebamme, nämlich die Geburtshilfe, zu kümmern. Dazu braucht man eine ausreichende personelle Ausstattung.

Das macht Arbeitszufriedenheit. Das ist das, was die Hebammen in ihrem Beruf hält und was sie auch in ihren Beruf zurückkehren lässt. Ich habe im Februar vor zwei Jahren schon einmal hier gesessen, damals gemeinsam mit der damaligen Landesvorsitzenden, ich als Stellvertreterin. Meine Kollegin sagte damals schon genau das, was ich heute nur wiederholen kann: Macht die Arbeitsbedingungen so, dass sie attraktiv sind, und die Hebammen tauchen alle wieder auf. Sie kommen aus ihren Löchern und wollen arbeiten. Keine Hebamme geht freiwillig aus ihrem Beruf heraus. Es ist ein Beruf, den man lebt, den man mit Herzblut ausübt.

Die Anrufe, die wir aus Kreißsälen bekommen, sind – auch wenn das vielleicht nur eine vorübergehende Erscheinung ist – durch hohe Emotionalität geprägt; da sind die Kolleginnen manchmal weinend am Telefon, weil sie einfach nicht mehr wissen, wie sie den Notstand verwalten sollen. Dann geben sie häufig auf und sagen, wir können nur schließen. Kliniken, die keine attraktiven Arbeitsbedingungen bieten, bleiben auf ihren freien Stellen sitzen. Die Hebammen gehen dort nicht mehr hin. Das ist etwas, was sich in den letzten Jahren geändert hat. Vor zwei, drei Jahren habe ich eher noch gehört: Bei uns sieht es nicht gut aus, aber wir schaffen das schon, wir haben den Ehrgeiz, wir kommen da durch, wir kriegen das hin. In dieser Hinsicht hat ein Wandel stattgefunden. Inzwischen ist die Haltung eher die: Das tue ich mir nicht mehr an, da mache ich nicht mehr mit; dann gehe ich irgendwo anders hin, wo ich so arbeiten kann, wie ich es gelernt habe und wie ich es tun möchte.

Das ist mein Appell an Sie alle, sich Gedanken zu machen, wie das in unserem Land umgesetzt werden kann. Es ist super, dass die Datenerhebung und eine Bestandsaufnahme stattfinden sollen, sodass wir in zwei Jahren auf der Basis der Datenerhebung Empfehlungen zur strukturellen Weiterentwicklung abgeben können. Das hilft uns aber in der gegenwärtigen Situation nicht. Die Kreißsaalschließungen, die massiv voranschreiten, werden wir nicht erst in zwei Jahren strukturell beheben können; die werden dann schon alle passiert sein, und dann ist das Ding vor die Wand gefahren. Es ist unser großes Anliegen, dass das verhindert wird.

Was kann die Landesregierung tun? – Sie sollte ganz flott einen Aktionsplan entwickeln, gern mit unserer Hilfe.

Anreize für die Kommunen zu schaffen ist eine weitere Idee, die gelegentlich aufkommt und absolut ausbaufähig ist. Für freiberufliche Hebammen sollte es attraktiv gemacht werden, in ländliche Regionen zu gehen oder auch in Ballungsgebieten zu arbeiten, etwa indem sie so einfache Dinge wie zum Beispiel eine Sonderparkerlaubnis bekommen und nicht wertvolle Arbeitszeit damit verbringen müssen, einen Parkplatz zu suchen. Das sind ganz einfache Dinge, die sich auf kommunaler Ebene umsetzen lassen. Man muss nur die kreativen Ideen entwickeln und den Willen dazu haben.

Ein Melderegister für NRW oder auf Bundesebene wäre eine sehr gute Idee. Solange wir keine Hebammenkammer haben, wäre das die einzige Möglichkeit, den Überblick zu bekommen, wie viele Hebammen tätig sind und welche Angebote sie unterbreiten.

Was die Landesregierung aus unserer Sicht unbedingt und am besten heute noch beginnen sollte, ist die Entwicklung eines Konzepts zur Verlagerung der Hebammenausbildung an die Hochschulen. Im Jahr 2020 soll es umgesetzt sein. Wir haben noch

keine Ideen gehört, wie das in Nordrhein-Westfalen funktionieren soll, unter Mitnahme der Schulen. Die Frage der Finanzierung, die Frage der Hochschulstandorte ist nicht geklärt usw. Das schafft Unsicherheit für die Hebammenschulen, die wir haben. Uns ist zugetragen worden, dass die erste Hebammenschule jetzt keinen neuen Jahrgang mehr aufnehmen wird. Wenn das um sich greift, laufen wir noch einmal – Stichwort Fachkräftemangel – in große Schwierigkeiten hinein, weil uns der Nachwuchs wegbrechen wird, bevor wir überhaupt klare Zukunftsvorstellungen haben.

Zu der Frage nach dem Handlungsbedarf auf Bundesebene. Aus unserer Sicht betrifft dieser das Thema DRGs, Vergütung. Das können weder wir als Hebammen lösen, noch kann es aus unserer Sicht ein einzelnes Bundesland tun. Was wir aber brauchen, ist eine finanzielle Attraktivität für die Kliniken, Geburtshilfe vorzuhalten. Wenn von vornherein klar ist, dass Geburtshilfe ein Minusgeschäft ist, wird sich ein Wirtschaftsunternehmen gut überlegen, ob es auf diesem Gebiet Ressourcen aufwendet.

Das Thema DRGs wurde bereits besprochen. In dieser Hinsicht sind wir völlig einer Meinung, da muss sich etwas ändern. Die Arbeit der Hebammen, die gute Geburtshilfe, die aus dem gekonnten Nichtstun besteht – das heißt, stundenlang sitzen, beobachten, die Hände hinter dem Rücken falten oder wie bei den guten alten Hebammen damals strickend oder Zeitung lesend; das vermittelt den Frauen das gute Gefühl, alles ist gut, lass dir Zeit –, ist in keinem DRG-System abzubilden, das taucht nirgendwo auf. Das ist aber ein großer Teil von guter Geburtshilfe, nämlich gut aufzupassen, aber nichts zu tun. Wie will man das Nichtstun beziffern? Auf diesem Gebiet muss ganz dringend etwas passieren. Mein Wunsch wäre, dass sich die Landesregierung für dieses Thema auf Bundesebene stark macht.

Die Themen Haftpflicht, staatlicher Fonds, Melderegister sind ebenfalls Bundesthemata, die vom Land nur unterstützt werden können.

Eine Frage von Ihnen habe ich nicht ganz verstanden; vielleicht könnten Sie sie wiederholen.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Ich hatte gefragt, ob mit dem Wunsch nach attraktiven Arbeitsbedingungen auch finanzielle Vorstellungen verbunden sind.

Barbara Blomeier (Landesverband der Hebammen NRW e. V.): Ich glaube, ich habe das schon dahin gehend beantwortet, dass es den Hebammen nicht primär um die Vergütung, sondern um das gute Arbeiten geht.

Im Zusammenhang mit dem staatlichen Haftungsfonds ist die Frage aufgeworfen worden, wie wir uns das vorstellen. Ich kann insoweit Herrn Hellberg zustimmen. Der Deutsche Hebammenverband hat diverse Vorschläge erarbeitet. Es ist eine Diskussion analog zur gesetzlichen Unfallversicherung. Verschiedene Szenarien sind denkbar.

Letztlich muss ich ganz platt sagen: Uns als Hebammenverband NRW ist die Methode eigentlich völlig egal. Hauptsache, es kommt zu einer Deckelung und zur Bildung einer Art von Fonds, der dann in Anspruch genommen werden kann, wenn eine bestimmte Schadenssumme erreicht ist. Wie dieser Fonds gespeist wird, wer den betreibt, kann man

in Ruhe überlegen. Als Hebammenverband NRW ist uns das nicht gleichgültig, aber es ist nicht unsere Baustelle.

Dann wurde die Frage gestellt, was für oder gegen das Konzept des Hebammenkreißsaals spricht. Für das Konzept spricht ganz vieles, was schon gesagt wurde. Dagegen spricht eigentlich fast nichts. Es wird sicherlich notwendig sein, die Kolleginnen gut zu schulen. Das ist eine Erfahrung, die wir gemacht haben, wenn wir dieses Thema in Kreißsaalteams aufgebracht haben. Es ist ein eher selbständiges Arbeiten, das man nach 30 Jahren ausschließlicher Tätigkeit in der Klinik im Angestelltenverhältnis nicht unbedingt gern hat; da braucht man einfach das Handwerkszeug. Die freiberuflich tätigen Hebammen in der außerklinischen Geburtshilfe haben das automatisch. Eine Klinikhebamme muss sich umgewöhnen und braucht vielleicht ein bisschen Coaching. Jede Hebamme kann gute Geburtshilfe leisten, egal an welcher Stelle. Die Angst ist eigentlich unbegründet. Wir würden unsere Kolleginnen sehr gern unterstützen. Das würde ich als unsere Aufgabe als Berufsverband sehen. Ansonsten ist das eigentlich ein Erfolgsmodell und, wie man sieht, für die Hebammen hochattraktiv.

Dr. Markus Wenning (Ärztchamber Westfalen-Lippe): Aus allen Fraktionen kamen Fragen zum Thema DRG-System, Finanzierung und ob wir eine Abkopplung befürworten. Vielleicht muss man an dieser Stelle kurz erklären, wie das DRG-System funktioniert.

Es funktioniert quasi nach einer kaufmännischen Kalkulation. Es gibt Kostenstellen, bei denen der Personalbedarf und verschiedene tarifliche Vergütungen berücksichtigt werden. Dann steht jemand mit der Stoppuhr da und misst in den sogenannten Kalkulationshäusern, wie viel Zeitaufwand von den verschiedenen Berufsgruppen am Patienten oder im Hintergrund eingesetzt wird. Daraus wird dann insgesamt etwas kalkuliert. Die Angaben aus den Kalkulationshäusern fließen zusammen. Daraus wird ein Durchschnittswert gebildet und festgesetzt.

Der Blick auf die Vergütung für die normale Geburt und für die Sectio zeigt natürlich, dass die Sectio höher vergütet wird. Das liegt aber einfach daran, dass dahinter ein höherer Aufwand steht, eben der Aufwand für OP-Personal, für den Anästhesisten, für die zeitliche Beanspruchung anderer Berufsgruppen, die bei einer normalen Geburt gar nicht eintritt.

Deshalb macht es aus meiner Sicht in einem solchen System wenig Sinn, einfach nur zu sagen, die vaginale Geburt muss höher vergütet werden. Sehr viel Sinn würde es hingegen machen, die tariflichen Vergütungen der beteiligten Berufsgruppen anzuheben. Das würde dann adäquat in das System einfließen und automatisch zu einer höheren Vergütung führen.

Oder aber man sagt ganz bewusst – das ist ein gedanklicher Ansatz, der meines Wissens bisher noch nicht gewählt worden ist –, wir wollen politische Incentives setzen. Dann würde ich allerdings eher dafür plädieren, das in Form von Zuschlägen zu machen und das auf Bundesebene durchzusetzen. Diese Zuschläge sollten damit verbunden werden, dass bestimmte Bedingungen erfüllt werden wie zum Beispiel Mindestpersonalstandards.

Ein Punkt wäre doch, dass die Kalkulationshäuser Mindestpersonalstandards einhalten müssten. Denn es gibt wirtschaftliche Incentives, die auf eine möglichst geringe Personalausstattung, auf eine möglichst geringe Vergütung hinwirken. Das ist aber kein Problem,

das ausschließlich die Geburtshilfe betrifft, das ist ein Problem, das wir im gesamten Gesundheitswesen haben. Das ist ein Grundproblem. Das kann und sollte man auf der Bundesebene adressieren. Einer der Wege wäre, Mindestpersonalstandards einzuhalten.

Der zweite Punkt betrifft die ideale Kaiserschnitttrate. Der idealen Kaiserschnitttrate – das ist ein weltweites Phänomen – widmen sich sehr viele Wissenschaftler. Eine Arbeit, die eine relativ große Zahl von Studien im Rahmen einer systematischen Analyse zusammenfasst, haben wir in unserer Stellungnahme zitiert. Es ist eine Arbeit, die im „Journal of the American Medical Association“ publiziert worden ist, einem angesehenen amerikanischen Journal. Diese Arbeit kommt zu dem Ergebnis, unter idealen Bedingungen könnte eine Kaiserschnitttrate von 19 bis 20 % die beste sein, wenn man als positives Outcome die Gesundheit von Mutter und Kind ansieht.

Das hat mich insofern gefreut, als das auch die Zahl ist, die in der Christophorus-Klinik in Coesfeld, die wir am Runden Tisch Geburtshilfe als Modellklinik präsentiert bekommen haben und die unter hervorragenden Bedingungen Geburtshilfe macht, bereits erreicht worden ist. Also, es geht.

Auf vielen Ebenen machen sich Ärzte und Hebammen gemeinsam auf, die Kaiserschnitttraten zu senken. Es ist ein Problem, das in Deutschland als solches erkannt worden ist. Ich denke, einer der Punkte, die zu bewältigen sind, ist zum Beispiel die professionsübergreifende Arbeit an einer gemeinsamen Leichtlinie zum Kaiserschnitt oder zur operativen Geburt; es ist ja noch mehr als der Kaiserschnitt.

Aber auch hier in Nordrhein-Westfalen wird daran gearbeitet. Die Sectio-Rate ist inzwischen ein sogenannter Qualitätsindikator. Diejenigen von Ihnen, die sich mit externer Qualitätssicherung im Gesundheitswesen beschäftigen, werden wissen, wie das funktioniert. Über jede Geburt wird ein entsprechender Datensatz erhoben. Dieser wird zentral ausgewertet. Dort wird schon seit 2014 die Sectio-Rate problematisiert. Dabei wird individuell das Risiko nach einem mathematischen Modell berechnet. Denn natürlich kann man nicht die Zweit- oder Drittgebärende mit der erstgebärenden Risikoschwangeren vergleichen. Man errechnet also für jede Klinik eine ideale Rate von Kaiserschnitten allein nach einem Rechenmodell; das hat natürlich Unschärfen. Diejenigen, die davon deutlich abweichen, werden zu einem Gespräch gebeten und müssen sich rechtfertigen. Abgesehen von der konkreten Beschäftigung erzeugt dies schon einen gewissen Handlungsdruck. Ich glaube, in allen geburtshilflichen Kliniken ist die Kaiserschnitttrate ein Thema. Darüber wird diskutiert und es werden Maßnahmen ergriffen, um die Kaiserschnitttrate zu senken.

Das setzt aber auch – Coesfeld ist hierfür das beste Beispiel – eine auskömmliche Personalausstattung voraus. Insoweit kann ich Frau Blomeier nur recht geben: Das Abwarten, das Zuwarten erfordert einen hohen Personaleinsatz. Denken Sie an das, was ich eben zu der Stoppuhr bei der betriebswirtschaftlichen Kalkulation gesagt habe. Das Abwarten kann man sich erlauben, wenn man ein großes Team hat, wenn man zum Beispiel viele Mitarbeiter in Teilzeit hat. Wenn man ein kleines Team von beispielsweise fünf bis sechs Ärztinnen hat – heutzutage sind es meistens junge Ärztinnen, die den Beruf ergreifen –, müsste jede Ärztin in einem Monat alle fünf oder sechs Tage einen Dienst machen. Bei einem größeren Team wären es zum Beispiel nur zwei

bis drei Dienste. Dann kann man auch einmal nachts einen höheren Zeiteinsatz leisten, ohne auszubrennen. Das Wohlfühlen in den Abteilungen und die Attraktivität des Berufsfeldes sind ganz wesentliche Faktoren.

Des Weiteren wurde gefragt, ob Hausgeburten zu höheren Schäden führen. Diese Frage kann ich nicht beantworten. Wir hatten am Runden Tisch in dieser Frage einen gewissen Dissens, der aus einer unterschiedlichen Betrachtungsweise herrührt. Als Ärztinnen und Ärzte sehen wir einfach, dass es auch bei einer normal verlaufenden Geburt zu plötzlichen Problemen kommen kann, die einen Kaiserschnitt erforderlich machen.

Dafür gibt es Qualitätsindikatoren. Die Zeit zwischen Entscheidung zur Sectio und entwickeltem Kind, die sogenannte EE-Zeit, von 20 Minuten ist ein Qualitätsindikator, den wir von unseren Kliniken verlangen. Das ist auch ein Parameter, den wir im Rahmen der externen Qualitätssicherung abprüfen. Diese Zeitspanne kann nicht eingehalten werden, wenn es sich um eine Hausgeburt handelt. Das heißt, es muss schon im Vorfeld eine Risikoselektion stattfinden. Trotzdem gibt es noch die unvorhergesehenen Fälle, die damit nicht erfasst werden können. Das ist der Grund, warum sich Ärztinnen und Ärzte gegen die Möglichkeit der Hausgeburt ausgesprochen haben.

Dann wurde nach einer Pflicht zur Absenkung der Kaiserschnitttrate gefragt. Es gibt eine berufsrechtliche Pflicht, sich in einem gegebenen Setting optimal zu verhalten, also optimal in dem Sinne, dass man sich auf das Wohl von Mutter und Kind ausrichtet. Das ist aber natürlich nicht abstrakt an Kaiserschnitttraten zu messen. Ich sage es einmal so: Jeder hat eine individuelle Lernkurve. Als junge Oberärztin, als junger Oberarzt weiß man in einer bestimmten Situation, den Kaiserschnitt beherrsche ich, es ist das sichere Verfahren, ein Kind zu entwickeln. Aber man weiß auch, wenn ich in meiner Erfahrung zehn Jahre weiter wäre, könnte ich dieses Kind vielleicht auch auf normalem Wege, auf vaginalem Wege entbinden. Dann ist es sicherlich berufsrechtlich nicht vorwerfbar, dass sich ein Arzt für den Kaiserschnitt entscheidet; es geht darum, unter den gegebenen Umständen das Optimale für Mutter und Kind zu tun. Die Umstände müssen dann aber auch entsprechend gestaltet sein, wenn man die Kaiserschnitttrate senken will. Damit sind wir wieder bei der besseren Ausstattung der geburtshilflichen Kliniken.

Zu der Frage der Haftung und dem Thema Wunschkaiserschnitte. Wenn eine Schwangere, die eine Risikoschwangerschaft hat, einen Kaiserschnitt verlangt, ist es sehr zeitaufwendig, sie dahin zu bringen, eine vaginale Geburt zu versuchen. Dafür muss man rechtzeitig Kontakt zu der Schwangeren haben. Das Stichwort in diesem Zusammenhang sind vulnerable Gruppen, die wir nicht erwischen, die nicht zur Vorsorge gehen, die spät in die Klinik kommen, wo vielfach die Verständigung schwierig ist. Unter idealen Bedingungen sollte man die vaginale Geburt unbedingt anstreben, aber die Realität sieht eben häufig anders aus.

Prof. Dr. Maritta Kühnert (Universitätsklinikum Gießen und Marburg): Ich bin delegiert als Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Als Vorstandsmitglied bin ich zuständig für Geburtshilfe und Perinatalmedizin. Mein Partner dabei ist Herr PD Dr. Schlembach aus Berlin, der die Pränataldiagnostik abdeckt. Sie wissen vielleicht, die Präsidentin unserer Fachgesellschaft, Frau Dr. Seelbach-Göbel, ist selbst mit Herzblut Geburtshelferin. Sie hat mich gebeten,

heute an dieser Anhörung teilzunehmen. Die Stellungnahme ist also in unserem Vorstand abgesprochen.

Die erste Frage war, wie sieht es in anderen Bundesländern aus? – Es gibt ein sogenanntes West-Ost-Gefälle. Das heißt, in den neuen Bundesländern haben wir deutlich niedrigere Sectio-Raten. Sonst sind die Strukturen ähnlich gelagert wie in den übrigen Bundesländern. Das mag eine Tradition sein, die hier mit hineinspielt. Dies betrifft zum Beispiel die berühmte Beckenendlage, bei der die Entbindung im Westen dank Professor Kubli vielerorts verlernt worden war.

Wir sind seit über zehn Jahren dabei, Kurse abzuhalten. Wir haben die Zeichen der Zeit erkannt und bilden die jungen Kollegen darin aus, wie man bei einer vaginalen Geburt mit einer Beckenendlage umzugehen hat. Wir stellen dabei immer wieder fest, dass die internen Teachings in den Kliniken ganz wesentlich nicht gemacht werden. Es ist eine geringe Rate. Da kann man eigentlich nur die Versicherungen noch einmal aufs Pferd setzen und sagen, fordern Sie bitte von den jeweiligen Chefarzten ein, dass die internen Teachings, was die Beckenendlage und andere Themen betrifft, in gebetsmühlenartiger Vorgehensweise durchgeführt werden. Das fangen wir seit über zehn Jahren im Kreißsaal-ABC ab. Wir machen das gern; aber wir sehen auch, wo es im Argen liegt.

Die andere Frage betraf die WHO-Empfehlung zur Sectio-Rate. Ich habe diese in der Stellungnahme als illusorisch bezeichnet; das stimmt auch. Das ist etwas, was man weltweit einfordert. Aber wir sind nun einmal hier in Deutschland mit einer eigenen Struktur. Wir haben die Zentrumsdefinition, Perinatalzentren Level 1, 2, 3 und 4. Den niedrigsten Level bildet der Grund- und Regelversorger. Das heißt nicht, dass man ihn abwertet. Vielmehr hat er eine genau definierte Aufgabenstellung.

Wenn ich ein Zentrum des Levels 1 habe, habe ich alles, was mühselig und mit Risiken beladen ist, bis hin zu den ganz kleinen 350-Gramm-Kindern, mit denen wir uns beschäftigen müssen, einfach aus der Grauzone des Gestationsalters heraus. Das machen wir nicht unbedingt gern, weil wir uns immer wie Kinderschänder fühlen, wenn wir dort zur Tat schreiten müssen. Je älter man in dem Fach ist, sieht man das so. Aber wir haben viele forensische Gründe, die dahinter stehen, das Selbstbestimmungsrecht der Patientin.

Gerade was die Beckenendlage angeht, je jünger der Oberarzt ist, der gerade Dienst tut, desto höher wird seine Kaiserschnittquote sein und desto weniger wird er in der Lage sein, eine Beckenendlage vaginal zu managen. Das ist selbst in deutschen Universitätskliniken in vielen Bereichen so. Das muss man leider zugeben. Wir als DGGG steuern in dieser Hinsicht kräftig dagegen. – Also die Frage des Patientenkollektivs ist ganz wichtig.

Das Thema Wunsch-Sectio ist bereits angesprochen worden. Es sind offiziell 2 bis 3 %. Es gibt eine Dunkelziffer unter solchen Tarndiagnosen wie „mütterliche Erschöpfung“, „Zustand nach traumatischer Geburt“. Die hätte ich gern alle in der Schwangerenvorsorge, in der Vorstellung vor der Geburt, um einmal zu entwirren, was dahintersteckt. Thema Tokophobie – man muss nur die richtigen Vokabeln wählen –, Angst vor Wehen. Und dann wird immer wieder auf die Pauke gehauen: „Ich will das aber“. Mit dem Selbstbestimmungsrecht der Frau muss man wirklich sehr fragil umgehen, dass man ein bisschen die Spreu vom Weizen trennen kann. Aber ich sage Ihnen eines: Wenn sich eine Frau darauf

versteift und es will, setzt sie ihren Wunschkaiserschnitt durch. Wenn Sie es nicht machen, macht es die Nachbarklinik – nur einmal so als Beispiel.

Dann auch die Absicherung von pathologischen CTGs. Wenn ich mich nur darauf verlasse, habe ich eine Spezifität von 50 %. Das heißt, wenn ich bei allen pathologischen Befunden eine Sectio durchführe, habe ich 50 % zu viel Kaiserschnitte durchgeführt, weil diese Kinder keine Übersäuerung im Blut hatten. Also muss ich – Qualitätsindikator auch der Perinatalerhebung – Zusatzverfahren verwenden – das wird nicht immer gern gemacht, ist ein bisschen ungeliebt; die Fetalblutanalyse sei hier genannt –, mit denen ich diese Dinge absichern kann. Bei der Universitätsklinik Gießen ist es ein Qualitätsindikator: Wurde das pathologische CTG durch MBU abgesichert?

Nicht unwesentlich ist auch eine zum Teil selbstgemachte Subpopulation, nämlich die Gruppe Zustand nach Kaiserschnitt. Das ist ein echtes Risikokollektiv. Da hat man das Problem – der erste Kaiserschnitt ist noch nicht schlimm, aber ab dem zweiten –, dass sich die Plazenta im Bereich der Sectionarbe im Uterus implantiert, bis hinein in die Blase durchwächst und solche Dinge. Dazu gibt es eine ganze Menge stichhaltige Daten.

Wir haben heute die Tendenz, dass Frauen nach zweimaligem Kaiserschnitt sagen, diesmal versuchen wir es aber vaginal. Dann muss man einen finden, der das mitmacht. Das sind meistens Menschen in übergeordneten Zentren, weil die wirklich alles an Ausstattung im Back-up haben, was man für solche Fälle geben kann.

Es kommt jetzt noch etwas Neues hinzu bei den Migrantinnen – darüber sind wir sehr erschrocken –, ob es Syrien, Afghanistan, Iran oder Irak ist, dass die Ehemänner fast ausgerastet sind, wenn die Frau zum Termin noch keine Wehen hatte und sich zur Kontrolle bei uns vorstellte und wir gesagt haben, kommen Sie bitte in zwei Tagen wieder, es ist alles gut. Dann sind die Männer regelrecht explodiert und haben uns gefragt, warum wir keinen Kaiserschnitt machen.

In diesen Ländern ist es üblich, dass das Messer gezogen wird, wenn die Frau zum errechneten Termin keine Wehen hat. Wir haben leider auch Fälle, in denen im selben Jahr zwei Kaiserschnitte bei einer Frau durchgeführt worden sind. Das Risikopotenzial brauche ich Ihnen nicht zu erläutern. Es gibt auch Fälle, in denen Frauen vier oder fünf Kaiserschnitte hinter sich haben, alles Dinge, die der mütterlichen Gesundheit nicht unbedingt zuträglich sind.

Damit müssen wir uns auseinandersetzen, es ist ein anderer Kulturkreis, da wird manches anders gesehen. Neulich gab es die flapsige Antwort eines Ehemannes: „Wissen Sie, Frau Doktor, ein Moslem heiratet dreimal im Leben“, als wir beim fünften Kaiserschnitt die Bremse ziehen wollten.

Zum Thema Vorstellung zur Geburt. Ich würde es mir auch vom Christkind wünschen. Es steht in den Mutterschaftsrichtlinien drin, dass der niedergelassene Frauenarzt die Frauen in ein Institut schicken sollte, das ihrem individuellen Fall gemäß ist. Habe ich eine High-Risk-Patientin, soll ich sie in ein Zentrum des Levels 1 oder 2 schicken, habe ich eine Frau, die keinerlei Risiken aufweist, dann Grundversorger, Regelversorger, Geburtshaus, was auch immer. Dafür ist es wünschenswert, diese Patientinnen in der Sprechstunde einmal zu sehen, nicht um sie zu gängeln, sondern um Fragen und Probleme auszuräumen und sich ausführlich mit dem Fall auseinanderzusetzen.

Ich habe das am Standort Marburg zur Chefsache gemacht. Ich mache das mit unseren Hebammen, die auf diesem Gebiet sehr engagiert sind. Wir haben es schon manches Mal geschafft, Frauen davon zu überzeugen, eine vaginale Geburt zu versuchen, wie es der Kollege eben so schön gesagt hat; wenn es gefährlich wird, kann man ja immer noch auf den Kaiserschnitt umsteigen.

Ich darf abschließend sagen, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat sich all diese Dinge auf die Fahnen geschrieben. Das sind Chefsachen so wie auch diese unrühmliche Geschichte, als man sich bei der Qualitätssicherung bundesweit nicht mehr um mütterliche Todesfälle kümmern wollte. Wir haben gesagt, wir übernehmen für die nächsten zwei Jahre die Finanzierung durch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, damit das weitergeht. Es ist uns ein Anliegen, dass man auch aus solchen Fällen Konsequenzen ziehen und aus Fehlern lernen kann. Manches wird vielleicht aus Betriebsblindheit nicht gesehen oder übersehen. Das sind Dinge, bei denen man vermerken muss: aus Problemen Chancen machen!

Susanne Schneider (FDP): Wir haben jetzt schon sehr viel zum Thema Regressausschluss, fahrlässiges und grob fahrlässiges Fehlverhalten gehört. Ich habe dazu eine Frage an den Versicherungsverband. Wenn der Regressausschluss für die gesamte Geburtshilfe auf grob fahrlässiges Fehlverhalten ausgeweitet würde, sprich Hebammen, Entbindungspfleger, aber auch die Ärzteschaft, mit welcher Gesamtsumme an Mehrkosten müssten die Sozialversicherungsträger rechnen?

Peter Preuß (CDU): Ich habe eine Verständnisfrage an Herrn Hellberg. Wenn man den Regressausschluss auf alle Haftungsmaßstäbe ausweiten würde, also auch auf grobe Fahrlässigkeit, was bliebe dann für die Versicherungswirtschaft übrig, welche Schäden würden dann noch versichert?

Die andere Frage richtet sich an die Ärztekammern. Wenn man einmal strukturell an die Frage herangeht – Sie haben ausgeführt, dass 99 % der Geburten in den Kliniken stattfinden –, dann sind wir eigentlich beim Krankenhausbedarfsplan. Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass zunächst einmal eine Bilanz auf der Grundlage der Ergebnisse des Krankenhausbedarfsplans 2015 gezogen und daraus entsprechende Schlüsse abgeleitet werden sollten. Da Sie sicherlich wissen, dass der Krankenhausbedarfsplan zur Diskussion steht, also fortentwickelt werden soll, um es einmal vorsichtig auszudrücken, was wären denn die Kriterien, die in einem Krankenhausbedarfsplan berücksichtigt werden müssten, um die Geburtshilfe flächendeckend mit der gebotenen Qualität und unter dem Gesichtspunkt der Erreichbarkeit zu gewährleisten?

Rainer Matheisen (FDP): Wir haben eben schon von verschiedenen Seiten Statements zu dem Thema Hebammenkreißaal bekommen. Mich würde interessieren, wie die Ärztekammern und Frau Professorin Kühnert dies sehen. Ich möchte Sie bitten, mögliche Vorteile und Risiken hinsichtlich der Qualität der geburtshilflichen Versorgung, die dieses Modell mit sich bringt, aus Ihrer Sicht zu erläutern.

Angela Lück (SPD): Ich habe noch zwei Fragen an Frau Meier und Frau Blomeier. Sie erläutern in Ihren Stellungnahmen, dass eine Betreuung im Verhältnis eins zu eins bei der Geburt anzustreben ist. Können Sie uns, weil das in vielen Fällen nicht der Fall ist, deutlich machen, welche soziologische, medizinische und auch psychologische Bedeutung das für die Geburt hat?

Sie haben gesagt, dass Sie aufgrund der personellen Besetzung nicht alle Leistungen ausführen können. Können Sie uns sagen, welche Leistungen dann hinten runterfallen?

Sie haben auch von einem erhöhten Organisationsaufwand gesprochen, der durch kulturelle Unterschiede bei den Frauen bedingt ist, die heute in die Geburtskliniken kommen. Es gibt Sprachschwierigkeiten oder andere Sitten und Gebräuche. Können Sie uns noch einmal deutlich machen, wo insoweit die Probleme der Gebärenden liegen?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Eine Sache, die mich bei dem Antrag besonders gestört hat, betraf das Thema der finanziellen Fehlanreize, die angeblich zu einer hohen Kaiserschnittquote führen sollen. Ich finde, das wurde vor allem durch den Kollegen Wenning sehr gut ausgehebelt, der anführte, dass es eher strukturelle und Versorgungsschwierigkeiten sind, die dabei eine Rolle spielen. Daher meine Frage: Wenn die Politik, wie in diesem Antrag geschehen, scharf fordert, man solle die Kaiserschnittquote senken, müsste man dann nicht die Gegenforderung an die Politik richten, dass diese die Bedingungen verbessert?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Ich glaube, die entscheidende Frage hat der Kollege Preuß in diesem Zusammenhang gestellt. Deswegen bin ich gespannt auf die Antworten und will mich kurz fassen, was weitere Fragen angeht.

Das Stichwort vulnerable Gruppen ist noch einmal gefallen. Dass man mit mehr Leuten mehr tun kann, ist mir klar. Aber mir geht es so ein bisschen um die Konzeption. Bei der Frage, wo man es ansiedelt, bin ich noch ein bisschen auf der Suche. Natürlich gibt es Kommunen, die Präventionsarbeit leisten, indem sie breite Bevölkerungsschichten durch Kampagnen, durch Briefe oder anderes zu informieren versuchen. Auf welcher Ebene würden Sie das ansiedeln wollen und wo wäre es Ihrer Meinung nach am effektivsten? Das ist eine sehr ernst gemeinte, offene Frage.

Frau Professor Kühnert, Sie haben sehr auf die Gruppen der Zugewanderten abgestellt. In meiner Verwandtschaft aus dem Iran habe ich kein Familienmitglied, das durch Kaiserschnitt auf die Welt gekommen ist. Deshalb würden mich die methodischen und wissenschaftlichen Hintergründe für diese Auffassung interessieren, zumal die Ärztekammer festgestellt hat, dass die Sectio-Raten eher zurückgegangen sein sollen, obwohl die Zuwanderung zugenommen hat. Wie können Sie belegen, dass das tatsächlich eine relevante Gruppe ist?

Dabei möchte ich eines ausdrücklich sagen, damit hier kein falscher Eindruck entsteht: Dass das erstens aufgrund der Größenordnung und zweitens aufgrund von Sprachbarrieren eine sehr große Herausforderung ist, sehe ich unmittelbar ein. Aber ich würde gern wissenschaftliche Belege haben wollen, wenn das quasi ausschließlich auf diesen Kreis bezogen wird.

Nils Hellberg (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.): Sie haben mir zwei Fragen zum Thema Wirkung des Regressausschlusses auf alle Berufsgruppen und Krankenhäuser gestellt. Ich möchte versuchen, diese zusammen zu beantworten.

Wenn Sie sich anschauen, woraus sich ein Schadenersatz bei Geburtsschäden zusammensetzt, erkennen Sie verschiedene Positionen, die verschieden teuer sind. Es gibt das Schmerzensgeld von bis zu 500.000 € in den schwersten Fällen. Dann gibt es die Erwerbsschadenkomponente, weil anders als früher bei der Geburt schwerstgeschädigte Kinder das Erwerbsalter erreichen und auch noch deutlich älter werden können. Diese Position ist in den letzten Jahren hinzugekommen, seit die Medizin so weit ist, auch schwerstgeschädigten Kindern das Leben zu ermöglichen. Dann gibt es Positionen, die entstehen, wenn man sich mit den Anspruchstellern vor Gericht streitet und der Haftpflichtversicherer versucht, den Schaden von den einzelnen Berufsgruppen fernzuhalten. Wenn das nicht gelingt, kommen natürlich Gerichtskosten, Rechtsanwaltskosten usw. hinzu.

Dann gibt es die beiden großen Positionen Heilbehandlungskosten und vermehrte Bedürfnisse, wie wir es nennen, also Pflegekosten etc. Darin haben Sie die Positionen, die gesetzliche Kranken- und Pflegekassen regressieren können, logischerweise nur in dem Umfang, in dem diese Positionen, die gezahlt werden, nach SGB abzurechnen sind. Schadenersatz schuldet man aber häufig für darüber hinausgehende Positionen, sodass regressfähige Teile von etwa 30 % am Gesamtschadenaufwand bleiben.

Bei unserer neuesten Erhebung haben wir gesehen, dass bei der Geburt schwerstgeschädigte Kinder durchschnittlich einen Leistungsanspruch auf insgesamt 3,2 Millionen € haben. Wenn man hiervon 30 % abzieht, verbleiben rund 2,2 Millionen €, für die weiterhin der Haftpflichtversicherer einzustehen hat. Diese 30 %, sprich rund 1 Million €, wären die Kosten, die gesetzliche Kranken- und Pflegekassen nicht mehr geltend machen könnten.

Das gilt nicht allein für den Bereich der freiberuflichen Hebammen, sondern genauso für freiberufliche Gynäkologen oder Gynäkologen in Krankenhäusern mit Geburtshilfeabteilungen, weil sich die Geburtsschäden alle in ähnlicher Größenordnung entwickeln.

Wie groß der Betrag insgesamt sein wird, kann ich leider ad hoc nicht sagen. Ich will aber gern versuchen, anhand der uns zur Verfügung stehenden Zahlen, also derjenigen Krankenhäuser, Gynäkologen, Hebammen, die im deutschen Markt versichert sind – das sind längst nicht alle, die dort versichert sind –, zumindest eine Schätzung abzugeben. Wenn Sie das möchten, kann ich das nachreichen; ich kann es aber jetzt im Moment nicht machen.

Meike Meier (Hebamme): Ich sollte mich noch einmal zu den Leistungen äußern, die wir aufgrund der personellen Situation nicht mehr abdecken können. Aus Zeitgründen versuche ich die Punkte, die Sie angesprochen haben, ein bisschen zusammenzufassen.

Jede Hebamme – das hat Frau Blomeier schon gesagt – träumt von einer Betreuung im Verhältnis eins zu eins, um bei der Frau zu sein und sie durch die Zeit der Geburt zu begleiten. Der Alltag stellt sich so dar, dass die Hebammen versuchen, unter allen Umständen die medizinische Grundversorgung sicherzustellen, um die Qualität der

Geburtshilfe zu gewährleisten, unter Umständen auch über zehn Stunden hinaus; denn ein pünktlicher Feierabend ist in der Geburtshilfe nicht immer möglich.

Auf der Strecke bleiben dann zum Beispiel die zwischenmenschlichen Dinge, das Zeit haben, das Dabeisein, die Begleitung der Frauen, gerade wenn diese in der Schwangerschaft aufgenommen werden, vom Gynäkologen eingewiesen werden, weil eine pathologische Situation eingetreten ist, etwa vorzeitige Wehen oder sonstige Auffälligkeiten. Das ist eine Krisensituation für die Frau. Sie wird medizinisch untersucht, da werden alle Parameter erhoben, sie bleibt zur Beobachtung, aber mehr ist im Alltag im Moment nicht drin. Sich Zeit zu nehmen, sich mit der Frau hinzusetzen und sie psychisch und sozial aufzufangen, ist überhaupt nicht möglich. Das sind die Situationen, die den Frauen im Gedächtnis bleiben und die für die nächste Schwangerschaft prägend sind, wenn sich die Frau noch einmal dafür entscheiden sollte.

Zu den Problemen bei den Gebärenden mit einem anderen kulturellen Hintergrund. Dass Sprachbarrieren vorhanden sind, erklärt sich von selbst. Da funktioniert Hebamentätigkeit aufgrund einer Verständigung mit Händen und Füßen. Das ist zeitintensiv, das ist auch das, was hinten herunterfällt oder bei anderen Frauen abgeknappt wird. Irgendwie muss ich der Frau erklären, ich möchte ein CTG schreiben, ich möchte sie untersuchen. Das braucht alles mehr Zeit.

Diese Gruppe ist in unserem Gesundheitssystem nicht sozialisiert. Sie hat keine Ahnung davon, wie das läuft, beginnend mit der Vorsorge bis hin zur Geburt. Auch wenn ich keine wissenschaftlichen Beweise liefern kann, unterstütze ich die Aussage von Frau Professor Kühnert. Auch wir erleben es, dass Männer mit einem prall gefüllten Portmonee vorn stehen und sagen, sie möchten einen Sectio-Termin kaufen. Uns steht die Sprachlosigkeit ins Gesicht geschrieben, weil wir das so nicht kennen.

Wir haben aus Afghanistan gehört, dass Frauen dort die natürliche Geburt überwinden hatten, solange sie nur genug Geld hatten. Diesen Frauen zu erklären, dass das in Deutschland nicht funktioniert, dass das Gesundheitssystem hier nicht so ist, und bei den Männern Verständnis dafür zu erreichen, ist schon sehr aufwendig. Das ist natürlich nicht bei allen so. Man muss sehen, aus welcher Schicht sie stammen – ich habe Schwierigkeiten mit diesem Wort – und wie sie dort sozialisiert worden sind. Aber das fällt auf, und diese Gruppen brauchen unbedingt ein höheres Maß an Betreuung und Begleitung, weil sie dieses Gesundheitssystem nicht kennen.

Wir in der Klinik – dies nur als Beispiel – haben es geschafft, so etwas wie Hebammenvisiten auf den Stationen zu etablieren, weil Risikoschwangere, junge Mütter, bildungsferne Schichten wirklich mehr Betreuung brauchen und Netzwerkfunktionen hergestellt werden müssen. Als Beispiel seien die frühen Hilfen genannt. So etwas funktioniert nur, wenn das in der Klinik erkannt wird und in der Klinik eingeleitet wird. Wenn das Kind da ist, ist die Frau noch drei Tage auf der Station. In drei Tagen baut man kein Netzwerk auf. Das geschieht vorher.

Zumindest für die Frauen, die wir stationär sehen, versuchen wir von Montag bis Freitag eine Hebamme hinzuschicken und zu schauen, gibt es Besonderheiten. Das geht im Moment zulasten von Überstunden und Urlaubstagen, ist aber notwendig, um die Frauen qualitativ hochwertig zu betreuen.

Barbara Blomeier (Landesverband der Hebammen NRW e. V.): Die Frage nach der soziologischen, medizinischen und psychologischen Bedeutung der Betreuung im Verhältnis eins zu eins für die Geburt können eigentlich am besten die Betroffenen selbst beantworten. Diese sind leider nicht als Sachverständige eingeladen worden. Früher war es so, dass die Hebammen die Fürsprecher der Frauen waren. Diese Zeiten sind vorbei. Mother-Hood gibt es, darin haben sich Frauen organisiert. Die könnten mit Sicherheit mehr dazu sagen als ich als Hebamme.

Etwas kann ich natürlich trotzdem dazu sagen. Obwohl die Zeit knapp ist, muss ich kurz ausholen. Ich habe vor relativ langer Zeit meine Ausbildung gemacht. Damals gab es das „Tübinger Badewannengespräch“. Die Frauen, die für die Geburt aufgenommen wurden, durchliefen ein Verfahren. Damals gab es Einlauf, Rasur; Gott sei Dank ist das vorbei. Aber dann gab es ein Bad und dabei saß die Hebamme neben der werdenden Mutter, die in der Badewanne lag. Das war der Zeitraum, in dem alles Mögliche besprochen werden konnte, die Frauen über das aufgeklärt werden konnten, was sie erwartet, die Frauen Ängste zur Sprache bringen konnten, in dem der Kontakt zwischen Frau und Hebamme hergestellt werden konnte. Damit war ein guter Startpunkt für den weiteren Geburtsverlauf gesetzt.

Das ist bildhaft die Betreuung im Verhältnis eins zu eins. Dann kann die Hebamme auch einmal den Raum verlassen. Die Frau weiß, das ist die Person, die ansprechbar ist. Sie kann in Zeiten während der Geburt allein oder in familiärer Begleitung sein, sobald Hebammenarbeit gefragt ist, kommt die Hebamme hinzu, die sie schon am Anfang gesehen hat. Auch wenn es im Schichtwechsel einen Wechsel der Person gibt, ist es die eine Person, die diese Aufgabe weiterhin erfüllt. Das gibt ein Gefühl von Sicherheit und nimmt Ängste. Das schafft Vertrauen. Eine Frau kann sich unter der Geburt wirklich darauf verlassen, dass ihr im Notfall geholfen wird, dass sie verstanden wird. Sie kann sich auf den gesamten Geburtsvorgang einlassen.

Das ist natürlich auch aus der Sicht der Hebamme ein ideales Arbeiten. Das ist das, was in der Hausgeburtshilfe und in der Beleggeburtshilfe Spaß macht, wenn man als Hebamme mit der Frau, die man betreut hat, in die Klinik zu der Geburt geht. Das heißt nicht, dass von Anfang bis Ende, von der ersten bis zur letzten Wehe rund um die Uhr die Hebamme neben der Frau sitzt. Aber sie ist jederzeit ansprechbar und sie ist immer zur Stelle, wenn es notwendig ist.

Welche Leistungen hinten runter allen, hat Frau Meier, glaube ich, schon sehr gut beschrieben. Im Klinikalltag mit personeller Unterbesetzung fällt alles hinten runter, was Zeit braucht. Es kann dann auch einmal sein, sage ich jetzt mal, dass man aus der Not heraus einer Frau in der Anfangsphase der Geburt eher die rückenmarksnahe Narkose anbietet, weil noch drei andere Frauen mit Wehen herumlaufen und die Hebamme, die allein im Dienst ist, es nicht leisten kann, ausschließlich diese eine Frau zu betreuen.

Der erhöhte Betreuungsbedarf von Frauen mit Migrationshintergrund ist nun nicht das Kernthema des Berufsverbandes der Hebammen. Ich würde aber sagen, es ist ein Problem, das jede Hebamme kennt, dass eine Frau, die die Sprache nicht beherrscht, anders betreut werden muss als eine Frau, die die gleiche Sprache spricht.

Ich tue mich ehrlich gesagt schwer mit dem Begriff „vulnerable Gruppen“. Inzwischen ist so viel vulnerabel von der Teeny-Mutter bis zu der Frau, die mehr als drei Kinder hat. Ich wünsche mir manchmal, dass genauer hingeschaut wird. Eigentlich geht es darum, dass jede Frau, die Wehen hat und Betreuung während der Geburt braucht, diese Betreuung bekommen soll und bekommen muss. Das ist der Anspruch, den wir haben und umsetzen sollten. Ob diese Frau der deutschen Sprache mächtig ist oder schon fünf Kinder geboren hat oder nicht zur Schwangerenvorsorge gewesen ist, ist zunächst einmal sekundär.

Das kann man zum Beispiel durch Verzahnung ganz gut regeln. Es ist etwas, was wir sehr begrüßen und was in den Anträgen angesprochen wird, dass die Verzahnung zwischen ambulant und stationär gewährleistet werden muss. Zum Beispiel in Hamburg gibt es ein Zentrum, bei dem völlig klar ist, dass ich dorthin gehe, weil ich schon ein Kind habe, weil es dort eine Müttergruppe und einen Spielkreis gibt. Dort gibt es aber auch eine Hebammensprechstunde. Einmal in der Woche ist der Kinderarzt vor Ort, den man um Rat fragen kann. Wenn ich wieder schwanger bin, bin ich schon im System drin. Dann kann auch in Kooperation mit der Klinik ein Austausch stattfinden.

Eine solche Verzahnung steckt bei uns noch in den Kinderschuhen. Das ist teilweise durch die frühen Hilfen gewährleistet. Das ist absolut ausbaufähig. Das ist etwas, was wir als Hebammenverband schon vor einigen Jahren publik zu machen versucht haben, diese neue Denkweise, solche Zentren einzurichten. Es wäre wunderbar, wenn das auch weiter gestützt werden würde. Die Stichworte sind also Vernetzung und Verzahnung von ambulanter und stationärer Betreuung.

Dr. Markus Wenning (Ärztammer Westfalen-Lippe): Herr Preuß, die Krankenhausplanung ist ein ganz wichtiger Punkt. Normalerweise möchten Krankenhäuser mehr im Krankenhausplan ausgewiesen haben. Bei der Geburtshilfe haben wir eher den gegenteiligen Effekt, immer mehr Abteilungen schließen. Das muss man aufgreifen. Die gegenläufigen Prinzipien – auf der einen Seite die gewünschte Zentralisierung, auf der anderen Seite die wohnortnahe Versorgung – muss man ausbalancieren. Dafür muss man Kriterien entwickeln; ich nenne einmal einige.

Die Kinderabteilung im eigenen Hause ist sicherlich ein positives Kriterium. Wenn man eine Auswahlentscheidung treffen muss, würde ich an dieser Stelle immer zugunsten eines Hauses entscheiden, an dem auch eine Kinderabteilung ist. Kinderabteilung und Geburtshilfe gehören einfach zusammen.

Ein anderes Thema ist die Personalausstattung. Damit sind wir bei den Mindestpersonalstandards. Das sind Kriterien, die man entwickeln und fortschreiben sollte. Man sollte dann auch schauen, dass nicht weiße Flecken entstehen. Ich glaube, es gibt inzwischen in Nordrhein-Westfalen Regionen, in denen schwangere Frauen feststellen, der Weg bis zur nächsten Geburtshilfe ist aber ganz schön weit. Dann sind wir nicht bei 20 oder 40 Minuten, sondern sogar bei weiteren Entfernungen.

Man muss das Thema aufgreifen. Es gibt Kriterien, die entsprechend bearbeitet werden müssen.

Zum Thema Hebammenkreißsaal. Die Ärzteschaft hat damit immer ein Problem, wenn dabei der Unterton mitschwingt: der Arzt als Störfaktor bei der Geburt oder die Ärztin

– es sind ja inzwischen vorwiegend Frauen –, die dann zum Kaiserschnitt führt. Das ist eher ein emotionales Argument. Der Umstand, dass zunehmend Hebammenkreißsäle eingerichtet werden, zeigt, dass damit inzwischen gelassener umgegangen wird.

Ich sage es einmal so: Die Leiterin einer Klinik kann auch einen Vorteil darin sehen, wenn die Ärzte nachts einmal durchschlafen können, ganz vorsichtig ausgedrückt. Das muss man aber vernünftig evaluieren, sprich, da müssen Daten, Zahlen und Fakten her. Den Vorteilen – weniger Interventionen, weniger invasive Geburt – stehen natürlich auch Risiken gegenüber, wenn die Entscheidung für den Transfer zu spät fällt, sprich höhere Sterblichkeit von Müttern und Kindern. Daran muss gearbeitet werden. Die Transferkriterien müssen konsentiert werden. In dieser Hinsicht ist man auf dem Weg, was die gemeinsame Leitlinie, die professionsübergreifend erarbeitet wird, angeht.

Ein letzter Punkt. Herr Vincentz, ich habe es fast als rhetorische Frage verstanden. Natürlich müssen dann auch die entsprechenden Bedingungen besser werden. Wenn man einen besseren Outcome fordert, müssen die Bedingungen dem natürlich folgen.

Prof. Dr. Maritta Kühnert (Universitätsklinikum Gießen und Marburg): Ich versuche es ganz kurz zu machen.

Den hebammengeführten Kreißsaal können sich die DGGG und auch ich vorstellen. Ich kann Ihnen ein Beispiel nennen. Als Universitätsklinik praktizieren wir in Marburg seit über zehn Jahren die reine hebammengeleitete Geburt. Das gibt die Berufsordnung auch her. Die Hebamme hat nur bei pathologischen Erscheinungen eine Hinzuziehungspflicht. Damit haben wir es geschafft, dass die Wege wirklich ganz kurz sind, wenn es zu einem unvorhergesehenen Ereignis kommt und dann erst der ärztliche Dienst auf den Plan tritt.

Zum Thema Migrantinnen und Sectio-Rate. Das ist reine Empirie. Wir sind im zweiten Jahr des Sammelns von Erfahrungen. Uns ist es bisher nicht möglich gewesen, an Daten aus den Herkunftsländern heranzukommen. Wenn man wissenschaftliche Daten haben will, muss man prospektiv randomisiert arbeiten, sonst wird das nichts, sonst bleibt es bei eminence based.

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich glaube, es ist noch eine Frage von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an Frau Professor Bauer offen. Ich hoffe, Sie haben sie noch vor Augen.

Professor Dr. Nicola Bauer (Hochschule für Gesundheit, Bochum): Ich glaube, es ging um wissenschaftliche Erkenntnisse zu den kulturellen Hintergründen und Geburtsmodi. Oder habe ich die Frage falsch verstanden?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Richtig, das war die erste Frage. Die zweite Frage habe ich vielleicht etwas missverständlich ausgedrückt. Es geht nicht nur um die Frage der konkreten Geburtsvorbereitung, sondern um die Frage – ich nenne noch einmal

das Stichwort vulnerable Gruppen –, inwieweit generell eine präventive Arbeit stattfinden kann. Das muss nicht erst in der vorbereitenden Geburtsphase der Fall sein, sondern sollte insgesamt eine Rolle spielen.

Professor Dr. Nicola Bauer (Hochschule für Gesundheit, Bochum): Ich danke Ihnen für die Frage und für die Anregung. Wir haben noch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Herkunftsstaaten und Geburtsmodus. Es ist eine Frage, ob man das machen sollte. Ich erlebe es immer wieder, dass es Vorbehalte gibt und dass es mehr Arbeit macht. Ich würde mir wünschen, Hebammen hätten für alle Frauen so viel Zeit, ungeachtet des Umstands, ob sie der deutschen Sprache nicht mächtig sind oder das Gesundheitssystem nicht kennen.

Ich möchte noch einmal betonen, nicht jede Frau, die in Deutschland sozialisiert und aufgewachsen ist, wird dem deutschen Gesundheitssystem und der Geburtshilfe, wie sie momentan praktiziert wird, positiv gegenüberstehen. Es gibt den Roses Revolution Day. Es gab fast 900 Meldungen von Frauen, die während der Geburt despektierlich behandelt wurden oder Gewalt erfahren haben.

Was die Prävention angeht, können wir natürlich schon früh anfangen: Hebammen gehen in Schulen. Wir können früh damit anfangen, dass Hebammen einfach präsenter sind. Ich glaube, eine ganz große Schwierigkeit ist, dass viele Frauen nicht wissen oder zu spät erfahren, wie sie an Hebammen herankommen. Ich bin eine große Verfechterin der Idee, Hebammenzentren einzurichten, bei denen sich Hebammen melden und Schwangeren zugeteilt werden können, sodass Schwangere nicht die Eigeninitiative aufbringen müssen, zehn Hebammen anzurufen und Absagen zu bekommen. Ich glaube, das wäre auch arbeitssparend für die Hebammen.

Wir werden uns ein Projekt in Bochum anschauen, bei dem eine Hebammenzentrale vom Arbeiter-Samariter-Bund eingerichtet wurde, weil der Träger gemerkt hat, man findet keine Hebammen für Frauen, die zum Beispiel in Mutter-Kind-Unterkünften oder in Flüchtlingsunterkünften leben. Diese Hebammenzentrale werden wir evaluieren; ich finde das eine ganz spannende Sache.

Ich glaube, Prävention ist ein großes Thema. Wünschenswert wäre die Unterstützung der Geburtshelferinnen und Geburtshelfer und der Hebammen in Kliniken durch Sprachmittlerinnen zum Beispiel über Skype; die können ja nicht immer vor Ort sein. Hierzu gibt es Modelle zum Beispiel in der Schweiz, die gute Ergebnisse gezeigt haben. Aber das ist ein Thema der Zukunft.

gez. Heike Gebhard
Vorsitzende (AGS)

gez. Regina Kopp-Herr
Vorsitzende (AGF)

Anlage

28.12.2017/11.01.2018

197

Stand: 06.12.2017

Anhörung von Sachverständigen
Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
"Mit Hebammen und Entbindungspflegern gut versorgt von Anfang an"
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 17/535

Mittwoch, dem 06.12.2017
14.00 bis 15.30 Uhr, Raum E 3 D 01

Tableau

eingeladen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
Verband der Versicherungswirtschaft Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. Berlin	Nils Hellberg	17/167
Frau Meike Meier Hebamme BSc. Midwifery Bückeburg	Meike Meier	17/153
Frau Professorin Dr. Nicola H. Bauer Hochschule für Gesundheit Bochum	Prof. Dr. Nicola Bauer	17/172
Landesverband der Hebammen NRW e.V. Köln	Barbara Blomeier Daniela Erdmann	17/124
Ärztammer Westfalen-Lippe Körperschaft des öffentlichen Rechts Münster	Dr. Markus Wenning Dr. Christiane Weining	17/160 Neudruck
Ärztammer Nordrhein Düsseldorf	Christa Schalk	
Frau Professorin Maritta Kühnert Universitätsklinikum Gießen und Marburg Standort Marburg Frauenheilkunde und Geburtshilfe Marburg	Prof. Maritta Kühnert	17/152