

# Verbesserung der Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Studie

## Maßnahmenkatalog

Erstellt für das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und  
Gleichstellung, Schleswig-Holstein:  
Vergabenummer ZB-80-15 0733000-4122.1

### **Autoren**

Dr. Eva Català y Lehnen (Dipl. Gesundheitsökonomin, Dipl. Betriebswirtin), Dr. h.c. Helmut Hildebrandt (Gesundheitswissenschaftler) und Ulf Werner (Dipl. Sozialwissenschaftler), mit Unterstützung durch Dagny Misera (Dipl. Betriebswirtin), Olga Brüwer (MSc Healthcare Policy, Innovation and Management) und Avila Wambach (Juristin 1. Staatsexamen und z.Zt. Praktikantin bei OptiMedis) sowie Prof. Dr. Dr. h.c. Frank Louwen (Professor für Geburtshilfe und Perinatalogie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin)

### **Kontakt**

OptiMedis AG, Burchardstraße 17, 20095 Hamburg

Tel: +49 40 22621149-0

[office@optimedis.de](mailto:office@optimedis.de), [www.optimedis.de](http://www.optimedis.de)

### **Auftraggeber**

Erstellt für das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, Schleswig-Holstein: Vergabenummer ZB-80-15 0733000-4122.1

V.i.S.d.P. und Copyright: OptiMedis AG, Helmut Hildebrandt, 2016

### **Danksagung**

Die Verfasser bedanken sich bei den Interviewpartnern und Mitarbeitern der Runden Tische und Expertengruppen für ihre engagierte Unterstützung und die vielen wertvollen Hinweise. Insbesondere seien hervorgehoben die Vertreter der Berufsverbände von Hebammen und Frauenärzten, die niedergelassenen Hebammen und Frauenärzte selber, die Vertreter der Krankenkassen, der Krankenhäuser, der Rettungsdienste und der sozialen Einrichtungen sowie die Mitarbeiter der Landkreise und des Ministeriums.

### **Hinweis**

Die Inhalte des vorliegenden Maßnahmenkatalogs beziehen sich in gleichem Maße sowohl auf Frauen als auch auf Männer. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jedoch im folgenden Text nur die männliche Form verwendet. Eine Ausnahme bilden Inhalte, die sich ausdrücklich auf Frauen beziehen.

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	4
1. Beschreibung Ausgangslage und Prozedere.....	5
1.1. Auftrag.....	5
1.2. Ausgangslage und Problemaufriss.....	5
2. Projektstruktur.....	7
3. Bestandsaufnahme.....	9
3.1. Regionale Besonderheiten.....	9
3.2. Bestandsaufnahme Gesprächsrunden.....	10
3.2.1. Ablauf und Strukturen.....	10
3.2.2. Fazit.....	11
3.3. Ergänzende Versorgungsanalysen.....	11
4. Identifikation der zentralen Ursachenbündel.....	18
5. Leitbilder der Maßnahmenentwicklung.....	18
6. Abgeleitete Empfehlungen/Maßnahmenpakete.....	20
6.1. Interdisziplinäre Vernetzung: „Partnerschaftsmodell Mutter-Hebamme-Arzt in Schleswig-Holstein“	20
6.2. Personalisierte und an das jeweilige Risiko adaptierte vorgeburtliche Versorgung.....	24
6.3. Sicherung einer professionellen Hebammenbegleitung.....	26
6.4. Sicherheitsgefühl und Optimierung der Notfallversorgung.....	31
6.5. Qualitätssicherung und Evaluation.....	33
6.6. Vernetzungsagentur Geburtshilfe.....	34
6.7. Exkurs.....	39
7. Literaturverzeichnis.....	48
8. Anhang.....	51
8.1. Ergebnisse der Bestandsaufnahme und Befragungen der Experten vor Ort in Schleswig-Holstein....	51
8.1.1. Ostholstein.....	51
8.1.2. Nordfriesland.....	53
8.2. Weitere diskutierte Optionen aus den Gesprächen.....	55

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektschritte in ihrem Verlauf .....	8
Abbildung 2: Ursache-Wirkungsmodell zu problematischen Outcomes in der geburtshilflichen Versorgung	18
Abbildung 3: Orientierung an den Phasen der Schwangerschaft.....	19
Abbildung 4: Zentrale Aspekte des „Partnerschaftsmodells Mutter-Hebamme-Arzt in Schleswig-Holstein“ ..	22
Abbildung 5: Skizzierung einer risikoadaptierten vorgeburtlichen Versorgung (Beispiel) .....	26
Abbildung 6: Exemplarischer Versorgungspfad für Schwangere mit unerwartetem Geburtsbeginn auf Sylt: Hebammen mit zentraler Steuerungsfunktion.....	28
Abbildung 7: Zusammensetzung des Budgets des Sektorenübergreifenden Finanzierungsfonds .....	41

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aktuelle Entwicklung der Geburtenzahlen in den relevanten Kliniken der Kreise OH und NF (Milupa Nutricia GmbH 2016).....	12
Tabelle 2: Entwicklung der Sectoraten in der DIAKO Flensburg, dem SANA-Klinikum Eutin und der Klinik NF Husum für die Jahre 2013, 2014 und 2015 (Quelle: DIAKO Flensburg, SANA-Klinikum Eutin, Klinik NF Husum) .....	16
Tabelle 3: Übersicht der Maßnahmen und deren Dauer .....	37
Tabelle 4: Finanzierungsoptionen.....	47

## 1. Beschreibung Ausgangslage und Prozedere

### 1.1. Auftrag

Die OptiMedis AG wurde – als ein auf die Prozessoptimierung im Gesundheitswesen spezialisiertes Unternehmen – vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein (MSGWG) beauftragt, in enger Kooperation mit den betroffenen Akteuren, d. h. den Kreisen Nordfriesland und Ostholstein, den Kliniken, den Gynäkologen, den Hebammen und den Krankenkassen, Maßnahmen zur Verbesserung der geburtshilflichen Situation im Land zu entwickeln. Die gemeinsamen Arbeiten begannen im November 2015. Die OptiMedis AG hat den Bericht im Mai 2016 fristgerecht beim MSGWG abgegeben. Nicht absehbare Ereignisse, wie die Schließung der Geburtshilfe in Niebüll im Sommer 2016, machten eine Revision des Berichtes nötig.

Bei der Entwicklung des Maßnahmenkatalogs sollen dabei ausweislich des Vergabeauftrages folgende Aspekte besonders berücksichtigt werden:

- › Erörterung der aktuellen Situation in der Geburtshilfe in Nordfriesland und Ostholstein vor Ort mit den Akteuren
- › Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Besonderheiten bei der Ausarbeitung von Maßnahmen
- › Entwicklung von geeigneten Maßnahmen für Nordfriesland und Ostholstein in Abstimmung mit den etablierten „Runden Tischen“ vor Ort.
- › Identifizierung von Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen, Entwicklung bzw. Ausbau vorhandener Vernetzungsstrukturen
- › Prüfung der bestehenden Notfallkonzepte und Vorschläge für deren Weiterentwicklung.

Grundlage für den Maßnahmenkatalog ist der 2014 von der Landesregierung vorgelegte erste Bericht zur Situation und den Perspektiven in der Geburtshilfe (Drucksache 18/2027 (neu)) sowie der zweite Bericht zur Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein aus dem Jahr 2015 (Drucksache 18/3338), der u. a. Fragen der Qualitätssicherung und der Erreichbarkeit von Versorgungsleistungen untersucht und die Meinung von Experten einbezieht.

### 1.2. Ausgangslage und Problemaufriss

Anhand einer Schilderung der Ausgangssituation sollen zugleich die zentralen Herausforderungen in der Geburtshilfe deutlich werden.

Der bundesweit zu beobachtende Trend stagnierender bzw. zurückgehender Geburtenzahlen hat trotz der positiven Entwicklung im letzten Jahr auf die Ausgestaltung der geburtshilflichen Versorgungslandschaft enorme Auswirkungen und ist auch in Schleswig-Holstein spürbar. Für dezentrale, kleine und insbesondere belegärztlich geführte geburtshilfliche Abteilungen in den Kliniken bedeutet diese Entwicklung, dass sie sich zur Schließung gezwungen sehen könnten. Die Gründe für die Schließungsentscheidung sind vielschichtig. Zum einen liegen sie auf medizinischer Ebene: Neben gestiegenen Risiken bei den Schwangeren (Alter, Morbidität) sind auch die Möglichkeiten der modernen Medizin der Geburtshilfe gestiegen. Glücklicherweise werden spezialisierte Ausstattungen nicht für alle Geburten notwendig. Viele Untersuchungen belegen einen

positiven Zusammenhang von Geburtenzahl und wichtigen Outcome-Parametern (z. B. Sterberisiko für Neugeborene und Mütter), eine Korrelation, die auch zur Festlegung von Mindestmengen für Perinatalzentren geführt hat. Auch ökonomische Aspekte sprechen für größere Einheiten: So stehen gerade in ländlichen Strukturen kaum ausreichend Fachkräfte für die längerfristige Aufrechterhaltung der Abteilungen zur Verfügung. Außerdem haben auch Einheiten mit geringen Geburtenzahlen einen erheblichen Bedarf an Personal, sodass eine Wirtschaftlichkeit kaum erreicht werden kann. Und auch die deutlich gestiegenen Haftpflichtprämien im ärztlichen- und nichtärztlichen Bereich können nur schwer finanziert werden.

Diese Entwicklung entspricht dem bundesweiten (und sogar europaweiten) Trend zur zunehmenden Schließung kleinerer Einheiten (nicht nur der stationären Versorgung), der sich auch angesichts des demografischen Wandels und veränderter Arbeits- und Beschäftigungsvorstellungen der nachkommenden Versorgungsgenerationen in den nächsten Jahren fortsetzen und ggf. verstärken wird. Die Zielsetzung, die bestmögliche Qualität zu erreichen, hat bereits in vielen Bereichen der Medizin zur Zentrenbildung geführt (Jonat W, et al. 2010). Auch in der Geburtshilfe findet diese Zentrumsbildung statt – mit dem Ziel, die perinatologische Versorgung von Schwangeren, Müttern sowie Neu- und Frühgeborenen risikoadjustiert interdisziplinär zu organisieren (Bauer K, et al. 2005). Dabei werden Perinatalzentren Level I und II von perinatalen Schwerpunkten (Level III) und Geburtskliniken (Level IV) unterschieden. Diese Differenzierungen wurden im September 2005 erarbeitet und sind zum 1. Januar 2006 in Kraft getreten. In Schleswig-Holstein haben seit dem Jahr 2000 zehn Kliniken ihre Kreißsäle geschlossen. Und es ist zu erwarten, dass sich diese Entwicklung noch zuspitzt: Sollte etwa die Mindestmenge für eine Klinik bei >800 Geburten im Jahr gesetzt werden, würde dies weitere acht der 21 noch aktiven geburtshilflichen Einheiten betreffen.

Auch für die Kreise Nordfriesland (Westerland, Wyk, Niebüll) und Ostholstein (Oldenburg) haben die Schließungen bzw. die Verlagerung der geburtshilflichen Abteilungen und die gleichzeitige Zentralisierung der stationären Einheiten deutliche Folgen: Gerade die Schwangeren in den Regionen müssen deutlich größere Entfernungen bis zur nächsten stationären geburtshilflichen Versorgung einplanen und zurücklegen. In den von den Schließungsentscheidungen betroffenen Regionen sehen sich die dortigen Versorger und Bürger folglich vor der großen Herausforderung, mit deutlichen Veränderungen in den Versorgungsabläufen und -strukturen umzugehen.

Zeitlich fällt diese Entwicklung mit einer anderen, auch bundesweit bemerkbaren und viel diskutierten Entwicklung bei der freiberuflichen Hebammenhilfe zusammen. In den letzten Jahren sind die Prämien für die Haftpflichtversicherungen der Hebammen und Gynäkologen stark angestiegen. Dies stellt die gesetzlich gesicherte, wesentliche Rolle der Hebamme in der Geburtssituation nach § 4 HebG vor Herausforderungen (*Die Hebamme ist gem. § 4 HebG in der Geburtssituation grundsätzlich selbständig und eigenverantwortlich tätig oder unterstützt die ärztlichen Geburtshilfemaßnahmen, sofern solche notwendig werden*). Da die Höhe der Versicherungsbeiträge unabhängig von den begleiteten Geburten ist, sehen sich viele freiberufliche Hebammen wirtschaftlich nicht mehr in der Lage, weiter geburtshilflich tätig zu sein und beschränken sich seitdem auf Vorsorgeleistungen und die Betreuung im Wochenbett. Die seit Juli 2014 eingeführten Haftpflichtzulagen und der als Ablösung gedachte Sicherstellungszuschlag sind Maßnahmen, die die finanzielle Situation der freiberuflichen Hebammen verbessern und so dazu beitragen sollen, eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe zu erhalten. Der Sicherstellungszuschlag wird dabei auf Grundlage von § 134a SGB V zwischen

dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Berufsverbänden der Hebammen und den Bundesverbänden der hebammengeleiteten Einrichtungen verhandelt und ist im September 2015 durch verbindlichen Schiedsbeschluss zustande gekommen. Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) hat im Dezember 2015 gegen die Entscheidung der Schiedsstelle Klage beim Berliner Sozialgericht eingereicht.

Die geburtshilfliche Situation in Schleswig-Holstein, insbesondere in den Kreisen Ostholstein und Nordfriesland, ist somit ersichtlich in einem dynamischen Veränderungsprozess befindlich. Der in diesem Bericht vorgestellte Maßnahmenkatalog kann dabei notwendigerweise die aus verschiedenen Richtungen der Gesellschaft angestoßenen Entwicklungen nicht umkehren, soll aber Lösungen für ihre lokalen Auswirkungen bieten.

Die allgemeine Relevanz des Themas wird auch durch die aktuellen Arbeiten des Kooperationsverbands gesundheitsziele.de deutlich, in dem sich mehr als 120 Organisationen des deutschen Gesundheitswesens aus Politik in Bund, Ländern und Kommunen, Selbstverwaltungsorganisationen, Fachverbänden, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen und Wissenschaft engagieren (Kongress Armut und Gesundheit 2016). Der Verbund entwickelt den nationalen Gesundheitsziele-Prozess weiter, indem er konkrete Gesundheitsziele erarbeitet und Politik und anderen Akteuren Maßnahmen zur Zielerreichung empfiehlt. Gesundheitsziele sind dabei Vereinbarungen, in deren Mittelpunkt als übergeordnetes Ziel die Gesundheit der Bevölkerung steht. Sie intendieren die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen. Gleichzeitig sollen Strukturen optimiert werden, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben. Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen. Die nachhaltige Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen ist als langfristiger Prozess angelegt. Bisher wurden acht Gesundheitsziele formuliert. Die Beratungen zum neuen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ wurden 2013 aufgenommen. Erstes Ziel wird sein „Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert“. Es wird einen Großteil der Themenbereiche betreffen, die auch im vorliegenden Maßnahmenkatalog eine Rolle spielen. Es ist daher zu empfehlen, den Prozess laufend weiterzuerfolgen und die Ergebnisse im Weiteren ggf. mit aufzunehmen.

## 2. Projektstruktur

Der vorliegende Maßnahmenkatalog wurde auf Grundlage eines ISHIKAWA-Diagramms als Ursachen-Wirkungs-Modell entwickelt, das es ermöglicht, Kausalitätsbeziehungen zu begründen und darzustellen. Dazu wurden zunächst die Ursachen identifiziert, die für Notfälle und problematische medizinische Outcomes verantwortlich sind, um daraus Maßnahmen zur Verbesserung der geburtshilflichen Situation im Sinne eines Gesamtansatzes zu entwickeln.

Dieser Gesamtansatz stellt einen übertragbaren und nachhaltigen allgemeinen Versorgungsansatz dar, der auf die jeweilige spezifische Vor-Ort-Situation adaptiert werden kann. Die hier vorliegende Ausarbeitung berücksichtigt die besondere Situation in den Kreisen und Gemeinden mit aktuell besonderem Bedarf, d. h. in Ostholstein und Nordfriesland.

Die Entwicklung dieses Maßnahmenkatalogs erfolgte in einem 5-schrittigen Verfahren (siehe dazu Abbildung 1).

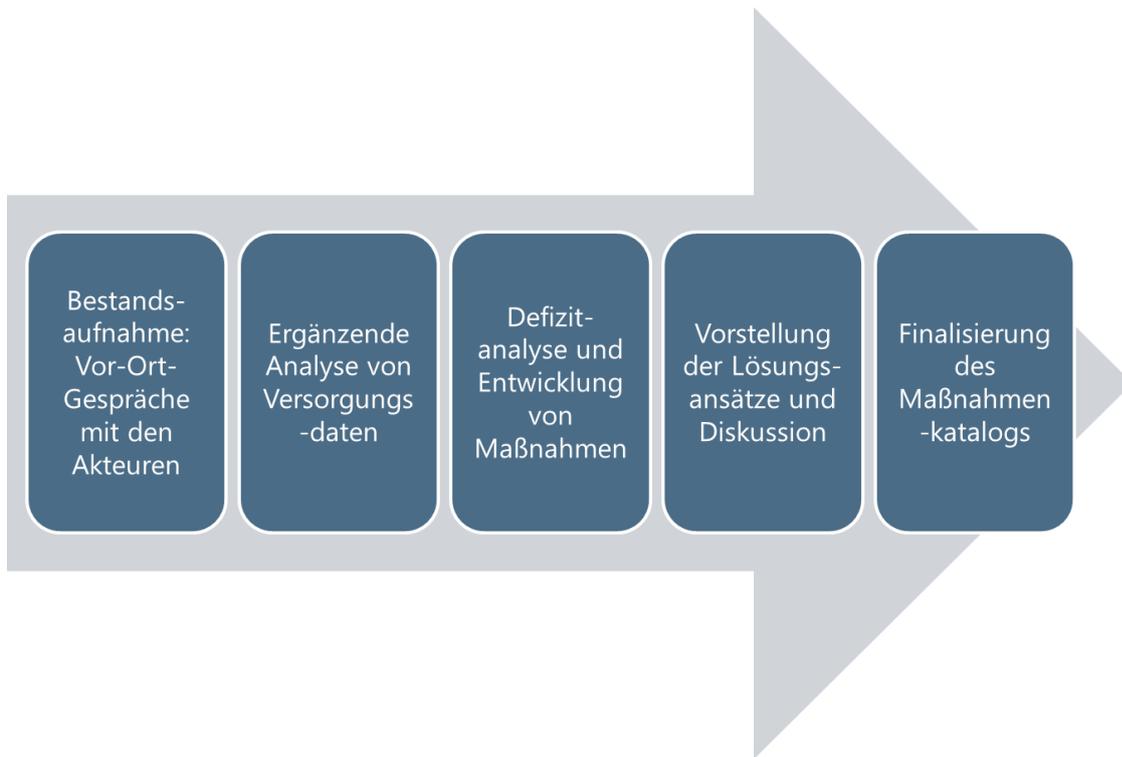


Abbildung 1: Projektschritte in ihrem Verlauf

- › In einem ersten Schritt nahm die OptiMedis AG Kontakt mit den betroffenen Akteuren sowohl in Nordfriesland als auch in Ostholstein auf und führte Vor-Ort-Gespräche. Diese Gespräche dienten vor allem dazu, durch interaktive Informationsbeschaffung ein multiperspektivisches Bild im Sinne einer Bestandsaufnahme der aktuellen Situation in der Geburtshilfe zu erhalten. Dazu gehörte insbesondere, strukturelle Defizite in der Versorgung genau zu lokalisieren, aber auch bereits mögliche lösungsrelevante Potenziale zu identifizieren. Ferner wurde bezweckt, die Akteure niedrigschwellig und frühzeitig in die Lösungsfindung einzubinden. Dieses Vorgehen ermöglicht in besonderem Maße, auf die lokalen Gegebenheiten und Besonderheiten Rücksicht zu nehmen.
- › In einem zweiten Schritt erfolgte eine qualitative und quantitative Analyse von Versorgungsdaten. Nach einer groben Sichtung der verfügbaren Literatur zur Situation der Geburtshilfe, zu aktuellen Diskussionen, Herausforderungen und potenziellen Lösungsansätzen, konnten zentrale Aspekte detaillierter beleuchtet werden. Dazu wurden sowohl statistische Daten zur Geburtenentwicklung und zu kreisbezogenen Rettungsdienst-Einsätzen als auch Daten betreffend die aktuelle Situation in der präpartalen und pränatalen Vorsorge, der Versorgung durch Hebammen und durch die Frühen Hilfen sowie medizinische Daten zu Risiken und präventiven Möglichkeiten ausgewertet.
- › Ergänzend dazu fanden Gespräche mit medizinischen Experten aus der Geburtshilfe (Prof. Dr. med. Frank Louwen, u. a. Vorstandsvorsitzender der Dt. Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin, Vorstandsmitglied der Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) und Anbietern von innovativen Versorgungslösungen (z. B. ONELIFE, Philips) statt.
- › Als dritter Schritt wurden die aus den Vorgesprächen gewonnenen Erkenntnisse mit den Ergebnissen der Datenauswertung zusammengeführt. Dieses Vorgehen erlaubte es, ein umfassendes Bild der tatsächlich bestehenden Lage zu gewinnen sowie die primären Ursachen für potenzielle Defizite in der

geburtshilflichen Versorgung in den Kreisen zu bestimmen. Daraus wurden dann Ursachenbündel und Lösungsansätze zur Verbesserung der geburtshilflichen Situation entwickelt (Grundlage: ISHIKAWA-Methode).

- › In einem vierten Schritt stellte die OptiMedis AG den Maßnahmenkatalog den Akteuren an den Runden Tischen am 07.4.2016 in Husum und am 18.4.2016 in Eutin vor. Die Termine dienten zum einen dazu, den Beteiligten die gewonnenen Erkenntnisse, die Methode sowie die abgeleiteten Empfehlungen vorzustellen. Die anschließende Diskussion ermöglichte zum anderen eine erneute Einbindung der Beteiligten, um - ggf. mit Anpassungen - eine für alle Betroffenen möglichst zufriedenstellende Lösung zu finden. Die durchaus zustimmende Aufnahme der Empfehlungen an den beiden Runden Tischen lässt darauf hoffen, dass der hier vorliegende Ansatz eine langfristige und nachhaltige Verbesserung der geburtshilflichen Situation herbeiführen kann.
- › Der fünfte Schritt besteht in der Finalisierung der Empfehlungen, die mit dem vorliegenden Maßnahmenkatalog vorliegt. Dabei konnte für die finale Fassung auch noch auf Entwicklungen in den Niederlanden zurückgegriffen werden, wo unter dem Stichwort „integrale bekostiging van de Geboortezorg“ (Integrierte Finanzierung der Geburtshilfe) aktuell ähnliche Überlegungen angestellt werden.

### 3. Bestandsaufnahme

#### 3.1. Regionale Besonderheiten

Für einen nachhaltigen und praktikablen Versorgungsansatz sind regionale bzw. lokale Besonderheiten sowie der jeweilige regionale Versorgungsstand in der Geburtshilfe zu berücksichtigen.

Der Kreis Nordfriesland, nördlichster Landkreis Deutschlands, ist in geografischer Hinsicht durch seine Küstenlage und die zahlreichen Inseln und Halligen geprägt. Die Insellagen bergen neben der Organisation der medizinischen und geburtshilflichen Versorgung im Allgemeinen die besondere Herausforderung, dass unter Umständen zeitweilig keine Anbindung ans Festland besteht. Dies bedeutet gerade für den Rettungsdienst – unabhängig vom Grund des Einsatzes — erhebliche organisatorische und strukturelle Herausforderungen.

In der letzten Dekade war gerade in den beiden untersuchten Kreisen ein relativ starker Rückgang der Geburten zu verzeichnen (seit 2000 ca. -24%). Seit den Schließungen der beiden Abteilungen in NF wird die geburtshilfliche, stationäre Versorgung durch zwei Geburtskliniken sichergestellt. Der Standort Niebüll des Klinikums Nordfriesland ist dabei als Level 4-Versorger mit Abstand die kleinste geburtshilfliche Einrichtung; der Betrieb der Geburtshilfe musste allerdings zum 30.06.2016 vorläufig schließen, weil der Klinik mehrere Beleghebammen zum Fortführen des Betriebes fehlen. Ein während der Bearbeitung durchgeführtes externes Gutachten zur Zukunft der Standorte des Klinikums Nordfriesland kommt zu dem Ergebnis, die Geburtshilfe in Niebüll trotz qualitativer Bedenken weiterzuführen, so lautet auch eine Kreistagsentscheidung. Das Gutachten empfiehlt zudem, die Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort Husum weiter auszubauen. Vor diesem Hintergrund ist die Situation in der Geburtshilfe nach Einschätzung von OptiMedis auf dem Festland aktuell und mittelfristig weniger kritisch, sodass sich die weitere Bearbeitung vorrangig auf die durch die Schließungen besonders betroffenen Inseln Sylt und Föhr/Amrum konzentriert.

Der Kreis Ostholstein ist ebenfalls durch seine lange Küstenlinie geprägt. Diese umfasst die Halbinsel Wagrien im Schleswig-Holsteinischen Hügelland sowie die ihr vorgelagerte Insel Fehmarn. Im Kreis Ostholstein ist der demografische Wandel besonders stark ausgeprägt. Im Jahr 2014 wurde die Geburtshilfe aus Oldenburg nach Eutin verlagert und dementsprechend der Kreißaal geschlossen. Dies hat zur Folge, dass einige Bewohner nun bis zu 80 km von der nächsten geburtshilflichen Abteilung entfernt wohnen. Der Kreis Ostholstein ist darüber hinaus von einem Fachkräftemangel betroffen.

Ein aktueller Verbesserungsbedarf besteht daher hauptsächlich für den Nordkreis einschließlich Fehmarn bzw. das Einzugsgebiet der aus Oldenburg verlagerten Geburtshilfe.

Trotz der Konzentration auf bestimmte lokale Bedarfszonen ist noch einmal zu betonen, dass die Empfehlungen Modellcharakter haben und auch für Regionen adaptiert zur Versorgungsoptimierung geeignet sind.

## 3.2. Bestandsaufnahme Gesprächsrunden

### 3.2.1. Ablauf und Strukturen

- › Termine/Teilnehmer
  - Kreisübergreifende Gesprächsteilnehmer
    - Krankenkassen: Kai Jürgensen (AOK Nordwest), Markus Baal (vdek)
    - Hebammenverband Schleswig-Holstein: Margret Salzmann, Anke Bertram
    - Berufsverband der Frauenärzte e. V.: Doris Scharrel
    - Kreisvertretungen selbst
  - Ostholstein
    - Gespräche mit Vertretern der freiberuflichen Hebammen: Madlen Argens (Nordkreis und Fehmarn), Dörte Grimmenstein (Oldenburg), Nina Lühr (Oldenburg), Susanne Voß (derzeit Familienhebamme), Heike Wanning (Fehmarn)
    - Gespräche mit Vertretern der niedergelassenen Gynäkologen: Martina Westhues (Heiligenhafen), Dr. med. Natalie Fahrenkrog (Grömitz), Dr. med. Britta Volkmann (Scharbeutz), Dr. med. Bettina Schultz (Eutin), Doris Scharrel (Kronshagen)
    - Gespräche mit Vertretern des SANA-Klinikums Eutin: Dr. med. Regine Hegerfeld, André Stoschuss
    - „Expertenrunde“ mit Vertretern aller Akteure vor Ort:
    - Hebammen: Heike Wanning (Fehmarn), Nina Lühr (Oldenburg), Margret Salzmann (Verband SH); Gynäkologen: Martina Westhues (Heiligenhafen), Dr. med. Bettina Schultz (Eutin);
    - SANA-Klinikum: Andrea Holst, Miriam Kamppari (Hebammenpool), Dr. med. Peer Knacke (Ärztlicher Leiter Rettungsdienst für den Kreis);
    - Kreis OH: Alexander Hämmer (Fachdienst Sicherheit und Ordnung)
  - Nordfriesland

- Gespräche mit Vertretern der freiberuflichen Hebammen: Cornelia Bäcker, Heidrun Hepper, Anke Bertram (alle Sylt); Kerstin Lauterberg, Kirsten Rickmers (beide Föhr); Antje Hinrichsen (Amrum)
- Gespräch mit Vertretern des Klinikums NF: Dr. med. Michael Glaubitz, Klaus Blümling
- Gespräche mit Vertretern der DIAKO Flensburg: Dr. med. Horst Ostertag, Dr. med. Christian Peters
- Ergänzend
  - Med. Experten aus der Geburtshilfe (v. a. Prof. Dr. Dr. h.c. Frank Louwen, Vorstand Dt. Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin, Vorstand Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe)
  - Anbieter von innovativen Versorgungslösungen (z. B. ONELIFE, Philips)
- › Inhalte
  - Bestandsaufnahme und Diskussion der aktuellen Situation der Geburtshilfe
    - Einschätzung der Versorgungsqualität und der zentralen Probleme
    - Persönliche Bewertung der Situation, Anforderungen, Wünsche und Ideen an ein neues System
  - Optimale Versorgungskette/Zielsystem (an der Schwangerschaft/dem Betreuungsbogen entlang)
  - Diskussion der Situation und erster Lösungsansätze in einer „Expertenrunde“ (nur Ostholstein)

### 3.2.2. Fazit

Alle Teilnehmer der Gesprächsrunden zeigten sich konstruktiv und aufgeschlossen gerade im Hinblick auf Ideen der zukünftigen intensivierten Zusammenarbeit und des interdisziplinären Austauschs bzw. der gegenseitigen Ergänzung. Die Ergebnisse der Befragung befinden sich im Anhang.

### 3.3. Ergänzende Versorgungsanalysen

Um die zentralen, in den Gesprächen aufgekommenen Aspekte in der geburtshilflichen Versorgung besser einordnen und beurteilen zu können, führte die OptiMedis AG eine ergänzende Analyse von zur Verfügung stehenden Daten aus der Versorgung durch. Nach der Sichtung von Übersichtsliteratur zum aktuellen Stand der Diskussionen lag die Konzentration aufgrund der Relevanz auf den folgenden Aspekten:

#### › Geburtenentwicklung

Nach dem negativen Trend der letzten Dekaden und gegen alle Prognosen sind die Geburtenzahlen in 2015 wieder leicht gestiegen (Milupa Nutricia GmbH 2016). Während für Deutschland eine Zunahme von 3,4% zu beobachten war, lag der Anstieg für Schleswig-Holstein mit 2,3% etwas niedriger. Wie sich die Geburtenzahlen auf Kreisebene entwickelt haben, ist noch nicht bekannt (Hochrechnung für 2015 mit den SH-Daten: NF 1.246 Geburten, OH 1.395 Geburten). Einen klaren Grund für die Entwicklung konnten Experten bisher nicht ausmachen. Als mögliche Erklärung gilt ein demografischer Aspekt. So ist der Anteil der Frauen zwischen 26 und 35 Jahren, die besonders viele Kinder bekommen, derzeit relativ hoch. Die Frage, ob der Trend anhalten wird, wird eher verneint.

Die Entwicklung der Geburtenzahlen in den einzelnen Kliniken der Kreise zeigt Tabelle 1 (S. 12). Wie aufgrund der Schließungen einzelner Abteilungen zu erwarten war (s.o.), wurden gerade in der DI-AKO in Flensburg und im SANA-Klinikum Eutin als verfügbare Häuser in nächster Umgebung deutlich mehr Kinder geboren. Während die Zahl der Geburten des Klinikums Nordfriesland am Standort Husum konstant blieb, ist in der belegärztlich geführten Abteilung in Niebüll ein deutlicher Rückgang auf nunmehr 239 Geburten p.a. zu beobachten. Der Standort Wyk/Föhr wurde im Oktober 2015 geschlossen; die Geburtsklinik in Niebüll musste zum Juli 2016 vorläufig schließen, weil Beleghebammen fehlten.

Rang*	Haus	Ort	Geburten 2015	Geburten 2014	Geburten 2013	Geburten 2012	Abweichung %
95	Diakonissen KH Flensburg	Flensburg	1.744	1.558	1.529	1.537	11,94
455	Klinikum Nordfriesland gGmbH	Husum	621	630	572	586	-1,43
717	Klinikum Nordfriesland gGmbH	Niebüll	239	277	224	260	-13,72
732	Klinikum Nordfriesland gGmbH	Wyk	45	64	58	47	-29,69

Tabelle 1: Aktuelle Entwicklung der Geburtenzahlen in den relevanten Kliniken der Kreise OH und NF (Milupa Nutricia GmbH 2016)

#### › Präpartale gynäkologische Versorgung

In der präpartalen (vorgeburtlich, auf die Mutter bezogenen) Vorsorge scheint es zunächst bei einer erfreulich hohen Akzeptanz der Untersuchungen eine fehlende Ausrichtung auf Risikogruppen zu geben (Schäfers R, Kolip P 2015).

Insgesamt kommen 84% der Schwangeren vor dem Beginn des 2. Trimesters (<13. SSW) in fachliche Betreuung zum Gynäkologen (AQUA Institut 2015). Die Kontaktaufnahme zu den Hebammen erfolgt meist später. In welchem Maße eine vorgeburtliche Betreuung durch Hebammen in Anspruch genommen wird, ist kaum untersucht. Ein aktueller Bericht für Hamburg (Fertmann 2015) zeigt, dass durchschnittlich lediglich 25% der Frauen eine vorgeburtliche Betreuung erfahren.

Bei detaillierter Betrachtung der Situation der präpartalen Vorsorge ergibt sich das Phänomen der Gleichzeitigkeit von Überversorgung von Frauen, die mit einem guten Gesundheitszustand in die Schwangerschaft gehen und gleichzeitig ein niedriges Risiko aufweisen und einer Unterversorgung bei Schwangeren mit sozialer und/oder psychischer Belastung aber erhöhtem Risiko für Komplikationen.

So nahmen mehr als 42% der Schwangeren mit  $\geq 12$  mehr Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehen und gelten damit laut Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung als überversorgt. Zusätzlich nehmen laut einer Untersuchung in NRW (Geschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen 2012) 25% der Frauen deutlich mehr als die empfohlenen drei Ultraschalluntersuchungen in Anspruch. Die damit einhergehende Gefahr der Verunsicherung, z.B. durch geringe Abweichungen von der Norm und falsch positiver Befunde haben dazu geführt,

dass ca. 75% aller Frauen mindestens eines der 52 Schwangerschaftsrisiken im Mutterpass bescheinigt bekommen (Daten aus NRW, für SH liegen keine Daten vor). Auch wenn der Risikokatalog im Mutterpass wenig evidenzbasiert ist (Schild S, Schling RL 2009), erscheint dies vor dem Hintergrund der Tatsache, dass der Anteil der tatsächlichen Risikoschwangerschaften bei ca. 35% (AQUA Institut 2015) liegt, als deutlich zu hoch.

Auf der anderen Seite zeigt sich, dass der Anteil an Schwangeren ohne oder mit nur einmaliger Vorsorge in Risikogruppen 12% höher ist als im Gesamtkollektiv und hier demnach eine Unterversorgung vorliegt. Bei einem gleichzeitig signifikanten Zusammenhang von weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen und einem problematischen Outcome (Rate Totgeburten, perinatale Mortalität, Verlegung Neugeborene, Frühgeburten, postpartale Blutungen) (Günter M, Scharf A, Hillemanns P et al. 2007) ergibt sich die tatsächlich problematische Situation, dass gerade die Frauen, die einer intensivierten Betreuung bedürften, diese nicht in Anspruch nehmen. Ähnliches gilt für die Betreuung durch Hebammen. So liegt der Anteil der nicht-betreuten Frauen in problematischen Stadtteilen Hamburgs bei ca. 90% (Fertmann 2015).

Ein internationaler Vergleich zeigt, dass die vorgeburtliche Versorgung – bezogen auf Anzahl, Zeitpunkt bzw. Intervalle der empfohlenen Untersuchungen – einer erheblichen Heterogenität unterworfen ist (Abuzahra, M 2009). Grundsätzlich sind in vielen Ländern Untersuchungen während der Schwangerenvorsorge zunehmend erweitert worden, die tatsächliche Wirkung wurde hingegen nur in geringem Ausmaß untersucht.

Obwohl Datenlage und Evidenz bisher eher schwach sind, ist erwiesen, dass eine gezielte Vorsorge und ein unterstützter Zugang positive Auswirkungen auf den postnatalen Outcome haben, insbesondere für Risikogruppen z.B. (Partridge S, et al. 2012). So zeigt etwa eine aktuelle randomisierte und kontrollierte Studie aus den USA deutlich bessere postnatale Ergebnisse (Anzahl zu kleine Kinder, Gestationsalter, Geburtsgewicht, Notwendigkeit Betreuung auf der Intensivstation etc.) für Frauen, die eine intensiviertere Vorsorge in Gruppen erhalten haben (Ickovics JR 2016).

› Hebammenversorgung

Leider liegen aktuell kaum validierte Daten zur Hebammenversorgung vor – weder auf Bundesebene noch für Schleswig-Holstein. Einzige Möglichkeit einer Quantifizierung der Anzahl freiberuflich tätiger Hebammen stellt derzeit damit die Statistik der Bundesgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) dar. Eine Mitgliedschaft bei dem Unfallversicherungsträger ist für jede freiberuflich arbeitende Hebamme Pflicht. 2014 waren demnach 13.032 Hebammen bundesweit freiberuflich tätig (Fertmann 2015). Daraus lässt sich im Bundesdurchschnitt bei 710.000 Geburten ein Verhältnis von jährlich 55 Geburten bzw. Säuglingen pro freiberuflich tätiger Hebamme/Entbindungspfleger berechnen. In Schleswig-Holstein liegt der entsprechende Quotient zur Versorgungsdichte bei ca. 51 Geburten bzw. Säuglingen pro freiberuflicher Hebamme (22.739 Geburten bei ca. 445 freiberuflich tätigen Hebammen/Entbindungspfleger). Dies deutet zumindest statistisch auf eine bessere Versorgungssituation als im Bundesdurchschnitt hin. Daraus lässt sich aber nicht unmittelbar eine Aussage dazu treffen, ob flächendeckend tatsächlich ausreichend Hebammen zur Versorgung zur Verfügung stehen. Dies liegt neben fehlenden qualitativen Bewertungen der Aussagekraft des Wertes an sich auch daran, dass Hebammen sich grundsätzlich frei entscheiden, welche Teile der Versorgung

sie abdecken, zu welchem Anteil sie arbeiten und in welcher Region sie tätig sind. Die zunächst subjektive Einschätzung der Akteure vor Ort (siehe „Einschätzungen“) zum Fehlen von Hebammen unterstützen andere Beobachtungen und Untersuchungen. So gibt es trotz defizitärer Daten deutliche Hinweise darauf, dass für eine bedarfsgerechte Versorgung zu wenige Kapazitäten zur Verfügung stehen - z.B. (IGES Institut 2012). Der Anstieg der Kosten für die Haftpflichtversicherung dürfte die Situation noch verschärft haben, auch wenn seit Ende 2015 eine teilweise Refinanzierung der Berufshaftpflichtversicherung durch die GKV angeboten wird.

› Frühe Hilfen

Hintergrund zur Initiative der Frühen Hilfen ist die Tatsache, dass bei etwa einem Drittel der Familien mit Neugeborenen rund um die Geburt mit zusätzlichem Informations- und Unterstützungsbedarf unterschiedlich starker Ausprägung gerechnet werden muss (Deutscher Kinderschutzbund 2016). Frühe Hilfen sprechen die Familien meist erst zum Zeitpunkt der Entbindung an (z.B. Babyhotline), bei Bedarf wird an Familienhebammen mit dem Ziel der flächendeckenden Versorgung mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten weitervermittelt. Eine aktuelle Untersuchung zur Nutzung der Frühen Hilfen (Lang K 2015) hat allerdings gezeigt, dass primärpräventive Angebote gerade bei Familien mit geringem Bildungsgrad und sozioökonomischer Benachteiligung kaum bekannt sind. Gleichzeitig würden gerade diese Familien besonders von Unterstützungsmaßnahmen profitieren können. Auch kommt der Report zu dem Ergebnis, dass das Angebot der Familienhebamme zu wenig auf benachteiligte Familien ausgerichtet ist. Die sehr spezifischen und professionell ausgearbeiteten Angebote der Frühen Hilfen könnten also bei früherer und zielgerichteter Integration deutlich mehr Nutzen stiften.

Der entsprechende Bedarf lässt sich z.B. aus der „Sozialräumlich orientierte(n) Analyse von Bedarfen, neuen Bedarfsgruppen und Angebotsformen für Familienzentren im Kreis Ostholstein“ (Langer A 2015) ableiten. Dem Zwischenfazit ist zu entnehmen, dass insbesondere der Sozialraum Nord eine vergleichsweise hohe Arbeitslosenquote, die höchste Kinderarmutsquote in Ostholstein und eine geringe Kaufkraft ausweist. So entsteht hier durch lange und kostenintensive Wege ganz besonders die Gefahr der sozialen Isolation und fehlender Zugänge zu sozialen Angeboten.

› Risikoschwangerschaft und Frühgeburten

Risikoschwangerschaften und Frühgeburtlichkeit spielen aufgrund von Häufigkeit, Versorgungsbedarf und Auswirkungen auf Schwangerschaftsverlauf, Geburt und postnatale Ergebnisse eine zentrale Rolle in der Geburtshilfe. Obwohl die Risikofaktoren weitgehend bekannt sind, ist eine zielgerichtete und ganzheitliche Versorgung noch zu optimieren. Die Häufigkeit von Schwangerschaften mit relevantem Risiko wird mit ca. 35% (AQUA Institut 2015) angegeben, d.h. statistisch gibt es jährlich ca. 447 Risikoschwangerschaften in OH (ca. 193 Frauen im Einzugsgebiet Oldenburg) und ca. 426 Risikoschwangerschaften in NF (35 Frauen auf Sylt, 20 Frauen auf Föhr/Amrum). Die Häufigkeit von Frühgeburten liegt in Deutschland mit 9% auf stabilem, aber relativ hohem Niveau (Schleußner 2013). Dabei haben Frühgeburten eine hohe Relevanz, da sie mit einem deutlichen Anteil von 77% zur (wenn auch insgesamt niedrigen) perinatalen Mortalität beitragen. Für Ostholstein ist damit statistisch mit ca. 115 Frauen/Jahr und für Nordfriesland mit ca. 110 Frauen/Jahr (fünf bis acht Frauen auf Sylt, drei bis fünf

Frauen auf Föhr/Amrum) zu rechnen, die von einer Frühgeburt betroffen sind. Die relevanten Risiken sind gut untersucht z.B. (Murphy 2007).

Dazu gehören vor allem:

- eine belastete geburtshilfliche Anamnese (vorangegangene Frühgeburten oder Spätaborte) (Odds Ratio [OR] 3,412; 95-%-Konfidenzintervall 1,342–8,676)
- ungünstige sozioökonomische Lebensbedingungen, niedrige Schulbildung und Ausbildung (OR 1,75; 95-%-Konfidenzintervall 1,65–1,86)
- Mutter alleinstehend (OR 1,61; 95-%-Konfidenzintervall 1,26–2,07)
- ungesunde Lebensweise (Rauchen [OR 1,7; 95-%-Konfidenzintervall 1,3–2,2], Mangel- und Fehlernährung)
- Mehrlingsschwangerschaften (etwa 10 % aller Frühgeburten)
- Alter der Schwangeren <18 Jahre oder >35 Jahre (OR 1,70, 95-%-Konfidenzintervall 1,02–3,08)

Präventions- und spezialisierte Versorgungsangebote sind zahlreich verfügbar, wenn auch für die Gesamtkohorte der Schwangeren noch nicht immer ausreichend evaluiert (Metaanalysen zur Prävention von Frühgeburten z.B. (Cochrane Database 2016)).

In der Primärprävention senkt schon der Verzicht auf Rauchen das Risiko für eine Frühgeburt signifikant (OR 0,84; 95-%-Konfidenzintervall 0,72–0,98) (Flood K, Malone FD 2012). Sowohl Untergewicht als auch Adipositas erhöhen dagegen das Frühgeburtsrisiko signifikant, so dass eine strukturierte Ernährungsberatung in die Vorsorge integriert werden sollte.

Ein entsprechend zielgerichteter Einsatz bei Risikogruppen kann dagegen effektiv genutzt werden (z.B. zur Vermeidung von Frühgeburten). Dazu gehören etwa die Selbstmessung des vaginalen pH-Wertes als Hinweis auf eine bakterielle Vaginose (Blitzer E 2011), die Nutzung einer transvaginalen Zervixlängenmessung zur Risikoabschätzung einer Frühgeburt (Crane JM 2008), eine Cerclage des Zervix zur Stabilisierung und zum mechanischen Verschluss des Zervikalkanals (Berghella V 2011) und die Progesteronsubstitution, durch deren Einsatz sowohl bei Frauen mit belasteter Anamnese als auch bei aktueller Zervixverkürzung das Frühgeburtsrisiko um mehr als 30% signifikant gesenkt werden kann (Romero R 2012).

#### › Rettungsdiensteinsätze und Entwicklung der Sectoraten

Seit der Bündelung der Geburtshilfe ist auf Grundlage der Rettungsdiensteinsätze für Ostholstein keine grundsätzliche Problematik ableitbar. So sind seitdem drei Geburten in einem Rettungswagen bekannt geworden, die alle ohne medizinische Komplikationen begleitet worden sind. Bezüglich der Erreichbarkeit Fehmarns auf der Straße über die Fehmarnsundbrücke ist Folgendes zu bemerken: Die Brücke darf auch bei einem verkehrsrechtlichen Überquerungsverbot von Fahrzeugen mit Sondersignal (Notfallrettung) befahren werden, wobei der Fahrer bzgl. der Risiken (ggf. auch Überquerung im Windschatten der Feuerwehr) entscheidet. Bisher ist kein Fall bekannt, dass aufgrund der Witterungslage ein Transport mit Sonderrechten über die Brücke nicht erfolgen konnte.

Die geburtshilflich relevanten Rettungseinsätze in Nordfriesland bzw. auf Sylt und Föhr haben in den letzten Jahren zwar zugenommen, der Anstieg ist aber vor den Schließungen der Inselkreißäle zu

beobachten, sodass eine ursächliche Bewertung schwerfällt. Da die Daten bisher nur bis Oktober 2015 vorliegen, sollte eine erneute Prüfung der Situation mit dem Vorliegen aktueller Zahlen erfolgen.

Im Jahr 2014 wurden die Geburtshilfen in Westerland auf Sylt und in Oldenburg geschlossen. In der DIAKO Flensburg sind die Sectoriaten von 2013 auf 2014 geringfügig zurückgegangen (vgl. Tabelle 2, S. 16) und seit der Schließung Westerland im Jahr 2014 unverändert geblieben (26,7% im Jahr 2015). Im Klinikum Nordfriesland in Husum dagegen sind die Sectoriaten seit der Schließung Westerland im Jahr 2014 gestiegen (29,6% im Jahr 2014 und 31,6% im Jahr 2015). Im SANA-Klinikum in Eutin sind die Sectoriaten von 2013 bis 2015 stetig zurückgegangen (vgl. Tabelle 2, S. 16).

	Jahr 2013	Jahr 2014	Jahr 2015
<b>DIAKO Flensburg</b>	27,8%	26,7%	26,7%
<b>SANA-Klinikum Eutin</b>	33,8%	32,4%	31,7%
<b>Klinik NF Husum</b>	28,8%	29,6%	31,6%

*Tabelle 2: Entwicklung der Sectoriaten in der DIAKO Flensburg, dem SANA-Klinikum Eutin und der Klinik NF Husum für die Jahre 2013, 2014 und 2015 (Quelle: DIAKO Flensburg, SANA-Klinikum Eutin, Klinik NF Husum)*

#### › Finanzierung in der Geburtshilfe

Die Finanzierung in der Geburtshilfe zeichnet sich durch eine ausgeprägte Sektorisierung aus. So existieren zunächst unterschiedliche Vergütungsregelungen und -zuständigkeiten für Hebammen, Gynäkologen, Kliniken, Frühe Hilfen etc. mit Überschneidungen, gegenseitigen Leistungsausschlüssen und komplizierten „wenn/dann“-Regelungen. Zusätzliche Unsicherheiten entstehen durch private Zahlungen, die sich auch in Abhängigkeit von der Krankenkasse der Schwangeren unterscheiden (z.B. Rufbereitschaftspauschalen, Vorsorgeuntersuchungen).

Resultierend aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot gem. § 12 SGB V gibt es weiterhin ungeklärte Abrechnungsmodalitäten in der Vorsorge, die einer Kooperation zwischen niedergelassenen Gynäkologen und Hebammen entgegenwirken. Das Problem entsteht vor allem daraus, weil Hebammen ein Abrechnungsmodell haben, in dem jede einzelne Leistung vergütet wird, Ärzte aber ihre Leistungen über Quartalspauschalen abrechnen. Die Berufsverbände positionieren sich zum Thema gemeinsame Vorsorgen sehr unterschiedlich, die Angst vor Regressen von Seiten der Krankenkassen ist dabei für Ärzte und Hebammen gleichermaßen bedrohlich. Bisher gibt es noch keine Urteile zur Konstellation Frauenarzt und Hebamme und gemeinsame Schwangerenvorsorge. Erste Regressverfahren wurden jedoch eingeleitet, die sich noch im außergerichtlichen Stadium befinden.

Hinzu kommt das Problem, dass es für neue alternative Versorgungsstrukturen – vor allem in der Hebammenversorgung – noch keine finanziellen Verantwortlichkeiten gibt und bisher nur kurz- oder mittelfristige Finanzierungslösungen etabliert sind (z.B. Hebammenrufbereitschaft auf Sylt/Föhr). Der Hintergrund ist folgender: Es besteht ein grundsätzlicher Anspruch auf Hebammenhilfe während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gem. § 24d SGB V. § 24f Satz 2 SGB V nennt als mögliche ambulante Geburtsorte das Krankenhaus, eine von einer Hebamme geleitete Einrichtung, eine ärztlich geleitete Einrichtung, eine Hebammenpraxis sowie die Hausgeburt. § 24f Satz 1 SGB V regelt die grundsätzliche Wahlfreiheit der Schwangeren. Die Wahlfreiheit bezieht sich aber ausdrücklich nur auf

die Wahl zwischen ambulanter und stationärer Entbindung. Ambulant ist die Entbindung dann, wenn die Versicherte nicht über Nacht in der medizinischen oder hebammengeleiteten Einrichtung bleibt oder wenn eine Hausgeburt vorliegt (Wagner in Krauskopf, § 24f Rn. 4). Der bereits erwähnte § 24f Satz 2 SGB V stellt dabei einen nicht abschließenden Katalog von möglichen Geburtsorten auf („kann“) (Wagner in Krauskopf, § 24f Rn. 3, 5). Daraus ergibt sich, dass sich die Wahlfreiheit nur auf die Modalität der ambulanten Entbindung als solche bezieht, ein Recht auf eine flächendeckende Verfügung aller möglichen Geburtsorte (Krankenhaus, Geburtshaus, Hausgeburt) mit entsprechend ausgebildeten Hebammen ist aus dem SGB V dagegen nicht abzuleiten (Hansen 2016).

Auch andere Aspekte stellen in der Versorgungsrealität eine zunehmende Hürde für physiologische Geburten dar. Um sich aktive Geburtshilfe überhaupt „leisten“ zu können, wird grundsätzlich eine relevante Anzahl an Geburten erforderlich. Dies ergibt sich zum einen durch den ohnehin zunehmenden wirtschaftlichen Druck im Gesundheitswesen, zum anderen durch stetig steigende Haftpflichtversicherungsprämien für Hebammen und Ärzte. Auf Hebammenseite beläuft sich die Versicherungsprämie derzeit auf insgesamt ca. 6.200 €. Auch unter Nutzung des Sicherstellungszuschlags bleiben für die Hebamme momentan ca. 1.800 € zur privaten Übernahme. Für die Kliniken kommen Fehlanreize gegen eine natürliche Geburt im DRG-System dazu. Die mittleren Fallkosten einer unkomplizierten vaginalen Entbindung liegen 2016 bei etwa 1.800 € (Basis: Bundesbasisfallwert 2016; DRG O60D), die einer Sectio ohne Komplikationen mit ca. 3.700 € (Basis: Bundesbasisfallwert 2016; DRG O01E) etwa doppelt so hoch. Allerdings kommt der „Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung“ der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2012 (Bertelsmann Stiftung 2012) bezüglich der monetären Anreize für Kaiserschnitt-Entbindungen zu folgendem Ergebnis: „Die oft formulierte Hypothese, Kaiserschnitte seien für Kliniken monetär besonders lohnend, ließ sich (dabei) nicht bestätigen – das fallpauschalierende Vergütungssystem steht einer Quersubventionierung eher entgegen. Allerdings lassen sich geplante Kaiserschnitte besser als vaginale Entbindungen in die organisatorischen Abläufe einer Klinik einbinden und sind aus diesem Grund attraktiv für Kliniken.“

Abschließend ist festzustellen, dass bisher kaum bestehende Konzepte zur geburtshilflichen Versorgung in ländlichen bzw. strukturell schwächeren Regionen zur Verfügung stehen, obwohl die Entwicklung zur Schließung kleinerer geburtshilflicher Einheiten bundesweit zu beobachten ist. Hier scheint es einen deutlichen Nachholbedarf zu geben. Andere Länder, vor allem in England, US (dort v.a. Pennsylvania und Alaska) und den Niederlanden, sind hier in ihrer Entwicklung voraus, weisen allerdings auch eine andere Historie auf (Lally 2013, NHS England 2014, Struijs JN In Druck).

#### 4. Identifikation der zentralen Ursachenbündel

Ausgehend von den Ergebnissen der Gespräche und der ergänzenden Datenanalyse ergibt sich somit ein Ursachenbündel bestehend aus sechs Faktoren, die als zentrale Versorgungsprobleme zu Notfällen und problematischen medizinischen Ergebnisse in der Geburtshilfe führen können (siehe Abbildung 2).

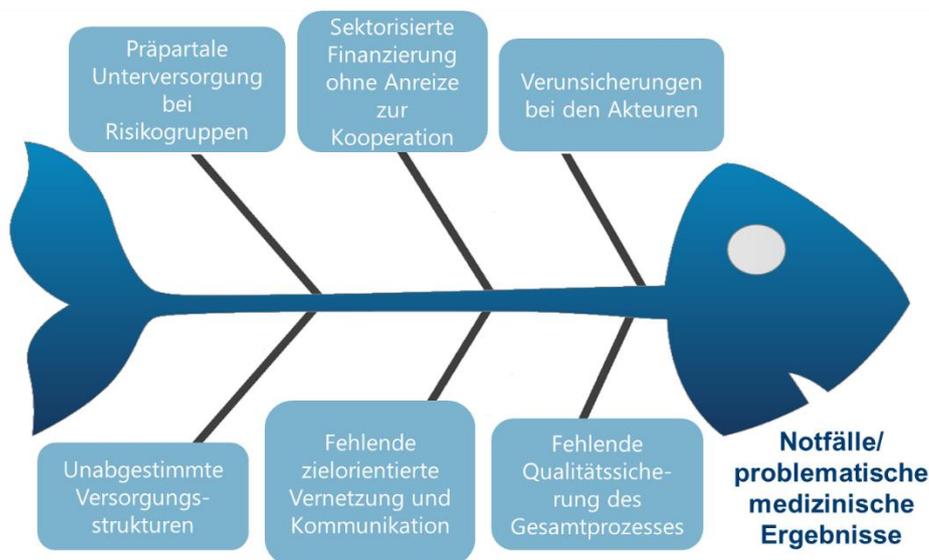


Abbildung 2: Ursache-Wirkungsmodell zu problematischen Outcomes in der geburtshilflichen Versorgung

Eine Ursache für unerwünschte und akut problematische Situationen im Schwangerschaftsverlauf stellt die oben beschriebene präpartale Unterversorgung gerade bei Personengruppen mit erhöhtem Risiko dar. Dazu kommen die in den Gesprächen festgestellten, kaum auf die neuen Situationen abgestimmten Versorgungsstrukturen. Die Problematik wird noch verschärft durch das aktuelle Miteinander der Akteure: Hier fehlt es in der Regel an interdisziplinärer Kommunikation, die auch Grundlage für eine zielgerichtete und individualisierte Behandlung sowie jede weitere Vernetzung ist. Diese drei Problembereiche sind u.a. Ursache für die derzeitige Verunsicherung bei Schwangeren und Akteuren. Neue, nach den Kreißaalschließungen teilweise schon verfügbare Versorgungsstrukturen konnten sich bisher wenig etablieren und allgemeine Akzeptanz finden. Auch mangelt es an einer einheitlichen, für die Schaffung von Prozesssicherheit so relevanten Kommunikation gegenüber den schwangeren Frauen und Familien.

Auf allgemeiner Ebene finden sich weitere Ursachen für die Probleme in der Geburtshilfe. Zum einen hemmt die dargestellte sektorale Finanzierung Vernetzung, Veränderungen und die Etablierung alternativer Strukturen. Ebenso fehlt es in der gesamten Geburtshilfe neben einheitlichen, abgestimmten Qualitätsindikatoren an einer qualitativen Absicherung des gesamten Versorgungsprozesses.

#### 5. Leitbilder der Maßnahmenentwicklung

Grundlage bei der Entwicklung der Empfehlungen sind zunächst die konsequente Ausrichtung am Prinzip der „physiologischen Geburt“ und die starke Berücksichtigung psychosozialer Faktoren. Die Geburt eines Kindes ist ein besonderer Abschnitt im Leben einer Frau, der mit körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen einhergeht. Der Zeitraum von der Familienplanung bis zum Ende der Stillzeit stellt einen überwiegend

normalen Prozess der Lebensführung dar, in dem die Weichen für die Gesundheit von Müttern und Kindern für die Zukunft gestellt werden. In dieser sensiblen Phase brauchen Frauen, Paare und Familien einfühlsame und professionelle Begleitung, die im gesamten Betreuungsbogen medizinische, psychosoziale, edukative sowie gesundheitsfördernde und präventive Aspekte berücksichtigt. Selbst bei pathologischem Verlauf ist die Unterstützung des parallel zur Krankheitsbehandlung ablaufenden normalen Prozesses der Mutterschaft von Bedeutung.

Hier kommt der besonderen Stellung und Professionalität von Hebammen besondere Bedeutung zu: Sie sind dafür ausgebildet, Frauen bei normalem Verlauf eigenverantwortlich über den ganzen Zeitraum und unter Berücksichtigung aller Aspekte zu begleiten; ihre Ausbildung ist auf einen salutogenetischen Ansatz ausgerichtet.

Einen zweiten zentralen Orientierungspunkt für die weitere Bearbeitung hat die Auswertung der Versorgungsdaten ergeben: Durch eine frühzeitige Risikostratifizierung und eine dementsprechend ausgerichtete vorgeburtliche Versorgung können Frauen adäquater und effektiver betreut werden. Davon profitieren zum einen Frauen ohne/mit geringem Risiko durch eine entsprechend interventionsarme und die natürlichen Ressourcen bestärkende Vorbereitung auf die Geburt. Für Schwangere mit medizinischem oder sozial bedingtem Risiko kann ein sehr viel individuellerer und die Sicherheit fördernder Weg gefunden werden.

Dementsprechend folgt das Konzept der Maxime „Prävention vor der Intervention“. Die Minimierung von Notfällen und problematischen medizinischen Outcomes (als primär zu verhindernden Wirkungen) kann durch eine Optimierung der beeinflussenden Faktoren in der pränatalen Versorgung erreicht werden. Die Förderung von Vernetzung und Zusammenarbeit schafft als alles umfassendes Prinzip dabei Prozesssicherheit, Qualität und sorgt für Empowerment der Schwangeren.

Als Basis für die entwickelten Ansätze dienen die bisher schon bestehenden regionalen Versorgungssysteme, insbesondere die Rettungsdienste sind bereits gut aufgestellt und eine adäquate stationäre Versorgung der Bevölkerung durch die Kliniken der verschiedenen Level ist gegeben.

Die aus dem festgestellten Ursachenbündel abgeleiteten konkreten Maßnahmen für eine optimierte Versorgung orientieren sich an der Versorgungskette der Schwangerschaft entlang (vgl. Abb. 3, S. 19). So setzen die Empfehlungen an unterschiedlichen Stellen an und können – insbesondere in Kombination – die Gesamtversorgung entsprechend deutlich optimieren.

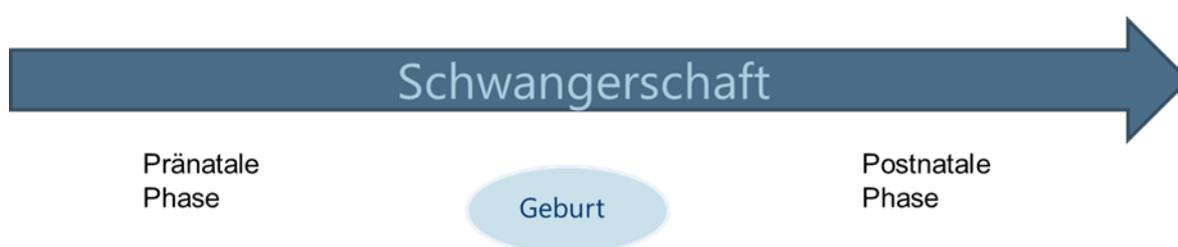


Abbildung 3: Orientierung an den Phasen der Schwangerschaft

## 6. Abgeleitete Empfehlungen/Maßnahmenpakete

Die folgenden sechs Empfehlungen zu Maßnahmen haben nur dann Erfolg, wenn für die Umsetzung auch eine entsprechende Struktur aufgebaut wird. Die Autoren schlagen die Etablierung einer „**Vernetzungsagentur Geburtshilfe**“ vor. Sie würde durch einen **Beirat** aus dem Hebammenverband, dem Berufsverband der Frauenärzte und Vertretern der Kliniken beraten und **wissenschaftlich begleitet** werden. Ihre Arbeit würde durch die Sammlung und Aufarbeitung regionaler **Versorgungsdaten** unterstützt und evaluiert werden. Weitere Ausführungen zu der angedachten Vernetzungsagentur finden sich in Kapitel 6.6.

### 6.1. Interdisziplinäre Vernetzung: „Partnerschaftsmodell Mutter-Hebamme-Arzt in Schleswig-Holstein“

Prioritärer Ansatzpunkt in der Verbesserung der geburtshilflichen Situation ist die Förderung und Unterstützung der gezielten Zusammenarbeit der Akteure. Es sollte daher umgehend eine entsprechende Vereinbarung zwischen allen Beteiligten geschlossen werden – mit dem Ziel, die Zahl der natürlichen Geburten so gut wie möglich zu erhöhen. Dies umfasst vor allem die (freiberuflichen oder angestellten) Gynäkologen und Hebammen sowie die versorgenden Kliniken.

Ausgehend davon sollte in einem zweiten Schritt die konkrete Zusammenarbeit der Hebammen und Gynäkologen über den Gesamtprozess der Schwangerschaft und Geburt vereinbart werden (Beispiel siehe Abb. 4, S. 22). Diese Zusammenarbeit kann idealerweise auf einer Verpflichtung zur gegenseitigen, strukturierten Information im gesamten Verlauf der Schwangerschaft fußen. Probleme an den Schnittstellen wie nicht abgestimmte Doppeluntersuchungen oder fehlende bzw. unvollständige Informations- und Datentransfers sollen dadurch vermieden werden. Die Schwangeren würden in den Mittelpunkt rücken und die interdisziplinär angelegte Versorgung tatsächlich gelebt werden. Als Medium eignet sich hierzu besonders eine gemeinsame Patientenakte oder ein elektronischer Mutterpass, bei dem die (werdende) Mutter den Informationsprozessen zustimmt. Zur Versorgungsverbesserung sollte zudem eine enge Anbindung an geburtshilflichen Abteilungen erfolgen. Dazu gehört zunächst eine frühzeitige Vorstellung der Schwangeren in der entsprechenden, an das Risiko adaptierten Klinik.

---

**Maßnahme 1.1: Formalisierte Vereinbarung zwischen Hebammen und Geburtshelfern zur Zusammenarbeit: Zunächst auf der Landesebene, später Einbeziehung der Akteure in den Regionen**

**Verantwortlich:** Beirat der „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“ bestehend aus Hebammenverband SH, Berufsverband der Frauenärzte, Kliniken der Region

<b>Organisation:</b>	„Vernetzungsagentur Geburtshilfe“ lädt zu den Treffen ein, bereitet die Sitzungen vor und entwirft ein Konzept für ein Auszeichnungsmodell, das denjenigen ein Siegel verleiht, die sich zur Mitarbeit nach den Grundsätzen der Vereinbarung verpflichten. Die Akteure werden integriert durch Ansprache vor Ort und Einholung von Unterschriften, danach erhalten sie das Siegel „Partnerschaftsmodell Mutter-Hebamme-Arzt in Schleswig-Holstein“.
<b>Zeitraumen:</b>	Der Beirat besteht auf absehbare Zeit und tagt regelmäßig. Für die konkreten Aufgaben sind hier sechs Monate bis zur Ausarbeitung und weitere sechs Monate bis zur Siegelverleihung vorzusehen. Danach Monitoring mit geringerem Aufwand

Darüber hinaus ist es denkbar, über strukturierte Kommunikations- und Austauschprozesse zwischen niedergelassenen Gynäkologen und den Kreißsälen eine professionelle Zusammenarbeit zu optimieren, die nicht jedes Mal eine Anwesenheit der Schwangeren in der (ggf. weit entfernten) Klinik erforderlich machen würde. Dies kann auch durch moderne telemedizinische Lösungen<sup>1</sup> unterstützt werden, was sich insbesondere für die Inseln und Halligen anbietet. Geeignete Möglichkeiten sind auch hier die Nutzung einer gemeinsamen Patientenakte, Tele-CTG oder Tele-Sonographie. Ein entsprechendes Konzept dafür liegt bei der DIAKO Flensburg vor und könnte, so die Mitteilung des dortigen Chefarztes, auch kurzfristig umgesetzt werden. Kurzfristig sollte zumindest die Möglichkeit der Hotline in den Kreißaal von Hebammen und Gynäkologen noch stärker genutzt werden. Auch eine konsequente Nutzung der Boardingoptionen für Schwangere mit entsprechendem Risiko gerade für die Inseln ist unbedingt zu empfehlen.

Um im Anschluss eine kontinuierliche Weiterentwicklung und einen stetigen Austausch über die angestoßenen Prozesse zu garantieren, bieten sich in hohem Maße gemeinsame Qualitätszirkel an (auch unter der Beteiligung der Ärztekammer/des Hebammenverbands). In einem solchen Forum können Erfahrungen unter dem Gesichtspunkt des gegenseitigen Lernens ausgetauscht und Verbesserungspotenziale schnell erkannt und besprochen werden. Angesichts der Tatsache, dass momentan nur allgemeine Daten über Sectoriaten etc. erhoben werden und so der Gesamtprozess nur punktuell erkannt und evaluiert wird, empfiehlt die OptiMedis AG die gemeinsame Erstellung von Indikatoren bezogen auf die Qualitätssicherung des Gesamtprozesses.

---

#### Maßnahme 1.2: Indikatorenentwicklung zur Qualitätssicherung des Gesamtprozesses der Geburtsbegleitung im Rahmen des „Partnerschaftsmodells Mutter-Hebamme-Arzt In SH“

**Verantwortlich:** Initiierung durch „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“, inhaltliche Entwicklung durch Kernteam aus dem Beirat

---

<sup>1</sup> Hierzu zählt beispielsweise eine von Philips entwickelte App-basierte Ultraschall-Technologie namens Lumify.

Zeitraumen: Acht bis zehn Monate

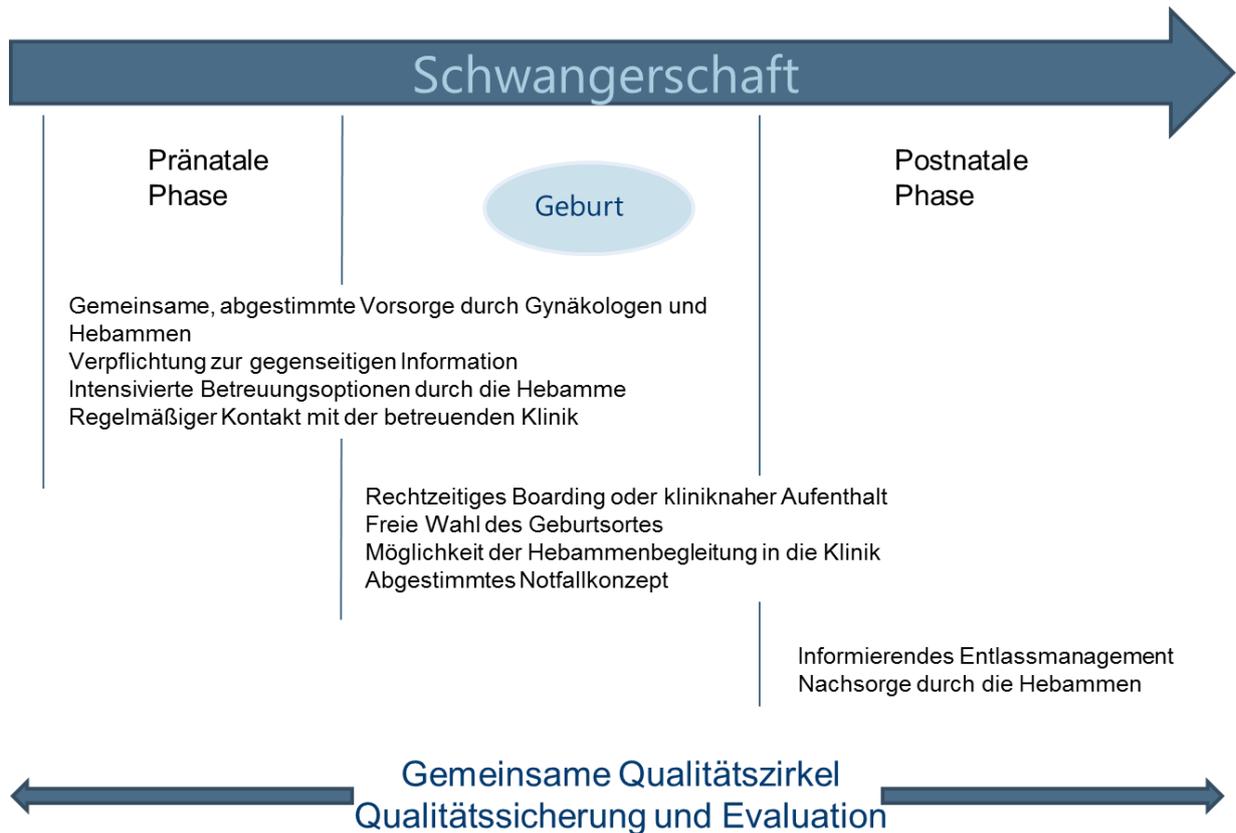


Abbildung 4: Zentrale Aspekte des „Partnerschaftsmodells Mutter-Hebamme-Arzt in Schleswig-Holstein“

Als gelungenes Beispiel zur interdisziplinären Zusammenarbeit in der Geburtshilfe kann das „Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt“ dienen. Das Netzwerk aus Ärzten, Hebammen, Krankenkassen sowie gesundheits- und frauenpolitischen Akteuren plädiert dafür, Schwangerschaft und Geburt als natürliche Lebensprozesse zu sehen und Frauen in ihrer Fähigkeit, natürlich zu gebären, zu unterstützen. Die Experten empfehlen dazu eine gezieltere Information der Schwangeren und eine veränderte Betreuung der Gebärenden. Als Grundlage wird eine gute Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Gynäkologen sowie eine enge Vernetzung zwischen Klinik, Praxis und außerklinischer Betreuung gesehen. Weiterhin fordert das Bündnis, die bisherige Risikobetonung in Schwangerschaft und Geburt zu überdenken. Mit seinen entwickelten Empfehlungen wendet sich das Bündnis an die breite fachliche Öffentlichkeit und möchte zum konstruktiven Dialog anregen. Dies wurde mit einer gezielten Öffentlichkeitskampagne im Juni 2015 unterstützt. Das „Bremer Bündnis“ wurde im Jahr 2012 auf Einladung des Senators für Gesundheit und der Landesfrauenbeauftragten initiiert.

Ausgehend von ihrer gesetzlichen Wahlmöglichkeit zwischen einer ambulanten und einer stationären Entbindung nach § 24f Satz 1 SGB V soll es den Schwangeren grundsätzlich weiter ermöglicht werden, sich frei zwischen verschiedenen möglichen Geburtsorten (Krankenhaus mit den unterschiedlichen Versorgungsgraden, Krankenhaus ohne Nachtaufenthalt, hebammen- oder gynäkologisch geleitete Einrichtung, Hausgeburt) zu entscheiden. Die oben dargestellten regionalen Besonderheiten stellen dabei für die Aufrechterhaltung

einer gynäkologisch bzw. von Hebammen geleiteten Einrichtung und die Durchführung einer Hausgeburt eine große Herausforderung dar. Die Empfehlung bzgl. der Vertretbarkeit kann dabei angesichts der einhergehenden komplexen medizinischen Fragen nur von den Hebammen und Ärzten getroffen werden. Die OptiMedis AG empfiehlt daher, dass die Hebammen und Ärzten gemeinsam prüfen, welche Empfehlung der Schwangeren bzgl. des Geburtsorts gegeben werden soll und welche Vorkehrungen es dazu ggf. zusätzlich bedarf. Dabei ist zu beachten, dass das einmal ausgeübte Wahlrecht für die ambulante Geburt nicht unwiderruflich besteht. Insbesondere bei sich anbahnenden Komplikationen sind die Geburtshelfer verpflichtet, die Schwangere entsprechend aufzuklären und die erforderlichen Schritte für eine Verlegung in den stationären Bereich umgehend zu veranlassen, andernfalls kann eine strafrechtlich relevante unterlassene Hilfeleistung vorliegen (Wagner in: Krauskopf, § 24f Rn. 5).

---

### Maßnahme 1.3

Abschließende Prüfung der Möglichkeiten für alternative Möglichkeiten für Geburten und Erstellung einer Entscheidungshilfe zur sicheren Geburt

**Verantwortlich:** Kernteam aus Hebammen und Ärzten aus dem Beirat

**Organisation:** „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“

**Zeitraumen:** Ein Jahr

---

## 6.2. Personalisierte und an das jeweilige Risiko adaptierte vorgeburtliche Versorgung

Um eine an der tatsächlichen Situation der Frau orientierte präpartale und pränatale Versorgung gewährleisten zu können, wird ein strukturierter, interdisziplinär orientierter und sehr sensibler Erfassungs- und Begleitungsprozess erforderlich. Um die Frau in den für sie optimalen Versorgungspfad einleiten zu können, geht es zunächst um eine konsequente Erfassung der relevanten Risiken; zusätzlich zu den schon heute existierenden Mutterschaftsrichtlinien ist hier ein weiter verfeinertes Instrument zu einer strukturierten und mit Scorewerten versehenen Risikoerhebung zu entwickeln. Hier empfehlen wir dem Berufsverband der Frauenärzte die Gründung einer Expertengruppe zur Entwicklung eines „Risikobogens“ auf Grundlage der Mutterschaftsrichtlinien (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014), der dann standardisiert in der Praxis eingesetzt und für die Bestimmung des weiteren Behandlungspfades der Frau in den örtlichen Begebenheiten genutzt werden kann. Dabei sollten nicht nur medizinische, sondern auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt werden. Eine Abstimmung mit den anderen Akteuren, v.a. mit Hebammen sowie Frühen Hilfen, sowie eine eventuelle Anpassung sollte vor Einführung erfolgen. Ideal wäre etwa eine „Scoring-Tabelle“ analog der zur Indikation zur medikamentösen Osteoporosetherapie nach Risikoprofil (Dachverband Osteologie (DVO) 2016). Bei der Entwicklung sollten die aktuell erstellten „Handlungsabläufe frauenärztlicher Schwangerenvorsorge nach den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)“ (Bundesverband der Frauenärzte 2016) zu Hilfe gezogen werden.

---

### Maßnahme 2.1: Gründung einer Expertengruppe „Risiko-Score Tabelle Geburtshilfe“

**Verantwortlich:** Berufsverband der Frauenärzte (Unterstützung durch „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“ und ggf. KV SH)

**Zeitraumen:** Vier Monate

---

Auf Grundlage der Risikoeinordnung ist die Entwicklung von strukturierten Behandlungs- und Präventionspfaden unter Einbindung der jeweils schon vorhandenen Strukturen erforderlich (Behandlungspfade auf Grundlage von Risikogruppen, vgl. auch Abb. 5, S. 26). Gerade für die erste Gruppe ist auf die beschriebene, heute stattfindende Überversorgung bei eher risikoarmen Frauen zu achten. Eine Intensivierung der medizinischen Behandlung sollte nur bei medizinisch tatsächlich auffälligem Befund stattfinden. Gleichzeitig muss der Blick bei Frauen, bei denen ein normaler Schwangerschaftsverlauf zu erwarten ist, nicht auf das Risiko, sondern auf das Gesunde gerichtet werden. Denn eben dadurch entsteht ein Sicherheitsgefühl bei der schwangeren Frau. Dabei sind Empowerment, Aufklärung, Selbstverantwortung und Patientenrecht im Vordergrund, die Förderung der physiologischen Geburt wird als Ziel ernst genommen. Beispielhaft könnte hier das Versorgungssystem der Niederlande sein. Die Hebamme ist hier die Spezialistin für die physiologische Geburt, die Abweichungen erkennt und die Schwangere bei Bedarf in die ärztliche Versorgung überweist. Die Basis des Systems ist die enge und objektive Zusammenarbeit zwischen Arzt und Hebamme. Für eine sogenannte „Indikationsliste“ wurden für jede mögliche Komplikation in der Anamnese, während der Schwangerschaft, unter der Geburt oder im Wochenbett von Hebammen und Ärzten Empfehlungen ausgearbeitet. Diese Liste hat

keine gesetzliche Weisungskraft, wird aber landesweit als bindender Leitfaden akzeptiert. Auch das Betreuungsmodell der WHO für Frauen mit niedrigem Risiko richtet sich ähnlich aus: durch eine verstärkte Wahrnehmung der Frau in ihren beruflichen und familiären Zusammenhängen und die Nutzung vorhandener Ressourcen (Di Mario S 2005).

Für Risikopatientinnen der 2. Gruppe sind dagegen eine zielgerichtete Weiterleitung zu präventiven und unterstützenden Angeboten, auch im Rahmen der Frühen Hilfen, und eine konsequente Nutzung strukturierter Versorgungspfade erforderlich. Hier ist bereits eine Reihe von konkreten Angeboten verfügbar, wenn auch nicht immer konsequent genutzt. Auch schon bestehende Ansätze wie laufende Verträge zur Integrierten Versorgung können als Grundlage dienen. Zusätzlich ist von den medizinischen Experten zu prüfen, inwieweit sich ergänzende präventive, medizinische Angebote (z. B. Sekundärprävention wie Selbstmessung vaginaler pH-Wert, Zervixcerclage, Progesteronsubstitution) in den Regionen eignen.

Des Weiteren soll in diesem Zusammenhang überlegt werden, unterstützende Möglichkeiten in die Prozesse zu integrieren. Dabei ist an die Einbindung aktueller digitaler APP-Lösungen für die Begleitung der Pfade zu denken. Als Beispiele seien hier <http://mommy-app.com/>, u. a. vom Berufsverband der Frauenärzte empfohlen, und <https://www.onelife.me/baby-de/> erwähnt. Für schwangere Frauen, bei denen eine psychosozial begründete Problematik erwartet werden muss, ist die möglichst frühe und verlässliche Zuführung zu entsprechenden unterstützenden Angeboten sinnvoll. Hier sollen die Netzwerkkoordinatoren der Frühen Hilfen eingebunden werden. Auch sollte eine Einbindung dieser Angebote in ein Lebensphasen-Begleitungskonzept erfolgen.

---

### Maßnahme 2.2: Erstellung eines adaptierten Risikobogens und entsprechender Behandlungspfade sowie Auswahl und Bewertung unterstützender Lösungen

<b>Verantwortlich:</b>	Beirat bzw. eine von dem Beirat bestimmte Expertengruppe, zusammengesetzt durch Vertreter des Berufsverbands der Frauenärzte, des Hebammenverbands und einer Vertretung der Frühen Hilfen
<b>Organisation:</b>	„Vernetzungsagentur Geburtshilfe“
<b>Zeitraumen:</b>	Dreiviertel Jahr bis ein Jahr, aufbauend auf der Risiko-Score-Tabelle aus Maßnahme 2.1

---

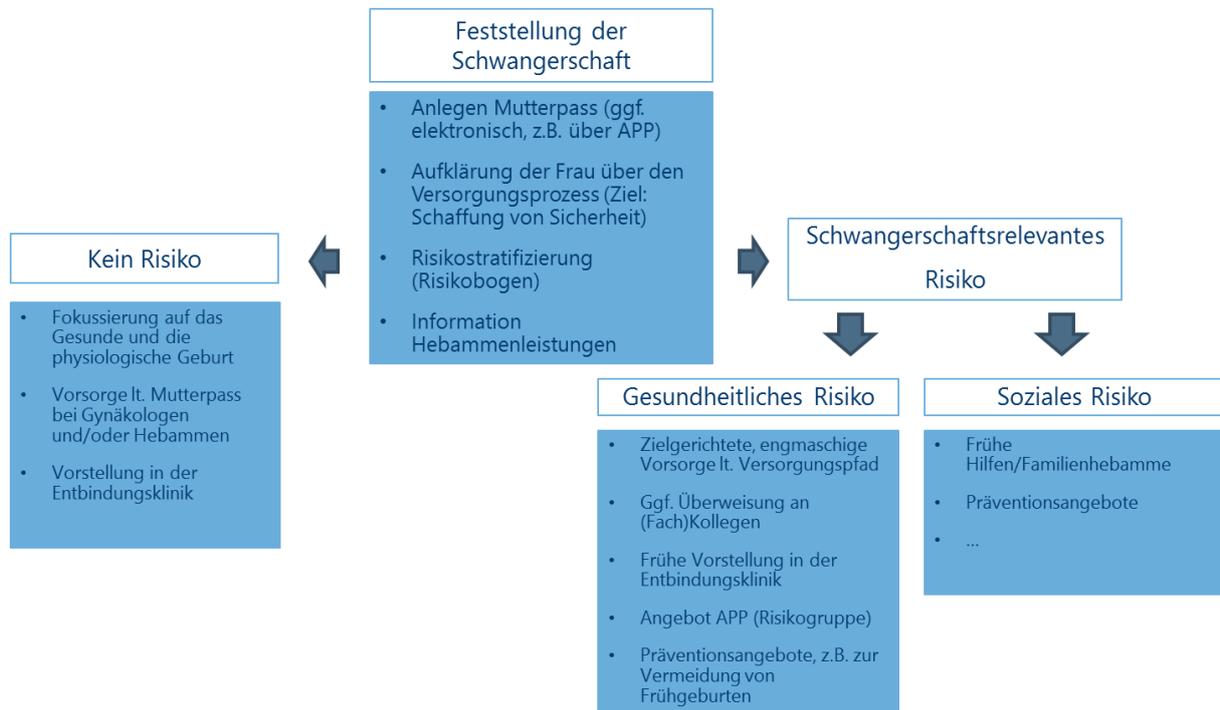


Abbildung 5: Skizzierung einer risikoadaptierten vorgeburtlichen Versorgung (Beispiel)

### 6.3. Sicherung einer professionellen Hebammenbegleitung

Den Hebammen kommt in der besonderen Vor-Ort-Situation in den Kreisen Ostholstein und Nordfriesland eine zentrale Rolle zu. Wichtiger Teil ihrer Aufgabe und auch ihres Berufsverständnisses ist es, die Schwangeren in ihrer Häuslichkeit zu betreuen. Diese Möglichkeit der Ansprache ist besonders bei fehlenden wohnortnahen geburtshilflichen Strukturen und für die festgestellte punktuelle Unterversorgung von Schwangeren mit Risikofaktoren von großem Vorteil. Damit verändert sich die Rolle der Hebamme: Statt nur phasenweise in den Schwangerschaftsprozess eingebunden zu werden, wird sie zu einer Case Managerin für den Gesamtverlauf. Sie arbeitet gemeinsam mit den anderen Akteuren, wird früh integriert, aktiv informiert, entscheidet (ggf. in Abstimmung mit Geburtshelfern) über die Versorgung in kritischen Situationen und begleitet die Schwangere im Bedarfsfall zur Entbindung in die Klinik. So ist eine Sicherstellung der Hebammenbegleitung bereits in der Vorsorge unbedingt zu empfehlen.

Wie bereits oben skizziert sehen sich die Hebammen allerdings mit verschiedenen Unsicherheiten konfrontiert (siehe bereits unter Ausgangslage und Problemaufriss). Insbesondere die Steigerung der Haftpflichtprämien hat viele Hebammen zur Aufgabe ihrer geburtshilflichen Tätigkeit geführt. Dies hat zweifellos zu dem aktuell wahrgenommenen Hebammenmangel in den Kreisen beigetragen. Zudem besteht bei den nicht geburtshilflich versicherten Hebammen aktuell die Problematik, dass sie aufgrund der fehlenden Haftungsabsicherung Frauen, bei denen ggf. eine Geburt ansteht, nicht untersuchen bzw. in die Klinik begleiten dürfen, was gerade in ländlichen Regionen eine Unsicherheit bei den Frauen mit sich bringt.

Um eine – weiter intensivierte – Hebammenversorgung trotzdem langfristig sicherstellen zu können, ist es daher erforderlich, dass Hebammen über die Möglichkeit einer soliden Existenzsicherung wieder in ihrem

Beruf arbeiten wollen und können. Dazu gehört ggf. auch die Absicherung der bestehenden Haftpflichtprämien für Hebammen, die weiterhin bzw. wieder geburtshilflich tätig werden wollen. Dies liegt dabei nicht nur im Interesse der freiberuflichen Hebammen, sondern auch in dem der Gynäkologen und der Krankenhäuser. Dazu sind Möglichkeiten zu prüfen, wie die Hebammen ihre geburtshilfliche Tätigkeit wieder aufnehmen können. Alle befragten Kliniken haben ihre grundsätzliche Bereitschaft bzw. ihr Interesse signalisiert, die freiberuflichen Hebammen in die Kreißsäle zu integrieren. Damit würde eine Erfüllung des (zumindest derzeit bestehenden) Kriteriums von einer Geburt/Quartal für den Sicherstellungszuschlag erreicht und zumindest der Großteil der Prämie finanziert werden können. Eine Diskussion der konkreten Maßnahmen zur Umsetzung sollte zeitnah weiterverfolgt werden.

Unter besonderer Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten empfiehlt die OptiMedis AG für Ostholstein v. a. im Nordkreis/auf Fehmarn eine Intensivierung der Hebammenbetreuung, z. B. unter Ausweitung der Rufbereitschaftspauschale. Dazu muss neben der Bereitschaft der Hebammen auch deren Finanzierung gesichert sein. Dies erfordert vor allem die Refinanzierung der geburtshilflichen Versicherung. Diese könnte in Teilen auch von den Gemeinden, dem Kreis und/oder der Krankenversicherung getragen werden.

Speziell für Nordfriesland schlägt die OptiMedis AG die langfristige Sicherstellung einer intensivierten Hebammenversorgung vor Ort bzw. eine Ergänzung der traditionellen Professionalität um Case-Management-Aufgaben vor (siehe Abb. 6, S. 29). Dies kann durch die Etablierung/Fortführung des Hebammenrufs (24/7) und ein Angebot durch Hebammen begleiteter Transporte im Bedarfsfall für Sylt/Föhr erfolgen. Damit wird eine zuverlässige und professionelle Betreuung vor Ort sichergestellt. Den Hebammen kommt mit dieser Rolle eine deutlich gesteigerte Verantwortung im Versorgungsprozess zu. Sie entscheidet vor Ort über die Weiterversorgung der Schwangeren, muss Notfälle einschätzen und koordinieren und bei Bedarf die Geburt begleiten. Daher sollten ihr verfügbare Unterstützungen zur Seite gestellt werden. Dazu gehört z. B. die ärztliche Einschätzung der Entscheidung bzw. Diagnose mithilfe telemedizinischer Tools.

---

### Maßnahme 3.1: Ausweitung der Rufbereitschaftsoptionen der Hebammen

#### Ostholstein: Schaffung einer intensivierten Hebammenbetreuung ab SSW 37 Nordkreis/Fehmarn

Verantwortlich: Organisation durch „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“, bei Bedarf Unterstützung von Gemeinden/Kreisen und Hebammenverband und frühe Integration der konkreten Hebammen

Zeitraum: Ein Jahr

#### Nordfriesland bzw. Sylt/Föhr/Amrum: Etablierung eines Hebammenrufs als Weiterentwicklung des bestehenden Konzepts

Verantwortlich: Steuerung, Organisation und Diskussionsleitung durch „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“, Unterstützung von Gemeinden/Kreisen und Hebammenverband, unmittelbare Integration der konkreten Hebammen und weiterer betroffener Akteure

Zeitraumen: Ende 2016 (um einen nahtlosen Übergang aus dem aktuellen Modell sicherzustellen)

An dieser Stelle sei noch einmal die Relevanz der Schaffung von wirtschaftlicher Sicherheit für die Akteure zu erwähnen. Dies kann nur über eine mittel- und langfristige Sicherung der Finanzierung und damit der Existenzen erreicht werden. Statt der bisherigen, sehr kurzfristig angelegten Finanzierungsmodelle, z.B. der Hebammenrufbereitschaft auf Sylt und Föhr/Amrum (beide laufen Ende 2016 aus, es gibt keine gesicherte Anschlussfinanzierung) bedarf es einer nachhaltigen Struktur mit Planungssicherheit für alle Beteiligten. Mögliche Finanzierungsformen werden in einem Exkurs am Ende des Gutachtens dargestellt. Parallel sollten kurzfristig die bereits mit allen Akteuren diskutierten und grundsätzlich begrüßten Möglichkeiten für kooperative Vertragsmodelle für Beleghebammentätigkeit konkretisiert werden. Durch die Eingliederung der Hebammen in die geburtshilfliche Tätigkeit in den Kliniken und Nutzung des Sicherstellungszuschlags zur Refinanzierung der Versicherungsprämien ist eine erhebliche finanzielle Erleichterung der Hebammen zu erreichen. Ob der aktuellen Klage des Hebammenverbandes gegen den Schiedsspruch stattgegeben wird und welche Auswirkungen das auf die exakten Kriterien zur Kostenübernahme der GKV haben wird, bleibt abzuwarten.

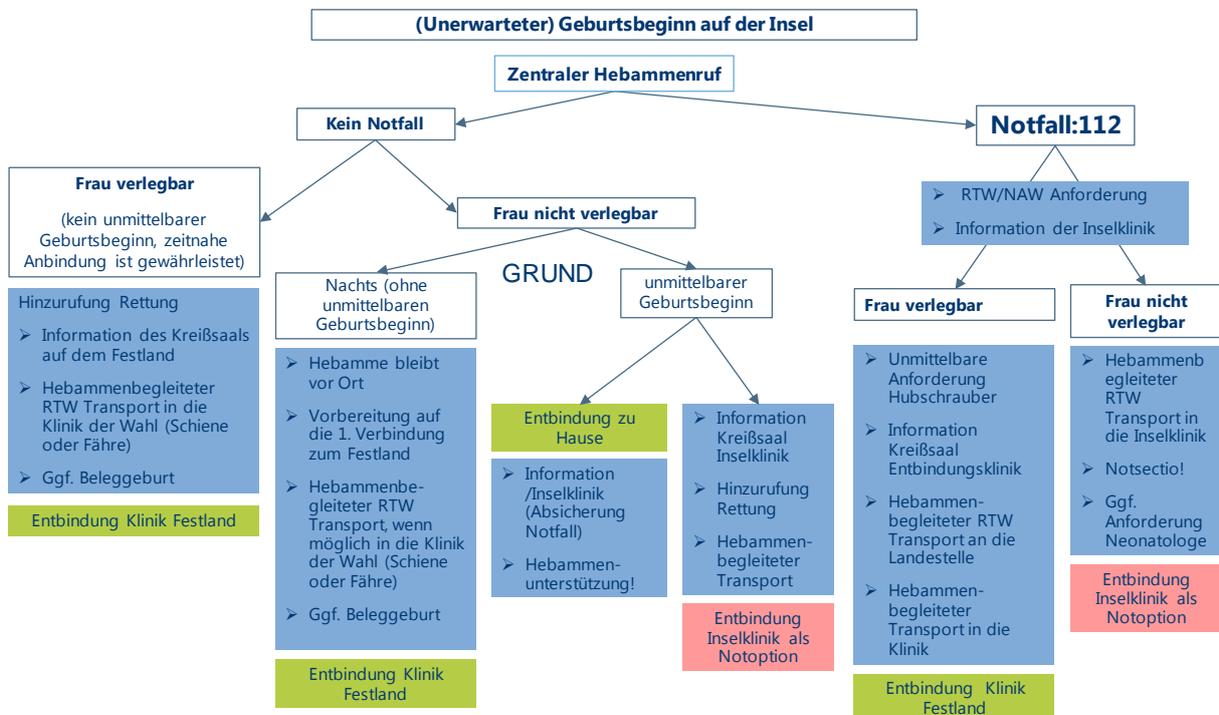


Abbildung 6: Exemplarischer Versorgungspfad für Schwangere mit unerwartetem Geburtsbeginn auf Sylt: Hebammen mit zentraler Steuerungsfunktion

Mittelfristig könnte zudem die Möglichkeit eines Konzepts einer hebammengeleiteten Geburtshilfe, z. B. im Rahmen eines Hebammenkreißsaales oder eines Geburtshauses angebunden an eine Klinik, diskutiert werden.

Die OptiMedis AG rät außerdem dazu, eventuell noch offene Fragen zur Abgrenzung der Verantwortlichkeiten zwischen Rettungsdienst und Hebammen, die gesetzlich nicht ausreichend geregelt sind, zwischen den Beteiligten zu klären. Besonders relevant sind hierbei eine eindeutige und klare Notfalldefinition und eine Erläuterung der Konsequenzen für die Beteiligten vor Ort. Des Weiteren bedarf es auf Bundesebene einer langfristigen Sicherung der Finanzierung der Geburtshilfe.

Um dem wahrgenommenen Hebammenmangel („nicht versorgte Frauen“) entgegenwirken zu können, ist es zudem unumgänglich, diesen auch solide hinsichtlich fehlender Personenanzahl und Leistungen quantifizieren zu können. Zu diesem Zweck bedarf es zunächst einer vollständigen und systematischen Erfassung von Hebammenleistungen, was durch eine verpflichtende Dokumentation der Hebammenleistungen (idealerweise in der Berufsordnung) oder eine routinemäßige systematische Abfrage durch die Bezirke erreicht werden kann.

---

### Maßnahme 3.2: Systematische Erfassung der Hebammenleistungen als Grundlage für die Ermittlung der tatsächlichen Bedarfe über eine zentrale Stelle bei „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“

**Verantwortlich:** Anleitung und Sammlung durch „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“, Festlegung der Indikatoren mit Unterstützung des Hebammenverbandes

**Zeitraumen:** Ein Jahr; danach evtl. kontinuierliche Weiterführung

---

Ausgehend von einer lokalen/regionalen Quantifizierung des Hebammenbedarfs können so regionale Versorgungsstrukturen aufgebaut werden und Engpässe durch bessere Allokation in Angriff genommen werden.

Selbstverständlich setzt dies voraus, dass ebenfalls Sorge getragen wird, dass durch eine kontinuierliche Ausbildung Hebammennachwuchs auch langfristig vorhanden ist. Dazu ist zum einen eine Ausdehnung der Ausbildungskapazitäten erforderlich, zum anderen müssen Anreize geschaffen werden, um die Ausbildung vor Ort attraktiver gestalten zu können und dann perspektivisch die so ausgebildeten Fachkräfte auch binden zu können.

Dies kann z. B. dadurch ermöglicht werden, dass für die Ausbildungszeit des Externats Fahrkarten und Wohnungen für die Studierenden vor Ort angeboten werden (und diese Angebote z. B. in den Schulen ausgeschrieben werden).

Die bundesweite Diskussion über die Hebammenvergütung und Haftpflichtprämien – so wichtig und sinnvoll sie auch ist – ist potenziell geeignet, abschreckend auf mögliche Berufsanfänger und Auszubildende zu wirken. Um dem entgegenzuwirken, bedarf es auf kommunaler Ebene für den Hebammenberuf werbender Aktionen.

Dazu können dem Hebammenverband zur Verfügung stehende mediale Kanäle genutzt werden, eine Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten ist bereits geplant (z. B. im Marienkrankenhaus Lübeck) und wird von Hebammenverband und Land unterstützt.

Maßnahmen zur Attrahierung und Bindung von Fachpersonal sind jedoch nicht allein auf die Hebammen auszurichten, sondern sollten auch auf die Sicherung der (Weiter)Besetzung der gynäkologischen Praxen ausgerichtet sein.

Zwar liegt rein rechnerisch noch eine Überversorgung im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie des GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014) in der gynäkologischen Versorgung in Schleswig-Holstein vor (LT-Drucks. Schleswig-Holstein, 18/3338) – insbesondere liegt derzeit in Ostholstein ein Versorgungsgrad von 142,2 und in Nordfriesland von 110,9 vor (Landesausschuss Schleswig-Holstein 2016). Der Anteil der Gynäkologen mit einem Alter von über 60 Jahren lag für das Jahr 2014 aber mit 24,1 % bereits leicht über dem Bundesdurchschnitt (23,3 %) (Klose und Rehbein 2016).

Deutschlandweit werden für die Attrahierung der nachkommenden Ärztegeneration in die ländlicheren Regionen verschiedene Ansätze erprobt. Neben finanziellen Anreizen für Praxisgründer durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (Modelle u.a. in Thüringen, Niedersachsen, Brandenburg, Bayern), gehen einzelne Orte auch neue Wege, um gerade die Schlüsselanreize für die Jungärzte wie geregelte Arbeitszeiten, Freihalten von unternehmerischer Belastung (Investitionskosten, Organisationslast) für sich zu nutzen, so z.B. Büsum im Kreis Dithmarschen (Albrecht 2016). Soweit muss man angesichts der Versorgungszahlen in den Kreisen Ostholstein und Nordfriesland noch nicht gehen, gleichzeitig sollte aber auch nicht zu lange abgewartet werden, bis die Situation heikel wird. Es bietet sich derzeit daher auch ein Modell an, das durch einen übergeordneten Ansprechpartner – hier würde sich „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“ anbieten – dem Bedürfnis der jüngeren Generation nach Unterstützung und Steuerung Rechnung trägt und sie, ggf. ergänzt um weitere lokale Anreize in Kooperation mit den Kommunen, so von der Weiterbildung in eine Niederlassung vor Ort führt (Gesundes Kinzigtal 2016).

---

### Maßnahme 3.3: Standortattraktivität für Fachpersonal (Hebammen, Gesundheitsberufe, Ärzte) verbessern

**Verantwortlich:** Kommunen, in Teilen Landesregierung und Fachverbände/ Organisation durch „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“

**Zeitraumen:** Konzeptentwicklung ein Jahr / darauf aufbauende Projektdurchführung mindestens drei Jahre

---

Die Sicherstellung eines hohen Niveaus in der geburtshilflichen Versorgung hängt auch an der kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung der Akteure in den besonderen Begebenheiten. Zentral ist auf Basis der obigen Ergebnisse, dass alle Beteiligten im Umgang mit Risikopatientinnen gezielt weitergebildet werden und auf sie zugeschnittene Angebote vorhalten. Außerdem erfordert der potenzielle Einsatz von telemedizinischen Tools

eine Anleitung und Instruktion der Akteure im Umgang damit. Wie schon beschrieben, sollte der Rettungsdienst zum Thema Geburtshilfe gesondert geschult werden (siehe oben).

#### 6.4. Sicherheitsgefühl und Optimierung der Notfallversorgung

Maßgeblich für eine Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung ist es, der Schwangeren als Zentralfigur diejenige Sicherheit und Unterstützung zukommen zu lassen, die sie in dieser höchst bedeutsamen und wichtigen Lebensphase benötigt. Dazu gehört auch – neben einer Verbesserung der Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen –, der Schwangeren Unsicherheitsgefühle bezüglich ihrer Situation in der Schwangerschaft und rund um die Geburt zu nehmen.

Dies kann jedoch nur dann gelingen, wenn tatsächlich eine klare Festlegung von Abläufen und Verantwortlichkeiten über den gesamten Schwangerschaftsverlauf zwischen den Akteuren besteht und diese auch entsprechend einheitlich kommuniziert werden. Hierbei ist die Herstellung von Transparenz über die Versorgungsangebote von großer Wichtigkeit. Dies muss dann auch über eine einheitliche Informationsbroschüre, die bei allen Ansprechpartnern vor Ort zu erhalten ist, erfolgen. Allein diese Prozesssicherheit gewährleistet als eine ineinandergreifende Kette von Abläufen und Akteuren, dass risikobegünstigende Zeitverzögerungen und Informationsdefizite nicht auftreten. Dann kann auch das Leitbild der Geburt als natürlicher Vorgang, der nicht primär risiko- und unsicherheitsbelastet ist, wieder in den Fokus rücken. Die Schwangere kann sich so wieder auf die natürlichen physiologischen Geburtsabläufe verlassen, fasst Vertrauen und weiß sich in ein unterstützendes, helfendes Netzwerk eingebettet (Stichwort: Empowerment).

---

##### Maßnahme 4.1: Erstellung einer einheitlichen Informationsbroschüre über das geburtshilfliche Versorgungsangebot auf Landkreisebene

**Verantwortlich:** „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“ (in Abstimmung mit den Akteuren vor Ort)

**Zeitraumen:** Max. neun Monate

---

Darüber hinaus muss aber auch für den Notfall ein funktionierendes und absolut zuverlässiges System verfügbar sein. Auch bei einer Bündelung der Maßnahmen zur Vermeidung von Notfallsituationen und einem Ausbau der präventiven Angebote wird deren Eintritt leider nie gänzlich verhindert werden. Auch liegt es in der Natur der Sache, dass nicht alle geburtshilflichen Situationen erfolgreich versorgt werden können – zunächst einmal unabhängig vom Ort des Geschehens. Daher kann das Ziel neben der Reduzierung des Risikos immer nur eine Optimierung der existierenden Notfallsysteme sein.

Dazu können folgende Maßnahmen empfohlen werden:

„Drohende Geburten“ sind im rettungsdienstlichen Alltag eher selten und stellen in der Regel eine Herausforderung für die Besatzungen dar. Da nun aufgrund der strukturellen Veränderungen in den Kreisen mit einer tendenziellen Steigerung der Einsätze bzw. einer gesteigerten Anforderung an die Kollegen gerechnet werden

muss, ist eine ziel- und praxisorientierte Weiterbildung des ärztlichen und nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals zu empfehlen. Dazu wird aktuell vom im Herbst 2015 neu gegründeten Institut für Rettungs- und Notfallmedizin am Universitätsklinikum SH ein spezifisches Konzept erstellt.

Zudem sollte die prioritärere Behandlung der Anrufe im Kreißaal und eine entsprechende Schulung des Personals gesichert werden. Kommt es beispielsweise auf einer Insel zu einem Notfall, muss der Helfer vor Ort (i. d. R. Hebamme oder Rettungspersonal) stets die Möglichkeit haben, mit dem Kreißaal des Zielkrankenhauses umgehend Kontakt aufzunehmen. Auch die schnellstmögliche Versorgung beim Eintreffen kann damit eingeleitet werden.

---

#### Maßnahme 4.2: Umsetzung eines gezielten und kontinuierlichen geburtshilflichen Schulungskonzepts für den Rettungsdienst

**Verantwortlich:** Landkreise als Träger des Rettungsdienstes (Konzept durch Land initiiert)

**Zeitraumen:** Voraussichtlich max. sechs Monate

**Finanzierung:** Rettungsdienst

---

In den Voruntersuchungen hat sich gezeigt, dass das Boardingangebot insbesondere in der DIAKO in Flensburg schon heute eine gute Resonanz hat und von den Schwangeren auf den Inseln zunehmend in Anspruch genommen wird. Dies ist sicherlich auch bedingt durch die Anpassung der Rahmenbedingungen auf die Bedürfnisse der Schwangeren und Familien. Attraktivitätssteigernd scheint sich dabei vor allem eine unmittelbare Kliniknähe der Unterbringung sowie die Möglichkeit eine Kinderbetreuung auszuwirken. Vor diesem Hintergrund ist anzuregen, auch die Boardingangebote der anderen Kliniken stärken an den Anforderungen der Schwangeren/Familien auszurichten. Erste Schritte dazu sind bereits eingeleitet. Zentraler Punkt für die Akzeptanz des Boardings scheint jedoch dessen individuelle Gestaltbarkeit und Bedarfsgerechtigkeit, insbesondere in Bezug auf die Unterbringungsdauer. Die mehrfach fälschlicherweise als Mindestdauer kommunizierten 14 Tage vor Geburtstermin wären so richtigerweise lediglich als Orientierung zu benennen, die abhängig von dem je individuellen Risiko auch kürzer geplant werden können. Mit den oben beschriebenen Maßnahmen in der vorgeburtlichen Versorgung wird der Betreuungsprozess sehr viel intensiver, individueller und abgestimmter, die Entscheidung, wann eine Frau tatsächlich von der Insel in ein Boarding gehen sollte, kann dann interdisziplinär getroffen und kurzfristiger entschieden werden. Wichtig bleibt allerdings, bei allen Akteuren Einheitlichkeit über die Vorteilhaftigkeit des Boardings herzustellen und den Frauen die Angst zu nehmen, lange Zeit unnötig weit weg von Zuhause und der Familie sein zu müssen. Für besondere Fälle kann eine Haushaltshilfe für die auf der Insel verbleibenden Kinder auf Antrag bei der Krankenkasse entsprechend der Regelung z. B. für Mütterkuren (s. Muttergenesungswerk, nicht Reha) beantragt werden.

Für besondere Notsituationen auf den nordfriesischen Inseln, insbesondere den Luftrettungs-Sonderfall, erscheint ein „Rendezvous“-System mit geburtshilflich/neonatologisch besetztem Hubschrauber – wie es bereits

existiert – sinnvoll. Kommt es auf einer der Inseln zu der Situation, dass trotz eines durch die Hebamme festgestellten Bedarfs kein Geburtshelfer und/oder Neonatologe zur Verfügung steht und die Frau die Insel nicht mehr verlassen kann (aufgrund der Geburtssituation oder der fehlenden Anbindung), kann ein entsprechend besetzter Hubschrauber bei der Rettungsstelle angefordert werden. Die konkreten Abläufe, v. a. zur Verfügbarkeit der Besatzung sind im Detail noch zu definieren. Vor diesem Hintergrund erscheint eine klare und langfristige Entscheidung, ob und wie weit eine Vorhaltung spezifischer Notfalloptionen (z. B. Bereitschaft Gynäkologe auf Föhr) bestehen bleiben soll notwendig.

### 6.5. Qualitätssicherung und Evaluation

Die bisher vorhandenen Daten rund um die geburtshilfliche Versorgung sind leider häufig nur Leistungszahlen der jeweiligen Institutionen (Geburten pro Krankenhausstandort, Rettungseinsätze). Es fehlen aber Daten, um die Qualität der Versorgung pro Landkreis (oder auch noch tiefer pro Gemeinde) und über den Gesamtprozess überhaupt messen und beurteilen zu können.

Als Maßnahme empfehlen wir hier eine Zusammenführung der Daten der einzelnen Krankenkassendaten zumindest auf Kreisniveau, besser noch auf Gemeindeniveau (dann mit Untergrenzen für die Auswertung, um keine Datenschutzprobleme zu produzieren). Damit könnten auch ggf. auftretende Versorgungsbrüche identifiziert und die durch sie produzierten Qualitäts- und Kostenprobleme analysiert werden. Darauf basierend kann dann in den oben bereits diskutierten Qualitätszirkeln eine qualifizierte Verbesserung der Versorgung in den drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der geburtshilflichen Versorgung regionalspezifisch angefasst werden.

---

#### Maßnahme 5.1: Zielgerichtete Auswertung der PLZ-bezogenen geburtshilflichen Daten der Krankenkassen als Grundlage für weitere Qualitätsmessungen und Identifikation des Optimierungspotenzials

<b>Verantwortlich:</b>	Steuerung „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“, ggf. Unterstützung bei Auswahl der Parameter und Auswertungsspezifika durch externe Experten, Ausführung und Auswertung durch entsprechend qualifiziertes Institut mit entsprechendem Data-Warehouse mit Datensichersicherung
<b>Zeitraumen:</b>	Eineinhalb Jahre von Ansprache der Krankenkassen(-verbände) und Einholung ihrer Mitarbeitsbereitschaft bis zur Implementierung, anhaltendes Monitoring über mehrere Jahre, ab dem vierten Jahr Einführung in die Landesstatistik

---

Im Zusammenhang mit Qualitätskennziffern werden aktuell in der Literatur folgende Aspekte diskutiert (Loytved 2016, AQUA Institut 2015):

- › Gemeinsame Entlassung von Mutter und Kind nach stationärem Aufenthalt
- › Niedrige Interventionsraten, insbesondere niedrige Sectorate (ohne postpartale Probleme)

- › Hohe Rate an Frauen, die eine normale Geburt erleben (und keine postpartalen Probleme)
- › Selbstbestimmung der Frau in Bezug auf ihre Versorgung und die Wahl des Geburtsortes
- › Hohe Rate an stillenden Müttern
- › Niedrige Früh- und Fehlgeburtenrate
- › Geringe Rate an psychischen Störungen der Mutter nach der Geburt (postpartale Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Angststörung)

Zudem bieten sich für die Kreise spezifische Parameter an. Dies könnten beispielsweise sein:

- › Entwicklung Notfalleinsätze auf den Inseln
- › Entwicklung Nutzung der Hebammen-Rufbereitschaft
- › Anteil Schwangere mit rechtzeitiger Überweisung auf das Festland
- › Nutzung Boarding und Entwicklung Boardingdauer
- › Entwicklung primäre/sekundäre Sectoraten

---

**Maßnahme 5.2: Festlegung und regelhaftes Monitoring konkreter Qualitätsparameter für das „Partnerschaftsmodell Mutter-Hebamme-Arzt in Schleswig-Holstein“ sowie gesundheitsökonomische Evaluation**

**Verantwortlich:** Steuerung „**Vernetzungsagentur Geburtshilfe**“ unter Integration aller fachlichen Experten, z. B. in der Expertengruppe „Geburtshilfe“ (siehe oben), Ausschreibung bei entsprechend befähigten wissenschaftlichen Instituten

**Zeitraumen:** In Verbindung mit 5.1 – und ergänzend zu den GKV-Routinedaten

---

## 6.6. Vernetzungsagentur Geburtshilfe

Ein gesamthafter Sicherstellungsauftrag für die ambulante wie stationäre Geburtshilfe, der einem Akteur zuweisen wäre, existiert nicht. Vielmehr bestehen auch im Bereich der Geburtshilfe – wie oben dargestellt – sektoral getrennte Zuständigkeiten für die Sicherstellung der Versorgung der Schwangeren.

- › Die Sicherstellung der Versorgung im ambulanten Bereich obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (haus- und fachärztliche Versorgung) nach § 75 Abs. 1 i.V.m. § 73 Abs. 2 SGB V. Sie organisiert auch den ärztlichen Bereitschaftsdienst (vgl. § 75 Abs. 1b SGB V).
- › Die Vorhaltung ausreichender Kapazitäten in der stationären Versorgung – und damit auch der Geburtshilfe – erfolgt durch die Länder. Ihnen obliegt der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung der Bevölkerung (Janda, 210). Inhalt des Sicherstellungsauftrages ist gem. § 1 KHG, die flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten. Dazu stellt das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren den Krankenhausplan für das Land Schleswig-Holstein gem. § 6 Abs. 1 i.V.m. § 1 KHG, §§ 2ff. AG-KHG auf.

- › Die geburtshilfliche Versorgung im Notfall erfolgt dabei primär durch den Rettungsdienst (der eine verpflichtende Selbstverwaltungsaufgabe der Kreise ist, § 6 Abs. 2 RDG).
- › Die Vergütung der Leistungen im Bereich der Geburtshilfe läuft entsprechend dem Grundsatz „Geld folgt der Leistung“ analog zu den oben dargestellten Verantwortlichkeiten in der Sicherstellung. Das heißt, im ambulanten Bereich (einschließlich des Bereitschaftsdiensts) erfolgt die Vergütung aufgrund des Sachleistungsprinzips grundsätzlich von den Krankenkassen über die Kassenärztlichen Vereinigungen hin zu den Leistungserbringern (Janda, 78, 195). Im stationären Bereich stellen die Krankenkassen ihren Versicherten die Leistung der Geburtshilfe mittels der zugelassenen Krankenhäuser als Sachleistung zur Verfügung (§ 39 Abs. 1 SGB V) und kommen über die Vergütung im Rahmen des DRG-Systems so für die Betriebskosten der stationären Versorgung auf (Janda, 238-240).
- › Das Land Schleswig-Holstein und die Kreise bzw. kreisfreien Städte gewähren zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung Fördermittel betreffend die Investitionskosten nach §§ 9, 11 KHG, §§ 1 Abs. 2, 6ff. AG-KHG (Einzel- und Pauschalförderung). Somit liegt im stationären Bereich gem. § 4 KHG gegenwärtig eine duale Finanzierung vor (Friedrich 2010, 524).
- › Für die belegärztlich durchgeführte Geburt erfolgt die Vergütung ebenfalls von den Kassen über die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Ärzte (Janda, 195, 231) und über die Beleg-DRG an das Krankenhaus.
- › Die Hebammen werden auf Basis der Hebammen-Vergütungsvereinbarung zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband auf Grundlage von § 134a SGB V vergütet.
- › Die Finanzierung des Rettungsdienstes erfolgt dabei bzgl. der Investitionskosten grundsätzlich durch den Kreis (§ 8 Abs. 1 S. 1 RDG), bzgl. der Betriebskosten durch Benutzungsentgelte, die die Krankenkassen übernehmen (§§ 8 Abs. 1 S. 2, 8a RDG).

Der GKV-Spitzenverband hat bereits 2014 folgendes Fazit gezogen: „Kommt es zu weiteren Schließungen von geburtshilflichen Abteilungen in den Kliniken und damit zwangsläufig einhergehenden Schließungen von Geburtshäusern und Kündigungen der Vertragshebammen mit Geburtshilfe, kann es künftig einen Versorgungsengpass in der Geburtshilfe geben. Es sind dann Maßnahmen zu ergreifen, um die geburtshilfliche Versorgung der Versicherten in Deutschland nicht zu gefährden. So sind insbesondere die Landesregierungen gefordert, ihren Sicherstellungsauftrag für die Geburtshilfe auch künftig im Sinne der Versicherten adäquat umzusetzen.“ (GKV-Spitzenverband 2014).

Damit die Geburtshilfe in Schleswig-Holstein und in den Landkreisen, u. a. Nordfriesland, zukünftig sichergestellt werden kann, sollte auch die Koordination über die Fach-, Berufs- und Sektorengrenzen institutionalisiert werden. Die OptiMedis empfiehlt daher den Aufbau einer **„Vernetzungsagentur Geburtshilfe“**. Die Vernetzungsagentur sollte vor allem koordinierende und vernetzende Aufgaben auf Landes- und Kreisebene in Fragen der Geburtshilfe übernehmen und sollte dabei unterstützt werden durch einen ehrenamtlichen Beirat, bestehend aus Vertretern des Hebammenverbands, des Berufsverbands der Frauenärzte und Vertretern der Kliniken. Die Aufgaben könnten durch eine private oder gemeinnützige Organisation erbracht werden, an die

der Auftrag zur Etablierung und Betrieb der Vernetzungsagentur vergeben wird. Die Agentur sollte dem **Gemeinsamen Landesgremium nach §90a SGB V** fachlich zugeordnet werden<sup>2</sup>. Das Gemeinsame Landesgremium erscheint hierfür ideal, weil dieses die gesetzlichen Aufgaben hat, Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abzugeben und auf die Regionen bezogene Versorgungsstrukturen zu entwickeln (Ausführungsgesetz zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 27. April 2012). Über das Gemeinsame Landesgremium sind unter dem Vorsitz des Sozialministeriums nicht nur die relevanten Akteure wie Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhausgesellschaft in die sektorübergreifende Koordination der Geburtshilfe eingebunden, auch die Kommunen wären über ihre Spitzenverbände vertreten<sup>3</sup>. Ein möglicher Sitz der Vernetzungsagentur könnte der Standort Niebüll des Kreisklinikums Nordfriesland sein. Für die sektoren- und berufsübergreifende Bedarfsplanung in der Geburtshilfe sowie zu Evaluationszwecken wäre es hilfreich, wenn dem Gemeinsamen Landesgremium bzw. der Vernetzungsagentur **relevante Versorgungsdaten** zur Verfügung gestellt würden.

#### Maßnahme 6.1: Etablierung einer „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“

<b>Verantwortlich:</b>	Landesregierung Schleswig-Holstein (Sozialministerium) bzw. Gemeinsames Landesgremium nach §90a SGB V.
<b>Organisation:</b>	Aufbau einer Vernetzungsagentur, die dem Gemeinsamen Landesgremium nach §90a SGB V zugeordnet bzw. dort errichtet wird. Vergabe der Aufgaben an private oder gemeinnützige Organisationen möglich.
<b>Zeitraumen:</b>	Fortlaufend

<sup>2</sup> Je nach Organisations- und Rechtsform sind die Fragen der Fach-, Dienst- und Rechtsaufsicht, nach Sitz und nach Finanzierung, z. B. in Form eines Fonds (siehe unten) zu klären.

<sup>3</sup> In dem 2013 gegründeten Gemeinsamen Landesgremium sind weiterhin Vertreter der Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer, der Pflege und von Patientenorganisationen vertreten.

In Tabelle 3 sind die geplanten Maßnahmen und ihre Laufzeit auf einen Blick dargestellt.

Ziffer	Maßnahme	Dauer
1.1	Formalisierte Vereinbarung zwischen Hebammen und Geburtshelfern zur Zusammenarbeit (I) / Siegelverleihung (II)	Sechs Monate (I); sechs Monate (II)
1.2	Indikatorenentwicklung zur Qualitätssicherung des Gesamtprozesses der Geburtsbegleitung im Rahmen des „Partnerschaftsmodells Mutter-Hebamme-Arzt In SH“	Acht bis zehn Monate
1.3	Prüfung der Möglichkeiten für alternative Geburten und Erstellung einer Entscheidungshilfe zur sicheren Geburt	Zwölf Monate
2.1	Gründung einer Expertengruppe „Risiko-Score-Tabelle Geburtshilfe“	Vier Monate
2.2	Erstellung eines adaptierten Risikobogens und entsprechender Behandlungspfade sowie Auswahl und Bewertung unterstützender Lösungen	Neun bis zwölf Monate
3.1	Ausweitung der Rufbereitschaftsoptionen der Hebammen	Mindestens zwölf Monate
3.2	Systematische Erfassung der Hebammenleistungen als Grundlage für die Ermittlung der tatsächlichen Bedarfe	Mindestens zwölf Monate
3.3	Konzept Standortattraktivität für Fachpersonal verbessern: Konzeptentwicklung (I); Projektdurchführung (II)	Zwölf Monate (I); mindestens drei Jahre (II)
4.1	Erstellung einer einheitlichen Informationsbroschüre über das geburtshilfliche Versorgungsangebot auf Landkreisebene	Neun Monate
4.2	Umsetzung eines gezielten und kontinuierlichen geburtshilflichen Schulungskonzepts für den Rettungsdienst	Sechs Monate
5.1	Zielgerichtete Auswertung der PLZ-bezogenen geburtshilflichen Daten der Krankenkassen als Grundlage für weitere Qualitätsmessungen und Identifikation des Optimierungspotenzials.	Fortlaufend
5.2	Festlegung und regelhaftes Monitoring konkreter Qualitätsparameter für das „Partnerschaftsmodell Mutter-Hebamme-Arzt in Schleswig-Holstein“ sowie gesundheitsökonomische Evaluation	Fortlaufend
6.1	Etablierung einer Vernetzungsagentur beim Gemeinsamen Landesgremium	Fortlaufend

Tabelle 3: Übersicht der Maßnahmen und deren Dauer

### Schlussbemerkung

In den Fachgesprächen mit den Akteuren und an den Runden Tischen in beiden Kreisen wurde oftmals kontrovers diskutiert. Dabei wurden zwei Dinge deutlich: Zum einen ein erfreuliches gegenseitiges Verständnis, zum anderen aber auch die berufsspezifisch durchaus unterschiedlichen Perspektiven, die nicht immer zum Konsens gebracht werden konnten. Dennoch sollte betont werden, dass alle Beteiligten immer wieder ihr Interesse und ihre Bereitschaft zur konstruktiven Zusammenarbeit gezeigt haben. Diese herrschende positive Haltung sollte nun genutzt werden, um die Geburtshilfe in Schleswig-Holstein gemeinschaftlich zu gestalten.

Ziel der vorgestellten Maßnahmen ist eine zukunftsorientierte, nachhaltige und bedarfszentrierte Entwicklung der Geburtshilfe, die sich insbesondere auf die in Schleswig-Holstein vorherrschenden ländlichen Strukturen ausrichtet. Mit einer grundsätzlichen Orientierung an der Geburt als ein von Natur aus physiologischer Prozess erfolgt eine an der individuellen Situation von Frau und Kind ausgerichtete vorgeburtliche Versorgung, in gemeinschaftlicher und konsentierter Mitwirkung aller Berufsgruppen. Damit kann über einen gleichzeitigen Abbau von medizinisch nicht sinnvollen Maßnahmen bei problemlosen Schwangeren und dem gezielten Ausbau der Versorgung von schwangeren Frauen mit Risiko eine insgesamt optimierte geburtshilfliche Situation geschaffen werden. Auch der strukturierte fachliche Austausch zwischen Hebammen und Ärzten lässt aufgrund der unterschiedlichen Ausrichtungen positive Veränderungen in der vorgeburtlichen Betreuung erwarten. Mit der Stärkung der Rolle der Hebammen und einer Ausweitung der Möglichkeiten in der Begleitung der Frauen wird gerade in Regionen mit größeren Entfernungen bis zur nächsten klinischen Struktur Kontinuität und Sicherheit bei allen Beteiligten geschaffen werden. Zusätzlich sollte ein strukturell und fachlich adaptiertes Notfallsystem ausgebaut und bei Bedarf angepasst werden, das transparent kommuniziert und von den Fachgruppen konsentiert getragen wird. Um Versorgungsqualität absichern zu können, ist die Entwicklung und kontinuierliche Evaluation entsprechender Qualitätsindikatoren unverzichtbar. Auch die gesundheitsökonomischen Auswirkungen auf Kosten und Nutzen der Interventionen sollten erfasst und ausgewertet werden, um ein anpassbares und lernendes System zu schaffen. Um die entstehenden Aufgaben und interprofessionellen Kommunikationen überhaupt organisieren, strukturieren und steuern zu können, ist die Gründung einer „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“ dringend zu empfehlen.

Bei Erfolg bietet das Modell Geburtshilfe in Schleswig-Holstein zahlreiche Chancen, als Vorbild und Grundlage für zahlreiche andere Regionen zu dienen.

## 6.7. Exkurs

### Alternative I: Finanzierungsfonds

Es erscheint der OptiMedis AG sachgerecht, für die oben unter 6.1 bis 6.6 beschriebenen Aufgaben einen **sektorübergreifenden Finanzierungsfonds Geburtshilfe** zu entwickeln, der ausschließlich für die zusätzlich sicherzustellenden Aufgaben, d. h. nur jenseits der in den Sektoren geregelten Zuständigkeiten und Finanzierungen, eine stabile und nachhaltige Finanzierung organisiert.

Typische Herausforderungen solcher sektorübergreifender Finanzierungen sind:

- › Die Einigung über einen Verteilungsschlüssel und den zu erwartenden Nutzen für die jeweils Beteiligten
- › Die jeweilige Entscheidungsfindung in den unterschiedlichen Organisationen (inkl. der Frage, ob sie überhaupt einen gesetzlichen Auftrag für derartige Finanzierungen haben)
- › Die Problematik, dass einmal entstandene Finanzierungen kaum jemals wieder „heruntergefahren“ werden können, da sich eine gewisse Verselbstständigung der geschaffenen neuen Organisationen zeigt. Diese entwickeln ihrerseits ein wirtschaftliches Interesse, die Fortdauer der Finanzierung zu rechtfertigen (und dazu das gesellschaftliche Problem, das den Anlass zur Gründung gab, immer weiter zu betonen, um die Fortdauer der Finanzierung zu rechtfertigen).
- › Die häufige „Projektfinanzierung“ zunächst für einen begrenzten Zeitraum, dann aber genau mit der Folge, dass nicht die Lösung des Problems im Fokus liegt, sondern die Rechtfertigung für die fortgesetzte Anschlussfinanzierung

Die Autoren schlagen vor, diesen Finanzierungsfonds als einen Fonds zu entwickeln, der sich dem Konzept verschreibt, das im Deutschen als „wirkungsorientiertes Investieren“, im Englischen als „Social Impact Investment“ benannt wird. Der Ansatz des wirkungsorientierten Investierens ist in Deutschland noch eher ein Nischenthema und wird von wenigen Pionieren vorangetrieben. Die wachsende Dynamik ist jedoch unverkennbar: Seit 2012 hat sich das investierbare Vermögen in wirkungsorientierte Investitionen in Deutschland verdreifacht – von 24 auf fast 70 Millionen Euro (Bertelsmann Stiftung 2016). Der Grundgedanke ist einfach: Gerade im sozialen Bereich, aber auch im Gesundheitssektor tritt der Nutzen eines Investments oft erst deutlich später und oft auch nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit (und nur bei größeren Kohorten) ein. Die Kosten des Investments sind aber heute anstehend. Gleichzeitig kann sich der Nutzen auch noch gelegentlich auf mehrere Nutznießer verteilen. Wirkungsorientiertes Investieren hat insofern die „Wirkung“ im Fokus und will einen sozialen, ökologischen oder gesundheitlichen Nutzen für die Gesellschaft erreichen. Es misst dazu anhand jeweils zu bestimmender Indikatoren diesen Nutzen und will über einen längeren Zeitraum hinweg auch eine Rendite für das investierte Kapital erreichen. Die Rendite soll dem Risiko gemäß sein, muss aber nicht auf dem Niveau von klassischen Start-Up-Investitionen liegen. Die Idee, privates wirkungssuchendes Kapital für die Lösung sozialer Probleme zu mobilisieren, zeigt bislang in angelsächsischen Ländern mit liberalen Wohlfahrtsstaaten die schnellste Verbreitung. Sie ist 2013 unter der britischen Ratspräsidentschaft auf europäischer Ebene weiter vorgebracht worden. In Deutschland ist die Idee des wirkungsorientierten Investierens noch relativ neu.

Laut einer im Januar 2016 von der Bertelsmann Stiftung vorgelegten Studie setzen sich mehrere Bundesministerien für diese Art des wirkungsorientierten Finanzierens ein. „Neben dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), das sich seit Jahren über die Förderung von Sozialunternehmen auch

für eine verbesserte Finanzierung einsetzt, prüft aktuell auch das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi), wie bestehende staatliche Gründungsförderungsprogramme auf Sozialunternehmen übertragen werden können. Die Bundesagentur für Arbeit prüft derzeit, ob eine Pilotierung von SIBs zur nachhaltigen Integration von SGB-II-Beziehern in den ersten Arbeitsmarkt auf Jobcenter-Ebene unterstützt werden kann.“ (Bertelsmann Stiftung, 2016 S. 11)

Wie könnte jetzt eine konkrete Lösung für die Herausforderung einer Optimierung der geburtshilflichen Versorgung in den beiden Landkreisen Nordfriesland und Ostholstein aussehen?

Der größte wirtschaftliche Nutzen kann nach unserer Auffassung bei den Krankenkassen erzeugt werden. Ob aber ein solcher Nutzen auch tatsächlich eintritt, ist heute noch nicht sicher. Es muss also zunächst eine gesicherte Daten- und Kostenübersicht geschaffen werden und das Projekt zur Erreichung ausreichender Sicherheiten über mehrere Jahre hinweg engmaschig monitort und in der Entwicklung der Kostenfolgen für die Krankenkassen hin evaluiert werden. Nutznießer dieses innovativen Finanzierungsansatzes sind:

- › Das Land Schleswig-Holstein: Sein (eher immaterieller) Nutzen besteht in der Umsetzung des Sicherstellungsauftrags, vgl. oben.
- › Die Landkreise: Wirtschaftlicher Nutzen in Folge der Vermeidung der Abwanderung junger Familien aus den Regionen ohne nahe gelegene geburtshilfliche Kliniken / Absicherung der Situation schwangerer Touristinnen
- › Die Krankenkassen: Soweit eine gute risikostratifizierte geburtshilfliche Versorgung erfolgreich unnötige Rettungsdiensteinsätze und Krankenhausaufenthalte verhindert sowie einen geringeren Prozentsatz problematischer Outcomes für Neugeborene und Mütter generiert, sind vergleichsweise geringere Kosten für die Krankenkassen zu erwarten.
- › Die Schwangeren und ihre Familien: Immaterieller Nutzen in Form von Sicherheit, dem Nehmen von Ängsten und dem Empfinden guter Versorgung. Materieller Vorteil in Form der Minimierung von Zusatzaufwänden durch zu frühe Unterbringung der Schwangeren in Städten mit entsprechend ausgestatteten Kliniken.

Die lokalen Arbeitgeber und Unternehmen: Vermeidung der Abwanderung junger Familien und Frauen mit der Aussicht auf Schwangerschaft und damit Erhaltung von Arbeits- und Wirtschaftskraft in den Regionen.

1. Ein sektorübergreifender Finanzierungsfonds könnte folgende Modellierung haben:

- › Klassische Projektfinanzierung mit einer Laufzeit von drei Jahren mit einem Verteilungsschlüssel von 20% Landkreise, 30% Land Schleswig-Holstein, 50% Krankenkassen (aufgeteilt untereinander entsprechend dem Mitgliederschlüssel). Die Projektfinanzierung der Landkreise und des Landes wird auch nach den drei Jahren fortgesetzt, allerdings nur noch in der Hälfte der Höhe wie in den ersten drei Jahren.
- › Klar definierte und kommunizierte Ankündigung der Reduktion der Projektfinanzierung durch die Krankenkassen ab dem 4. Jahr auf die Hälfte des Volumens (Ersatz durch eine Erfolgsfinanzierung) und nach dem 6. Jahr auf Null bei fortbestehender Erfolgsfinanzierung.
- › Dafür erklären sich die Krankenkassen bereit, die auf der Basis der begleitenden Evaluation ermittelten eingesparten Aufwände für die Frauen und Neugeborenen jeweils für den Zeitraum der Schwangerschaft und die die drei Monate danach sowie die gesundheitsökonomische Hochrechnung, soweit z. B.

Langzeiteffekte durch vermiedene Folgeschäden entstehen ab dem 4. Jahr dem Fonds zur Verfügung zu stellen<sup>4</sup>.

- › Parallel soll durch eine „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“ als Management des Fonds aktiv eine Einwerbung von privaten Spenden und Sponsoring durch lokale Unternehmen betrieben werden.
- › Ziel ist eine weitgehende Selbstfinanzierung des Fonds ab dem 7. Jahr aus privaten Spenden, Sponsoring sowie dem Return aus dem geschaffenen Nutzen zugunsten der Krankenkassen und nur noch einer geringfügigen Fortsetzung der Finanzierung durch die Landkreise und das Land.

In einer schematischen grafischen Darstellung (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) könnte die Finanzierung über die Zeit in etwa wie folgt aussehen (sofern die erwarteten Kostensenkungen für die Krankenkassen auch eintreten):

### Ungefähre Zusammensetzung des Budgets des Sektorübergreifenden Finanzierungsfonds Geburtshilfe – in der Veränderung über die Jahre

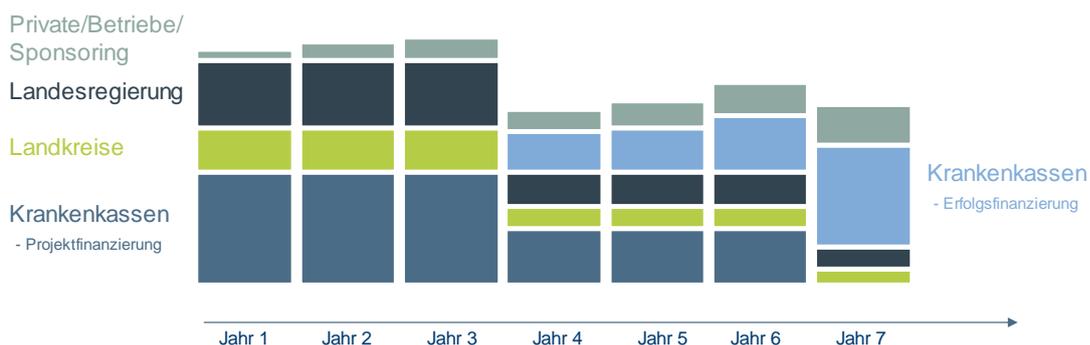


Abbildung 7: Zusammensetzung des Budgets des Sektorenübergreifenden Finanzierungsfonds

#### Alternative II: Komplexfinanzierung

In den Niederlanden begann vor etwa zehn Jahren nach einer Analyse der kindlichen Todesfallquoten unter und vor der Geburt eine Diskussion über andere Vergütungs- und Versorgungsformen. Dies stand in Verbindung mit einem Trend zur Verringerung der Hausgeburten von ca. 32% in 1995 zu ca. 16% in 2013. Zurzeit wird ein Modell eines „Bundled Payment“ diskutiert, das die Finanzierung zusammenführen will. Zunächst wurde dabei überlegt, eine einheitliche Vergütung für die gesamte geburtshilfliche Versorgung in Höhe von ca. 5.500€ bis 6.500€ in Abhängigkeit vom Alter der Mutter, dem Bildungsstand und dem sozialen Status aber unabhängig vom Ort der Geburt (Hausgeburt, Geburtshaus, Klinik) und der Entbindungsform (physiologisch

<sup>4</sup> Das Rechenmodell sollte unbedingt exakt gesundheitsökonomisch entwickelt werden. Hierin sollten die Pro-Kopf-Kosten für die Schwangeren der betroffenen Landkreise und deren Gesamtsumme vor Beginn der Intervention evaluiert werden und gegenüber denen gestellt werden, die jeweils pro Jahr in der Folge entstehen. Da dies aber einer Einführungs- und Umstellungszeit bedarf und darüber hinaus die Datenverfügbarkeit und Evaluation einer gewissen Zeit bedarf, sehen wir einen Start der Erfolgsfinanzierung erst mit dem vierten Jahr vor. Die deutschlandtypische Kostensteigerung sollte natürlich jeweils berücksichtigt werden. Zusätzlich sollten die Kosten der Neugeborenen berücksichtigt werden, letztere mit einer Hochrechnung der für sie zu erwartenden Folgekosten. Hintergrund ist die Annahme und Zielvorstellung, dass mit diesem Modell für die Krankenkassen Kostenvorteile durch zwei Effekte entstehen: zum einen sind bei Neugeborenen weniger Folgeschäden aufgrund von Geburtskomplikationen sowie bei den Schwangeren durch die optimierte Absprache und Betreuung weniger problematisch Verläufe (sowie Transport- bzw. Rettungskosten) zu erwarten. Gleichzeitig ist auch mit einer Reduktion der Sectorate zu rechnen.

Geburt oder Sectio) zu vereinbaren. Darin inbegriffen sollte die gesamte Versorgung sein - durch Hebammen wie durch niedergelassene Gynäkologen oder durch Kliniken. Nur im Fall eines Abbruchs der Geburt vor dem Ablauf von 16. Schwangerschaftswochen sollte ein anderer Betrag gezahlt werden, nach der 16. SSW würde auch bei einer Fehlgeburt der obige Satz gelten. Das Ministerium verändert diese Überlegung aber aktuell zu einem komplexeren Vergütungsmodell. Dabei sollte eine Fehlgeburt bis inkl. der 16. SSW weiterhin durch eine Pauschale vergütet werden, danach sollte dann eine Unterscheidung zwischen „regulären“ und „komplexen“ Fällen eingeführt werden. Sowohl für die pränatale, wie die postpartale Phase würden damit dann vier unterschiedliche Pauschalen entstehen, die durch eine weitere Mutterschaftspauschale für die Nachsorge noch ergänzt würden.

Diese Pauschalen würden an Versorgungsnetze ausgezahlt, die sich aus Gynäkologen (bzw. den Krankenhäusern, in denen die meisten Gynäkologen angestellt sind) und den Hebammen sowie den zumeist größeren regionalen Organisationen zusammensetzen, in denen Versorgungsleistungen erbracht werden (diese werden „Maternity Care“ genannt und können etwa mit Haushaltshilfen junge Familien zusätzlich unterstützen). In zahlreichen Regionen der Niederlande haben sich solche Versorgungsnetze schon gebildet und dafür unternehmerische Strukturen entwickelt, die aber durchaus nicht konflikt- und interessenfrei sind. So stellt sich u.a. die Frage nach der Leitung (Krankenhaus oder freiberufliche Hebammen oder aber durch hebammengeleitete Geburtszentren etc.) (Expertengespräche mit Struijs / Pröpper 2016).

Einschätzung: Zweifellos sollte die Entwicklung in den Niederlanden eng verfolgt werden, dazu wäre es auch interessant, einen Vor-Ort-Besuch zu planen. Drei Argumente scheinen der OptiMedis AG aber aktuell gegen die Entwicklung einer ähnlichen Überlegung zu sprechen:

1. Die aktuelle sektorierte Finanzierung grundlegend zu verändern, würde voraussichtlich mehrere Jahre dauern und damit eine Lücke für die Optimierung der Versorgung in den beiden Landkreisen produzieren.
2. Der Organisationsgrad der einzelnen Berufsgruppen ist in Deutschland deutlich geringer als in den Niederlanden. Deshalb ist die Gründung einer neutralen Organisation „Vernetzungsagentur Geburtshilfe“ voraussichtlich zum einen deutlich schneller möglich und zum anderen auch konfliktärmer.
3. Die Anreizstruktur des niederländischen Modells birgt einige Risiken. Es könnte ein Anreiz darin stecken, die kostengünstigste Geburtssituation auch unter Inkaufnahme einer Risikoerhöhung für Mutter und Kind zu wählen. Sehr wahrscheinlich werden in dem holländischen Modell Hindernisse gegenüber einer solchen Gefährdungsoption eingeführt werden und engmaschige Qualitätsanforderungen gestellt werden; dafür lagen uns zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Berichts aber noch keine Unterlagen vor.

### Alternativen III

Es gibt eine Reihe weiterer Finanzierungsoptionen, die für die Optimierung der Geburtshilfe im Land Schleswig-Holstein sowie in den beiden Landkreisen eingesetzt werden könnten. Einen Überblick über die grundsätzlichen Optionen der Finanzierung, deren Vor- und Nachteile sowie eine Einschätzung für die Nutzbarkeit gibt Tabelle 4.

	Pro	Contra	Bewertung
<b>Innovationsfonds nach § 92a SGB V</b>	Bei Erfolg eines Antrags für die Entwicklung eines sektorübergreifenden Finanzierungsfonds und einer Vernetzungsagentur Geburtshilfe entsteht eine gesicherte Finanzierung für Organisationsleistungen (außerhalb der Regelversorgung) über bis zu vier Jahre.	<p>Relativ hoher Aufwand zur vollständigen Antragstellung – geschätzt &gt; 60.000 €</p> <p>Die Fortsetzung der Finanzierung über die Regelversorgung später muss bereits mitgedacht werden.</p> <p>Verzögerung des Verfahrens</p>	<p>Soweit Landesregierung/Kassen zur Antragstellungsfinanzierung bereit sind, spricht durchaus einiges für eine solche Antragstellung.</p> <p>Lt. G-BA-Innovationsausschuss ist für 2017 ein zweistufiges Verfahren für die innovativen Versorgungsformen vorgesehen, d. h., der Aufwand für die initiale Antragstellung ist voraussichtlich niedriger als im bisherigen einstufigen Verfahren. Eine Unterstützung des Antrages durch das Land und das Gemeinsame Landesgremium (§90a-Gremium SGB V) erhöht die Erfolgchancen.</p>

	Pro	Contra	Bewertung
	Bei Evaluationserfolg anschließend gute Chance für weitergehende Finanzierung über die Regelversorgung.	Unsicherheit, ob der Antrag Erfolg haben wird, sowie Unsicherheit bzgl. der Dauerhaftigkeit (dies ließe sich aber durch entsprechende vertragliche Zusagen der Krankenkassen absichern).	<p>Ein gewisses Risiko einer Ablehnung ist muss als gegeben angesehen werden. Der Erfolg des Antrags liegt insofern nicht in der eigenen Hand von Schleswig-Holstein.</p> <p>Andererseits sollte die Entwicklung eines sektorübergreifenden Finanzierungsfonds und einer Vernetzungsagentur Geburtshilfe durchaus ein förderfähiges Modell sein, das sowohl für andere Regionen in anderen Bundesländern wie aber auch für ähnliche Problemstellungen Vorbildcharakter entwickeln könnte.</p>
	Wissenschaftliche Evaluation verpflichtend (und wird ebenfalls daraus finanziert)	<p>Fallzahlen/Regionen möglicherweise zu klein</p> <p>Option: Für eine zweite Stufe, z. B. ab 2. oder 3. Jahr eine Eskalierung vorsehen mit weiteren Regionen aus Deutschland (z. B. Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg)</p>	Positive Bewertung

	Pro	Contra	Bewertung
<b>Präventionsgesetz</b>	Inhaltlich in großen Teilen durchaus geeignet.	Beschränkt auf eindeutig präventive Leistungen	Regelung über Landesrahmenvereinbarung
	Sektoren- und professionsübergreifend angelegt sowie alle Krankenkassen beteiligt.		Sollte nach einer Einigung in der Landesrahmenvereinbarung zur Teilfinanzierung genutzt werden.
<b>IV-Verträge nach § 140a SGB V („Besondere Versorgung“)</b>	Managementstruktur kann (und muss) etabliert werden.	Der Aufwand für die Vertragsentwicklung ist nicht zu unterschätzen und kann sich leicht auf 50.000 € belaufen.  Problematik der teilweisen Abdeckung der Frauen – nur bei den Krankenkassen, die sich dem Vertrag anschließen.	Bisher in der Geburtshilfe nur als Instrument zur Differenzierung und als Marketinginstrument bzw. der Erhöhung der Attraktivität und der Versichertenbindung genutzt; Chancen auf hohen Durchdringungsgrad gering.
	Finanzierung kann weitgehend frei geregelt und auch zwischenzeitlich angepasst werden.	Höhere Unsicherheit für die Leistungspartner, evtl. geringerer Durchdringungsgrad bei teilnehmenden Leistungspartnern.	Empfehlung: nur im Fall der Nichteinigung mit den Krankenkassenverbänden auf einen Finanzierungsfonds als Ultima Ratio wieder aufnehmen.
<b>Modellvorhaben</b>	Sichere Finanzierung und KV-Beteiligung erlaubt Beteiligung aller Kassen.	Hoher Aufwand für die Vorbereitung und Aushandlung	Bei Mitwirkung aller Akteure relativ kurzfristig umsetzbar. Der Gesetzgeber hat zusätzlich auch die hinderlichen

	Pro	Contra	Bewertung
			Vorgaben der Notwendigkeit der Satzungsaufnahme gerade in der Änderung.
<b>Integration in Budgetverhandlungen</b>	Eine Andockung der Vergütungsströme an die Krankenhäuser (und von dort Weiterleitung) ließe eine Beteiligung aller Kassen möglich werden (sogar auch der Privatversicherungen).	Unsicherheit über Stetigkeit und Abhängigkeit der anderen Leistungspartner vom dauerhaften Goodwill der Krankenhäuser	Möglicherweise die "einfachste" Lösung, evtl. auch als "Rückfalloption" nutzbar, wenn andere Lösungen nicht funktionieren.
<b>Strukturfonds Krankenhaus</b>	Finanzierungsvolumen direkt im Land SH verfügbar und zu entscheiden (ohne Entscheidungen Dritter).	Gilt nur im direkten Zusammenhang mit Schließungen von stationären Kapazitäten.	Im Zusammenhang mit einer endgültigen Schließung der Geburtshilfe in Niebüll anwendbar.  Denkbar wäre die räumliche Ansiedlung der „Vernetzungsagentur“ an das Krankenhaus in Niebüll.
<b>Landesmittel/ Kreis-mittel</b>	Entscheidungsfähigkeit direkt vor Ort	Die Übernahme von Kostenverantwortlichkeiten, die eigentlich in der Zuständigkeit von Krankenkassen/Kassenärztlichen Vereinigungen liegen, lässt Unsicherheiten entstehen (evtl. Prüfungsverfahren durch die Aufsicht).	Keine dauerhaft nachhaltige Lösung

	Pro	Contra	Bewertung
	Zuständigkeit gegeben für Frühe Hilfen.	Das Ausmaß der Zuständigkeit ist eher gering.	Der Anteil „Frühe Hilfen“ sollte weiterhin durch die Kreismittel finanziert werden
	Netzwerkverantwortliche für Frühe Hilfen als Kreisangestellte kennt ohnehin die Szenerie	Die Netzwerkverantwortliche für "Frühe Hilfen" hat bisher keine Zuständigkeit	Die Netzwerkverantwortliche für "Frühe Hilfen" sollte auf jedem Fall eingebunden werden

*Tabelle 4: Finanzierungsoptionen*

## 7. Literaturverzeichnis

- Abuzahra, M. *Mutter-Kind-Pass: Ein internationaler Vergleich zu den Untersuchungen an schwangeren Frauen*. Wien: Institut für Health Technology Assessment der Ludwig Boltzmann Gesellschaft, 2009.
- Albrecht, H. „DIE ZEIT Nr. 32/2015, 6. August 2015.“ *zeit.online*. 2016. <http://www.zeit.de/2015/32/landarzt-aerztmangel>.
- AQUA Institut. *Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2014 - 16/1 Geburtshilfe*. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, 2015.
- AQUA Institut. *Geburtshilfe Indikatoren 2014*. AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, 2015.
- Bauer K, et al. „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland.“ *AWMF Leitlinien*, 2005: 1-8.
- Berghella V, Rafael T, Szychowski JM, Rust OA, Owen J. „Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth.“ *Obstet Gynecol*, 2011, 117 Ausg.: 663-671.
- Bertelsmann Stiftung. *Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2012.
- Bertelsmann Stiftung. *Social Impact Investment in Deutschland 2016: Kann das Momentum zum Aufbruch genutzt werden?* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2016.
- Blitzer E, Schneider A, Wenzlaff P, Hoyme UB, Siegmund-Schultze E. „Self-testing of vaginal pH to prevent preterm delivery: A controlled trial.“ *Dtsch Arztebl Int*, 2011: 81-86.
- Bundesministerium für Gesundheit. *GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - Änderungen für Hebammen*. 2016. <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz/aenderungen-fuer-hebammen.html>.
- Bundesverband der Frauenärzte. „Handlungsabläufe frauenärztlicher Schwangerenvorsorge nach den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).“ München, 2016.
- Cochrane Database. *Cochrane search „prevention and preterm labour“*. 2016.
- Crane JM, Hutchens D: „Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review.“ *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31: 579–87, 2008: 579-587.
- Dachverband Osteologie (DVO). „Leitlinie Osteoporose.“ [http://www.dv-osteologie.org/dvo\\_leitlinien/osteoporose-leitlinie-2014](http://www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/osteoporose-leitlinie-2014). 2016.
- Deutscher Kinderschutzbund. „Hintergrundpapier „Babylotse“.“ [http://www.kinderschutzbund-frankfurt.de/c/Babylotse\\_Hintergrundpapier.pdf](http://www.kinderschutzbund-frankfurt.de/c/Babylotse_Hintergrundpapier.pdf). 2016.
- Di Mario S, et al. *What is the effectiveness of antenatal?* Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2005.
- Fertmann, R. *Hebammenversorgung in Hamburg*. Hamburg: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Gesundheit, 2015.
- Flood K, Malone FD. „Prevention of preterm birth.“ *Seminars Fetal Neonat Med*, 2012: 58-63.
- Friedrich, U. „Kommunaler Sicherstellungsauftrag zur Krankenhausversorgung.“ In *Krankenhausrecht. Praxishandbuch*, von Stefan Huster und Markus Kaltenborn, 513ff. München: C.H.Beck, 2010.

- Gemeinsamer Bundesausschuss. *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung*. Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA, 2014.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“)*. Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA, 2014.
- Geschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen. *Jahresauswertung 2011-Geburtshilfe 16/1*. Hamburg: BQS, 2012.
- Gesundes Kinzigtal. *Praktische Zukunft. Junge Ärzte im Kinzigtal*. 2016. <http://praktischezukunft.de/>.
- GKV-Spitzenverband. „Zusammenfassung des GKV-Spitzenverbandes als Ergänzung zum Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe "Versorgung mit Hebammenhilfe".“ 2014, 8f.
- Günter M, Scharf A, Hillemanns P et al. „Analyse der Niedersächsischen Perinataldatenerhebung der Jahre 1987 bis 1999.“ *Z Geburtshilfe Neonatol*, Nr. 211(1) (2007): 27-32.
- Hansen, H. *kleinerdrei*. 2016. <http://kleinerdrei.org/2015/05/elend-ohne-ende-warum-wir-keine-loesung-fuer-die-geburtshilfe-finden/>.
- Ickovics JR, Earnshaw V, Lewis J, et al. „Cluster Randomized Controlled Trial of Group Prenatal Care: Perinatal Outcomes Among Adolescents in New York City Health Centers.“ *Ickovics J, et al. Cluster Randomized Controlled Trial of Group Prenatal Care: Perinatal OutAm J Public Health*, 2016: 359-365.
- IGES Institut. „Bundesweite Erhebung zur Hebammenversorgung, Versorgungs- und Vergütungssituation der außerklinischen Geburtshilfe.“ 2012.
- Janda, C. *Medizinrecht*. Konstanz: UVK, 2013.
- Jonat W, et al. „Zentrumsbildung in der Gynäkologie und Geburtshilfe.“ *Gynäkologe*, 2010: 202-220.
- Klose, J, und I Rehbein. „Ärztatlas 2015. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten.“ *Wissenschaftliches Institut der AOK*. 2016. [www.wido.de/fileadmin/.../wido\\_amb\\_pub-aerzteatlas2015\\_0615.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/.../wido_amb_pub-aerzteatlas2015_0615.pdf).
- Kongress Armut und Gesundheit. „Kooperationsverbund gesundheitsziele.de: Gesundheit rund um die Geburt - Teilziele und Umsetzungsmaßnahmen.“ *fruehehilfen.de*. 2016. <http://www.fruehehilfen.de/fruehehilfen/aktuelles/kongress-armut-und-gesundheit-2016-gesundheit-ist-gesetzt/>.
- Krauskopf, D. *Soziale Krankenversicherung. Praxiskommentar*. München: C.H.Beck, 90. EL 2015.
- Lally, S. *Transforming Maternity Care: A bundled Payment Approach*. 2013.
- Landesausschuss Schleswig-Holstein. „Anlage 5 zum Beschluss des Landesausschusses vom 26.01.2016.“ *Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein*. 2016. <https://www.kvsh.de/KVSH/index.php?StoryID=904>.
- Landesregierung, federführend Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung. *Drucksache 18/2027 (neu): Situation und Perspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein*. Schleswig-Holsteinischer Landtag, 18. Wahlperiode, 16.6.2014.
- Landesregierung, federführend Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung. *Drucksache 18/3338: Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein - Derzeitige Situation und Zukunftsperspektiven* -. Schleswig Holsteinischer Landtag, 18. Wahlperiode, 8.8.2015.
- Lang K, Brand C, Renner I, et al. *Datenreport Frühe Hilfen, Wie werden Angebote der Frühen Hilfen genutzt?* Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2015.

- Langer A, Frei F, Molle J. *Sozialräumlich orientierte Analyse von Bedarfen, neuen Bedarfsgruppen und Angebotsformen für Familienzentren im Kreis Ostholstein*. Kiel: Deutsches Institut für Sozialwirtschaft e.V., 2015.
- Loytved, C. *Qualitätsbericht 2014 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Auerbach: Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. , 2016.
- Milupa Nutricia GmbH. *Geburtenliste Deutschland 2015*. Milupa Nutricia GmbH, 2016.
- Murphy, DJ. „Epidemiology and environmental factors in preterm labour.“ *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* , 2007: 773-789.
- NHS England. *The maternity pathway payment system: Supplementary guidance*. NHS England, 2014.
- Partridge S, et al. „Inadequate prenatal care utilization and risks of infant mortality and poor birth outcome: a retrospective analysis of 28,729,765 U.S. deliveries over 8 years.“ *Amer J Perinatol*, 2012: 787-794.
- Romero R, Nicolaides K, Conde-Agudelo A, et al.: „Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and meta-analysis of individual patient data.“ *Am J Obstet Gynecol*, 2012: 1-19.
- Schäfers R, Kolip P. *Gesundheitsmonitor 2015*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2015.
- Schild S, Schling RL. „Evidenzlage des Anamnesekatalogs im deutschen Mutterpass.“ *Gynäkologe* 87 (2009): 87-92.
- Schleußner, E. „Drohende Frühgeburt: Prävention, Diagnostik und Therapie.“ *Dtsch Arztebl Int*, 2013: 227-236.
- Struijs JN, de Bruin-Kooistra M, Heijisuk R, Baan CA. „Op weg naar integrale bekostiging van den geboortezorg.“ In Druck.

## 8. Anhang

### 8.1. Ergebnisse der Bestandsaufnahme und Befragungen der Experten vor Ort in Schleswig-Holstein

#### 8.1.1. Ostholstein

› Einschätzung der freiberuflichen Hebammen

Für den Kreis Ostholstein sahen die freiberuflichen Hebammen – die derzeit nicht geburtshilflich tätig sind – bei der seinerzeit bestehenden Versorgungssituation Defizite, insbesondere im Bereich der Notfallversorgung. Für die Schwangeren bedeutet die Entwicklung der Verlagerung der stationären geburtshilflichen Versorgung nach Eutin, dass sie größere Entfernungen bis zur nächsten Geburtsklinik in Kauf nehmen müssen, die sie i.d.R. unbetreut zurücklegen. Nach Einschätzung der Hebammen könne dies den Eintritt von Notfällen begünstigen, wenn die Frauen nicht mehr rechtzeitig losfahren. Vor allem nachts und am Wochenende fehle den Frauen eine geburtshilfliche Betreuung, die der für Notfälle zuständige ärztliche Notdienst und Rettungsdienst so nicht leisten könne. Eine Hebammenrufbereitschaft sei nicht eingerichtet, ebenso fehlten alternative Möglichkeiten der Ansprache. Es sei daher eine Verunsicherung bei den Schwangeren spürbar festzustellen. Diese Unsicherheit über die Einschätzung ihrer medizinischen Situation, zuständige Ansprechpartner und die Frage, ob die Klinik rechtzeitig erreicht werden könne, führe im Zusammenspiel mit den sehr weiten Wegen bis in die Kliniken zu vielen Fehlfahrten und Mehrfachvorstellungen der Schwangeren in der Klinik.

Eine hebammenbegleitete Geburtshilfe, die diese Unsicherheiten zu mindern geeignet wäre, findet in Ostholstein (zumindest im Nordkreis) oft nicht mehr statt. Hintergrund dafür ist die bundesweit bestehende Problematik steigender Versicherungsprämien für geburtshilfliche Leistungen. 2014 sahen sich die Hebammen in Ostholstein daher wirtschaftlich gezwungen, die geburtshilfliche Hebammenversorgung einzustellen und sich auf Vor- und Nachsorgeleistungen zu beschränken. Ohne eine Versicherung ist es den Hebammen aber rechtlich nicht gestattet, die Frauen bei Einsetzen der Wehen zu begleiten (z.B. auch nicht im Rettungswagen).

Gerade für Notfälle hielten die Hebammen das ehemals bestehende Notfallkonzept für noch nicht ausreichend. In der damaligen Situation habe ein geburtshilflicher Notfall vom Rettungsdienst allein versorgt werden müssen. Auf diesen sehr herausfordernden Fall der Geburtshilfe sei das Rettungsdienstpersonal in seiner Ausbildung aber nur unzureichend vorbereitet.

Die Hebammen bemängelten, dass auch generell eine unzureichende Vernetzung bzw. Kommunikation mit den anderen Akteuren, d.h. den Kliniken und den Gynäkologen, feststellbar sei.

Das Angebot des Boarding sahen die Hebammen als nicht kompensatorisch für eine gute Betreuung kurz vor oder während der Geburt. Dementsprechend sei die Bereitschaft, das Boardingangebot zu nutzen, bei den betroffenen Frauen auch sehr gering.

› Einschätzung der Gynäkologen in Ostholstein

Die niedergelassenen Gynäkologen äußerten in den Vor-Ort-Gesprächen eine vorsichtig positive Einschätzung der geburtshilflichen Versorgung. Mit Ausnahme der Sondersituation auf Fehmarn sei die

geburtshilfliche Versorgung inzwischen so eingespielt, dass kein wirkliches Sicherheitsproblem bestehe. Dennoch konstatierten die Gynäkologen, dass – zum damaligen Zeitpunkt – ein Notfallkonzept eigentlich nicht vorhanden gewesen sei.

Obgleich die Gynäkologen die Regelversorgung als gesichert betrachteten, identifizierten sie dennoch Verbesserungsmöglichkeiten. So gaben die Gynäkologen an, Kapazitätsengpässe bei den Hebammen für die Vor- und Nachsorge der Schwangeren festzustellen. Kapazitätsprobleme sahen die Gynäkologen ebenso für das Sana-Klinikum Eutin (v.a. den Kreißaal und das Boarding betreffend) – mit zum Teil negativen Auswirkungen auf die Entlass-Situation bzw. die Nachsorge.

Generell wurde der Wunsch nach einer Verbesserung der Kommunikation mit den Hebammen und den Kliniken geäußert.

Einen erhöhten Versorgungsbedarf durch Flüchtlingsfrauen im Kreis sahen sie als durchaus relevant an.

› Einschätzung der SANA-Kliniken Ostholstein und des Sana-Klinikums Eutin

Die SANA-Kliniken Ostholstein und das Sana-Klinikum Eutin sahen die geburtshilfliche Versorgungssituation jedenfalls für den weit überwiegenden Schwerpunkt der Geburtshilfe im stationären Bereich als solide und bewährt an. Ein Sicherheitsproblem besteht aus ihrer Sicht nicht. Als Ansatzpunkt für Verbesserungen (insbesondere der viel diskutierten Situation der Hebammen) wurde allerdings die Integration neuer Hebammen in das Kreißaalteam (über einen externen Hebammenpool organisiert) genannt.

Das bestehende Boarding-Konzept sahen die Vertreter gerade für Schwangere mit Risikoindikationen als positiv an, dennoch ist eine bedarfsgerechte Anpassung (v.a. Optionen unmittelbar auf dem Klinikgelände) in Planung. Auch von Seiten der Klinikvertreter wurde als Zielvorstellung eine verstärkte und koordinierte Kommunikation mit den niedergelassenen Gynäkologen und mit den freiberuflichen Hebammen betont.

› Einschätzung der Vertreter des Hebammenpools (Sana-Klinikum Eutin)

Nach Einschätzung der Vertreter des Hebammenpools des Sana-Klinikums in Eutin ist die Versorgung im Nordkreis grundsätzlich stabil und gesichert. Auch seit Verlegung der Geburtshilfe aus Oldenburg sei kein Anstieg der Notfälle wahrnehmbar.

Dennoch stellten die Vertreter des Hebammenpools in ihrer Arbeit mit den Schwangeren eine gewisse Unsicherheit bei Beginn der Schwangerschaft fest. Diese bezöge sich vor allem auf Sicherheitsaspekte angesichts der deutlichen Entfernung zwischen ihrem Wohnort und der nächstgelegenen geburtshilflichen Klinikabteilung.

Bezüglich der stationären Versorgung berichteten die Hebammen, dass der Kreißaal und die Wochenstation zeitweise sehr voll seien, sie äußerten sich aber zuversichtlich, dass dies auch weiterhin zu bewältigen sei. Es sei jedoch deutlich zu beobachten, dass immer mehr Frauen in die Ambulanz kämen, die dann im Kreißaal versorgt werden müssten.

Die Vertreter des Hebammenpools sahen zudem einen Mangel an Hebammen für die Versorgung im Kreis, was zu Versorgungslücken in der Vor- und Nachsorge führe. Daher sei eine bessere Einbin-

derung und Zusammenarbeit mit externen Hebammen notwendig. Modelle, bei denen z.B. die Vorsorge- und Erstgespräche mit externen Hebammen durchgeführt würden, seien zum Teil umgesetzt. Hier sahen die Vertreter des Hebammenpools aber noch Ausbaupotentiale.

› Einschätzung des Rettungsdienstes

Die Vertreter des Rettungsdienstes gaben an, die Notfallversorgung habe sich etabliert. Dabei sei der Ablauf so, dass bei einer beginnenden normalen Geburt ein Rettungswagen (keine Notarztindikation) komme, bei Notfallindikationen (z.B. Frühgeburt oder weit fortgeschrittener Geburt) werde dieser durch einen Notarzt begleitet. Dem Wunsch der Schwangeren nach einer bestimmten Klinik werde in der Regel entsprochen, wenn keine „rettungstaktischen Erwägungen“ dagegensprächen. Liege eine medizinische Indikation vor, die für eine nähergelegene Klinik spreche, werde die Schwangere aufgeklärt und dorthin transportiert.

Infolge der vergrößerten Distanzen zur nächsten Klinik bestünde aber eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für den Eintritt geburtshilflicher Notfälle im Rettungswagen. Das Rettungsdienstpersonal sei daher bezüglich der Geburtshilfe bereits sensibilisiert und zusätzlich geschult worden.

Die Vertreter des Rettungsdienstes wiesen darauf hin, dass dieser sehr flexibel agieren und auf Umstrukturierungen in allen Bereichen der Versorgung von Notfallpatienten reagieren könne (z.B. Abmeldung einer Klinik für eine gewisse Zeit, Schließung ganzer Abteilungen). Sollte dies erforderlich sein, erfolgten organisatorische Änderungen.

### 8.1.2. Nordfriesland

› Einschätzung der freiberuflichen Hebammen auf Sylt

In den Vor-Ort-Gesprächen auf Sylt gaben die Hebammen an, eine starke Verunsicherung der Frauen auf den Inseln feststellen zu können, die aus der mangelnden Prozesssicherheit resultiere.

Zur Sicherheit der Schwangeren sei für die Inseln ein Notfallkonzept erarbeitet worden, das seit Oktober 2015 laufe und an dem zwei der drei Hebammen teilnahmen. Bei diesem sei eine Abdeckung der Dienste zu fast 100% gewährleistet. Aufgrund der bis dato sehr kurzen Laufzeit sei es aber noch kaum zu Einsätzen gekommen. Die Hebammen äußerten, dass hierbei die Organisation der Transporte teilweise noch problematisch gewesen sei.

Auch wenn die Hebammen eine Absicherung der Notfallsituation grundsätzlich begrüßten, empfanden sie die seinerzeitige Situation als noch nicht zufriedenstellend. Das läge zum einen daran, dass aus ihrer Sicht das Entstehen von Notfällen und daher notwendige Verlegungen mit dem Hubschrauber durchaus vermeidbar wären, wenn die Strukturen bis zum eigentlichen Transport besser abgestimmt wären. Zum anderen kritisierten die Hebammen die von ihnen festgestellte Tendenz, dass Geburtssituationen zunehmend als Notfallsituation wahrgenommen würden. Ziel wäre daher die Etablierung eines tatsächlichen „Hebammenrufes“, der gewährleiste, dass die Geburt wieder als physiologischer Vorgang in den Blick rücke. Die Hebammen sähen sich im Gegenzug auch bereit, mehr Verantwortung für die Situation der Schwangeren zu übernehmen und diese vom Erstkontakt nach dem Hebammenruf bis zur Geburt und ggf. darüber hinaus zu begleiten. Als essentiell für den Erfolg eines solch umfassenden Konzeptes sahen die Hebammen an, dass dieses (auch finanziell) nachhaltig abgesichert wäre.

Verbesserungspotential sahen die Hebammen zudem bei der Zusammenarbeit der Gynäkologen und Hebammen auf Sylt, diese sei bislang nur rudimentär vorhanden.

Angesichts der damaligen Situation stetig steigender Flüchtlingszahlen wünschten sich die Hebammen auch eine besondere Berücksichtigung von Flüchtlingsfrauen in der Planung. Dazu seien erste Projekte, wie ein „Migrantenfrühstück“ im Rahmen der Frühen Hilfen, etabliert worden. Ein separater Runder Tisch zum Thema sei aber wünschenswert.

› Einschätzung der freiberuflichen Hebammen auf Föhr/(Amrum)

Die freiberuflich tätigen Hebammen auf Föhr und Amrum nahmen ein mangelndes Sicherheitsgefühl bei den auf den Inseln lebenden Frauen wahr. Das Boardingangebot schätzten die Hebammen dabei als zu wenig auf die Bedürfnisse der Frauen angepasst ein. Das eingerichtete Notfallkonzept, an dem seinerzeit eine Hebamme teilnahm, wurde dabei unterschiedlich bewertet. Von einer Seite wurden gute Erfahrungen mit dem „Notfallsystem“ genannt, allerdings bestünde bislang zu wenig Prozesssicherheit und tatsächliche Nutzung. Von anderer Seite wurde Unzufriedenheit angesichts der ungeklärten/unsicheren Situation geäußert. Dennoch bestünde auch die Teilnahmebereitschaft einer weiteren Hebamme, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt wären. Diese seien eine zuverlässige Klärung der Verantwortlichkeiten im Verhältnis zum Rettungsdienst sowie eine Anhebung der Vergütung. In dem Vor-Ort-Gespräch machten die Hebammen deutlich, dass sie bereit seien, die Versorgung zu intensivieren und entsprechend Verantwortung zu übernehmen. Dabei sei ihnen insbesondere eine Sicherheit bzgl. der Finanzierung ihrer beruflichen Tätigkeit wichtig. Eine (Wieder-)Aufnahme geburtshilflicher Tätigkeiten in den Festlandkliniken sei dabei für sie genauso denkbar wie die Option, sich verstärkt an die gynäkologische Praxis anzuschließen. Die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Gynäkologen verlaufe jedenfalls gut.

› Einschätzung der DIAKO Flensburg (Level I, Perinatalzentrum)

Die Vertreter der DIAKO Flensburg berichteten, dass das Boardingangebot bei Ihnen bereits gut angenommen werde (2015: 43 Mütter von den Inseln; Ø Verweildauer sieben Tage), auch eine Kinderbetreuung sei vorhanden. Sie konnten weiter mitteilen, dass sie ein Konzept zur Verbesserung der Versorgung entwickelt hätten, das die Früherkennung von Risikoschwangerschaften im 3. Trimester über ein telemedizinisches Konzept (Tele-CTG/Ultraschall) ermögliche. Offen sei allerdings noch die Frage der Finanzierung. Mangelhaft sei aus ihrer Sicht aber, dass eine Rettungskette – gerade auf den Inseln – seinerzeit nicht ausreichend gesichert sei. Die Vertreter der DIAKO Flensburg äußerten zur weiteren Versorgungsverbesserung verschiedene Vorschläge. Ein deutlicher Anstieg der Geburtenzahlen habe zu einer höheren Auslastung geführt, sodass ein Kapazitätsausbau notwendig werde und daher sehr erwünscht sei. Ebenso sahen die Vertreter der DIAKO Flensburg Potentiale in der Zusammenarbeit, Kommunikation und Kooperation der Akteure. Sie kommunizierten daher in Richtung der Hebammen und Gynäkologen ihre Bereitschaft zur intensivierten Zusammenarbeit. Um dabei behilflich zu sein, die viel diskutierte Situation der Hebammen zu verbessern, und angesichts eines bei ihnen festgestellten Hebammenbedarfs äußerten sie das Angebot an die Hebammen, ihnen Teilanstellungen zu ermöglichen.

› Einschätzung des Klinikum Nordfriesland/Husum (Level IV, Geburtsklinik ohne angeschlossene Kinderklinik)

Die Vertreter der Kliniken Nordfriesland und Husum schilderten stabile Geburtenzahlen. Das Boardingangebot werde bei ihnen leider kaum genutzt. Um das Angebot attraktiver zu gestalten, seien weitere Anpassungen an die Bedürfnisse der Schwangeren in Planung. Die Klinikvertreter stellten einen Bedarf an Hebammen fest; eine Integration der freiberuflichen Hebammen auf den Inseln in den Kreißaal sei daher grundsätzlich zu begrüßen.

Angesichts der damaligen Situation steigender Flüchtlingszahlen nahmen die Klinikvertreter auch das Problem wahr, dass viele Flüchtlingsfrauen unversorgt in die Ambulanzen und die Notaufnahme kämen.

## 8.2. Weitere diskutierte Optionen aus den Gesprächen

Zentraler Hebammennotruf (ähnlich NF)?

- › Idee: Sicherung der wohnortnahen Versorgung
- › Problem: regionale Begebenheiten und lange Wege für die Hebammen
- › Notwendig wäre ein zentral in OH angesiedelter Hebammenpool, der aber kaum verfügbar und damit umsetzbar wäre.

Storchenwagen: Schwierigkeiten in der professionellen Besetzung (Hebamme, s.o.) und Stationierung

Kreißaal als Notfalloption in Oldenburg?

- › Idee: Deutliche Reduzierung der Transportwege im Notfall (insb. aus Fehmarn 75km->35km),
- › Problem: aktuell keine personelle Ausstattung 24/7 gewährleistet (insb. Anästhesie, Neonatologie): erhebliche Kosten für die Vorhaltung
- › Ggf. Fall zu Fall-Abklärung mit dem RTW/NAW (zumindest im Tagesbetrieb denkbar)

Geburtshelfer auf dem Hubschrauber (nur in Kombination mit Oldenburg sinnvoll)?

- › Kaum zeitlicher Gewinn, da mit allen Schritten (Aufnahme Arzt/Flug bis KH) ebenso viel Zeit beansprucht wird wie auf dem Landweg.

Gynäkologischer KV-Dienst (ggf. auch stundenweise)

- › Idee: Angebot für die Schwangeren bei unklaren Beschwerden, professionelle Filterfunktion für die Kliniken
- › Medizinisch eher wenig sinnvoll, da es in den meisten Fällen ohnehin einer Vorstellung in der Klinik bedarf (Notwendigkeit Labor, längerfristige Überwachung etc.)

Wochenendsprechstunde für die Ultraschalluntersuchungen

- › Idee: Wohnortnahe Versorgung zur Überbrückung des Wochenendes nach Überschreitung des geplanten Geburtstermins
- › Eher nicht notwendig, da 2-Tages Rhythmus (über Termin) weder evidenzbasiert noch in der Leitlinie verankert