

Mitteilung des Senats vom 28. Juni 2016**Guter Hoffnung – Geburtshilfe in Bremen verbessern**

Die Fraktionen Bündnis 90/Die Grünen und der SPD haben unter Drucksache 19/400 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

1. Welche Kenntnisse hat der Senat über die weitere Entwicklung der Geburtenzahlen im Land Bremen und im Einzugsgebiet aus Niedersachsen in den kommenden Jahren?

Im Land Bremen verfügen fünf Krankenhäuser über eine geburtshilfliche Fachabteilung (Bremen: Klinikum Links der Weser, St.-Joseph-Stift, Klinikum Bremen-Nord, DIAKO/Evangelisches Diakonie-Krankenhaus; Bremerhaven: Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide). Gemäß den Ergebnissen der Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes Bremen gab es im Jahr 2015 in den fünf geburtshilflichen Kliniken des Landes Bremen insgesamt 8 985 Geburten. Die 8 985 Frauen brachten 9 188 Kinder zur Welt, davon 9 125 lebend und 63 tot. Rd. 81,0 % der Geburten in 2015 entfielen auf die Geburtskliniken der Stadt Bremen, rd. 19,0 % auf die Geburtshilfe im Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide. Hinzu kommen außerklinische Geburten (Hausgeburten oder Geburten in einem Geburtshaus) in einer Größenordnung von ca. 280 (2014 = 276, Zahlen aus 2015 liegen noch nicht vor), sodass sich die Gesamtzahl an Geburten im Land Bremen im Jahr 2015 auf ca. 9 265 belief.

Eine Betrachtung der Entwicklung seit dem Jahr 2000 (siehe Anhang) zeigt einen Rückgang der klinischen Geburten bis zum Jahr 2005; seit dem Jahr 2011 verzeichnet die Zahl der Geburten einen kontinuierlichen Anstieg, der im Wesentlichen auf die Geburtskliniken in der Stadt Bremen entfällt. Gegenüber dem Jahr 2013 nahm die Zahl der Geburten in 2014 mit 8,5 % besonders stark zu – dies entspricht rd. 700 mehr Geburten als noch im Vorjahr. Eine mögliche Ursache hierfür kann im sukzessiven Abbau von geburtshilflichen Kapazitäten im niedersächsischen Umland gesehen werden (- 43 % in den vergangenen zehn Jahren).

Nach Einschätzung des Senats ist bis zum Jahr 2018 mit einem weiteren Anstieg der Geburten zu rechnen. Ab dem Jahr 2019 wird die Zahl der Entbindungen sukzessive zurückgehen und sich im Jahr 2030 ungefähr auf dem Ausgangsniveau des Jahres 2014 befinden. Ursächlich für die skizzierte Entwicklung sind die absehbaren Veränderungen in der (weiblichen) Bevölkerungsstruktur des Landes Bremen – auch unter Berücksichtigung der Flüchtlingszuwanderung.

Der Senat merkt an, dass verlässliche Aussagen zur Entwicklung der Geburtenzahlen nur schwer möglich sind, da die Vielzahl an Einflussfaktoren – Entwicklung des Geburtenanteils aus dem niedersächsischen Umland, Niveau und Struktur der Binnenwanderung zwischen dem Land Bremen und dem niedersächsischen Umland, Struktur und Niveau der Flüchtlingszuwanderung, Entwicklung der geburtshilflichen Kapazitäten – jeweils mit hohen Unsicherheiten behaftet sind.

2. Sind die räumlichen Kapazitäten für die derzeitige und zukünftige geburtshilfliche Versorgung ausreichend?

Nach Schließung der Geburtsklinik am Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2012 (verbunden mit einem Wegfall von Kreißsälen) kam es zu Verschiebungen in der geburtshilflichen Versorgung des Landes Bremen. Rückmeldungen der Krankenhäuser lassen darauf schließen, dass es einen Bedarf an zusätzlichen Kreißsälen und Eltern-Kind-Zimmern gibt – jedoch nicht in allen Geburtskliniken gleichermaßen. Abweisungen oder Verlegungen würden dabei nur dann vorgenommen werden, wenn es besondere Risikokonstellationen erforderlich machen.

- a) Wie viele Kreißsäle hält der Senat in Bremen für nötig?

Die Geburtskliniken im Land Bremen verfügen derzeit über insgesamt 22 Kreißsäle (davon 17 in der Stadt Bremen und fünf in der Stadt Bremerhaven). Nach Einschätzung der Krankenhäuser besteht vor dem Hintergrund des aktuellen Geburtenniveaus zusätzlicher Bedarf an drei bis vier Kreißsälen (alle im Stadtgebiet Bremen). Dem schließt sich der Senat an.

- b) Welche Überlegungen gibt es seitens des Senats, die Geburtshilfe im Klinikum Bremen-Mitte wieder zu öffnen?

Die Gesundheit Nord untersucht in Abstimmung mit der Aufsichtsratsvorsitzenden gegenwärtig, ob sich ein maximal versorgendes Perinatalzentrum im Rahmen des Bauvorhabens Klinikum Bremen-Mitte (KBM) inklusive der notwendigen Kreißsäle, eines Sectio-OP sowie geburtshilflicher Betten realisieren lässt.

- c) Wie viele Schwangere, und insbesondere Schwangere mit einer Risikoschwangerschaft, wurden in den letzten Jahren in Bremen abgewiesen und haben ihre Kinder in einem anderen Bundesland zur Welt gebracht?

Die geburtshilflichen Kliniken im Land Bremen berichten, dass in den letzten Jahren nur vereinzelt Schwangere in andere Bundesländer verlegt wurden (in der Regel nach Niedersachsen, insbesondere Oldenburg oder Hannover). Hierbei handelte es sich ausschließlich um Schwangere, deren besondere Risikokonstellation keine Versorgung in Bremer Krankenhäusern zuließ. Hiervon explizit abzugrenzen sind Verlegungen innerhalb des Landes Bremen, d. h. Verlegungen zwischen den Bremer Geburtskliniken. Nach Auskunft der Krankenhäuser werden seit dem Jahr 2013 zwischen 300 und 400 Schwangere pro Jahr an andere Geburtskliniken im Land Bremen weitergeleitet. Hierbei handelt es sich zum einen um Verlegungen, die aufgrund einer erhöhten Risikokonstellation durchgeführt werden (Notwendigkeit einer Level-1-Versorgung) und zum anderen um Verlegungen aufgrund von Kapazitätsproblemen.

- d) Ist die Anzahl der Eltern-Kind-Zimmer ausreichend?

Das bestehende Angebot an Eltern-Kind-Zimmern wird aus Sicht der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz als aktuell knapp angesehen.

- e) Wie oft kommt es zu Verlegungen, durch die Mutter und Kind zeitweise räumlich voneinander getrennt und somit in unterschiedlichen Krankenhäusern versorgt werden?

Eine getrennte Verlegung von Mutter und Kind erfolgt in allen befragten Krankenhäusern nur in medizinisch bedingten Ausnahmefällen und insbesondere dann, wenn eine chirurgische Weiterversorgung des Kindes notwendig ist. Die Krankenhäuser geben an, dass die Verlegung der Mutter kurze Zeit später stattfindet. Insgesamt erfolgt eine getrennte Verlegung von Mutter und Kind in 1 % aller Geburten.

3. Welche Erkenntnisse hat der Senat über die Bindungswirkung von Patientinnen und Patienten an Kliniken durch gute Erfahrungen in der Geburtshilfe?

Nationale und internationale Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Empfehlungen von anderen Frauen zu den wichtigsten Entscheidungskriterien im Zusammenhang mit der Wahl einer Geburtsklinik zählen (disziplinspezifische Bindungswirkung). Frauen mit positiven Geburtserfahrungen können somit eine Art Multiplikatoreffekt entfalten. In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass Frauen mit einer positiven Geburtserfahrung nicht nur Einfluss auf andere Frauen nehmen, sondern dass auch die Bindungswirkung der Frauen

selbst zu einer bestimmten Geburtsklinik bei einer positiven Geburtserfahrung hoch ist. Gerade im Zusammenhang mit Geburten ist anzunehmen, dass das Sicherheitsbedürfnis der Patientinnen und Patienten besonders ausgeprägt ist – eine positive Geburtserfahrung sollte bei Mehrgebärenden in einer Vielzahl an Fällen dazu führen, dass unter vergleichbaren Voraussetzungen erneut dieselbe Geburtsklinik aufgesucht wird.

Im Hinblick auf eine disziplinübergreifende Bindungswirkung von Patientinnen und Patienten durch gute Erfahrungen in der Geburtshilfe liegen dem Senat keine Informationen und keine spezifischen Studienergebnisse vor. Es ist anzunehmen, dass die Wahl eines Krankenhauses bei elektiven Eingriffen in erster Linie auf Basis von disziplinspezifischen Erfahrungswerten und/oder auf Basis von disziplinspezifischen Qualitätsergebnissen erfolgt (beispielsweise bezogen auf den Hüft- und Kniegelenkersatz). Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass auch positive Erfahrungen in gänzlich anderen Disziplinen dazu beitragen, dass sich Patientinnen und Patienten erneut für ein Krankenhaus entscheiden – auch wenn es sich um einen anderen Eingriff handelt.

4. Ist die Zahl der Hebammenstellen in den Bremer Kliniken ausreichend bemessen?

Mit der Einführung des DRG-Abrechnungssystems (Fallpauschalen) sind auch für Hebammen und Entbindungspfleger, vergleichbar zu den Pflegeberufen, Personalbemessungsgrenzen weggefallen. Vor Einführung des DRG-Systems wurde eine Personalbemessung für angestellte Hebammen und Entbindungspfleger von 780 Minuten pro Geburt, was 118 Geburten pro Hebamme und Entbindungspfleger pro Jahr für eine Vollzeitstelle bedeutete, vorgenommen. Dies war Grundlage für die Verhandlungen von Krankenhäusern und Krankenkassen zur Festsetzung der Pflegesätze im geburtshilflichen Bereich. Die Personalbemessung erfolgt jetzt in Eigenverantwortung der Krankenhäuser. Insgesamt ist die Zahl der Hebammenstellen in den Bremer Kliniken ausreichend bemessen.

- a) Wie viele Vollzeitstellen werden in den Kliniken vorgehalten, und wie viele können davon besetzt werden?

In den Geburtskliniken des Landes Bremen werden aktuell rd. 80 besetzte Vollzeitstellen für Hebammen und Entbindungspfleger vorgehalten. Die Krankenhäuser geben an, dass insgesamt ein bis zwei Vollzeitstellen für Hebammen und Entbindungspfleger unbesetzt sind. Die Zeit bis zur Wiederbesetzung beläuft sich den Krankenhäusern zufolge auf drei bis sechs Monate.

- b) Werden Besetzungsengpässe erwartet?

Aufgrund der schlechten Bewerberinnen- und Bewerberlage befürchten alle Geburtskliniken für die Zukunft Besetzungsengpässe.

- c) Wie ist die Bewerbungslage?

Fast alle Geburtshilfekliniken des Landes Bremen geben an, dass die Bewerberinnen-/Bewerberlage schwierig ist. Es gibt deutlich mehr offene Stellen als Bewerberinnen und Bewerber. Einige Kliniken haben aus diesem Grund eine Daueranzeige zur Suche von Hebammen und Entbindungspflegern geschaltet. Ausgenommen hiervon ist das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide, das aufgrund der Nähe zur Hebammenschule kaum Besetzungsprobleme hat.

5. Kann eine Eins-zu-eins-Betreuung von Hebamme zu gebärender Frau in den Kreißsälen umgesetzt werden?

Insgesamt zwei Krankenhäuser mit einer Geburtshilfe im Land Bremen geben an, dass eine Eins-zu-eins-Betreuung von Hebamme und Entbindungspfleger zu gebärender Frau in der Regel gewährleistet werden kann; explizit ausgenommen hiervon sind Belastungsspitzen mit vielen parallel verlaufenden Geburten. Ein Krankenhaus berichtet, dass eine Eins-zu-eins-Betreuung aufgrund des Hebammen- und Entbindungspflegerschlüssels nur punktuell erfolgen kann. Zwei Krankenhäuser geben an, dass eine Eins-zu-eins-Betreuung aufgrund der steigenden Geburtenzahlen überwiegend nicht sichergestellt werden kann.

6. Wie viele Frauen nehmen eine Hebamme für die ambulante Wochenbettbetreuung in Anspruch?

Dem Senat liegen hierzu – auch nach Rücksprache mit dem Hebammenlandesverband Bremen e. V. – keine offiziellen und belastbaren Statistiken für das Land Bremen vor.

- a) Gibt es Versorgungsgengpässe bei der ambulanten Wochenbettbetreuung durch Hebammen?

Der Hebammenlandesverband Bremen e. V. ist immer wieder mit Rückmeldungen von Schwangeren und Wöchnerinnen befasst, die keine Hebamme und keinen Entbindungspfleger finden. Dieser Eindruck wird durch entsprechende Rückmeldungen von freiberuflichen Hebammen und Entbindungspflegern bestätigt. Der Hebammenlandesverband e. V. kommt zu der Einschätzung, dass eine ausreichende Versorgung mit Hebammen- und Entbindungspflegerleistungen nicht flächendeckend sichergestellt ist, und rechnet in den nächsten Jahren demografiebedingt mit einer weiteren Verschlechterung der Versorgungssituation in Bremen und Bremerhaven.

- b) Welche Informationen über die Möglichkeit der ambulanten Wochenbettbetreuung werden schwangeren Frauen in welchen Sprachen über welche Verteilungswege zugänglich gemacht?

Der Hebammenlandesverband Bremen e. V. bringt im Abstand von zwei Jahren ein Hebammen- und Entbindungspflegerverzeichnis heraus, in dem sich neben den Kontaktdaten der freiberuflichen Hebammen und Entbindungspfleger auch ein Informationsteil zur Hebammenhilfe und den gesetzlichen Ansprüchen (jeweils in deutscher Sprache) sowie ein Register über die Fremdsprachenkenntnisse der einzelnen Hebammen und Entbindungspfleger befindet. Das Hebammen- und Entbindungspflegerverzeichnis erscheint in einer Auflage von 20 000 Exemplaren und wird an alle Frauenarztpraxen, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Schwangerenberatungsstellen sowie Kliniken geliefert. Mitte 2016 wird zudem die neue Homepage des Hebammenlandesverbandes Bremen e. V. online gehen, auf der es dann einen Infoteil für (werdende) Eltern in acht verschiedenen Sprachen geben wird (englisch, französisch, vietnamesisch, arabisch, türkisch, polnisch, russisch und spanisch).

7. Wie schätzt der Senat die Ausbildungssituation für Hebammen in Bremen und Bremerhaven ein?

Gemeinsam mit anderen Gesundheitsfachberufen hat die Ausbildung zur Hebamme und zum Entbindungspfleger in Deutschland eine Sonderstellung inne – sie ist nicht in eine in Deutschland übliche Ausbildungssystematik (Berufs- oder Hochschulbildung) integriert. Die Ausbildung zur Hebamme und zum Entbindungspfleger wird auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen Berufsgesetzes sowie einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt.

Die Ausbildung zur Hebamme und zum Entbindungspfleger dauert drei Jahre, endet mit einem staatlichen Examen und der behördlichen Zulassung zur Berufsausübung. Sie besteht aus theoretischen und praktischen Unterrichtsanteilen und einer praktischen Ausbildung. Um das Ausbildungsziel zu erreichen, erhalten die Hebammschülerinnen und Entbindungspflegeschüler 1 600 Theoriestunden und 3 000 Stunden Ausbildung in der Praxis.

In Deutschland gibt es derzeit 58 staatlich anerkannte Schulen für Hebammen und Entbindungspfleger. Die Größe der Schulen liegt zwischen zwölf und 95 Ausbildungsplätzen. Träger der staatlich anerkannten Schulen für Hebammen und Entbindungspfleger sind Krankenhäuser. Die Schule ist Bestandteil des jeweiligen Krankenhausbetriebes, Lehrpersonen, Schülerinnen und Schüler sind dessen Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer.

Im Land Bremen wird am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide eine Schule für Hebammen und Entbindungspfleger mit 16 Ausbildungsplätzen betrieben. Die praktische Ausbildung erfolgt in allen Geburtshilfeabteilungen der Krankenhäuser im Land Bremen, die theoretische Ausbildung an der Schule für Hebammen und Entbindungspfleger in Bremerhaven.

- a) Reicht die Ausbildungskapazität, um den künftigen Bedarf zu decken?

Dem Senat liegen keine validen Daten, bezogen auf Ausbildungskapazitäten und Bedarfsdeckung an Fachkräften im Hebammen- und Entbindungspflegerbereich, vor. Für das zweite Halbjahr 2016 plant der Senat die Durchführung eines Gesundheitsfachberufe-Monitoring, bei dem die zukünftigen Bedarfe aller Gesundheitseinrichtungen bezogen auf Fachkräfte – also auch auf Hebammen und Entbindungspfleger – erhoben werden sollen. Damit erhält Bremen ein Instrument, um zukünftige Engpässe frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden. Die Analyse dient zusätzlich als Grundlage für eine valide Planung der Ausbildungsplätze für Gesundheitsfachberufe.

Mit Blick auf die Schule für Hebammen und Entbindungspfleger in Bremerhaven ist dem Senat bekannt, dass von 16 möglichen Plätzen derzeit 14 Plätze besetzt sind. Erfahrungsgemäß stammt die Hälfte der Schülerinnen und Schüler nicht aus dem Land Bremen oder der näheren Umgebung. Es ist deshalb fraglich, ob dieser Teil der Schülerinnen und Schüler für eine (dauerhafte) Tätigkeit in Bremen oder Bremerhaven gewonnen werden kann.

- b) Ist die derzeitige Ausbildungsstruktur der beruflichen Bildung noch zeitgemäß?

Das Tätigkeitsspektrum und die Form der Berufsausübung von Hebammen und Entbindungspfleger haben sich grundlegend verändert. Das dem Berufsgesetz der Hebammen und Entbindungspfleger von 1985 zugrunde liegende Berufsbild entspricht dem einer in der Institution Krankenhaus angestellten Hebamme (dem eines in der Institution Krankenhaus angestellten Entbindungspflegers). Zunehmend erbringt die Hebamme (erbringt der Entbindungspfleger) ihre (seine) Dienstleistung jedoch auch im ambulanten Bereich.

Darüber hinaus sind die Komplexität und Anforderungen an den Hebammenberuf in den letzten Jahren gestiegen. Die stetigen Veränderungen in den Versorgungsstrukturen bei steigender Bedeutung von Maßnahmen zur Prävention fordern von Hebammen und Entbindungspflegern erweiterte Qualifikationen. Dies betrifft auch die freiberufliche Tätigkeit als Hebamme und Entbindungspfleger.

Zur professionellen Ausübung des Hebammenberufs gehören eine kritisch reflektierte Handlungskompetenz und Kenntnisse in Theorie und Praxis der Geburtshilfe. Ebenso dazu gehören ein fundiertes Wissen über kulturelle, soziale, genderbezogene, ökonomische, psychologische, umweltabhängige und politisch ausschlaggebende Faktoren der Frauengesundheit in unserer Gesellschaft.

Es ist fraglich, ob die derzeitige Ausbildung der Hebammen und Entbindungspfleger in Deutschland dem skizzierten komplexen Anforderungsprofil gerecht werden kann, da die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zuletzt 1987 novelliert wurde. Deswegen fordern die Bundesländer seit geraumer Zeit eine Anpassung des Berufsbilds durch den Bund.

Seit 2009 ermöglicht eine Modellklausel im Berufsgesetz der Hebammen und Entbindungspfleger eine Ausbildung an Hochschulen. Insgesamt 13 Studiengänge im Bereich der Hebammen- und Entbindungspflegerkunde wurden in der Folge in Deutschland neu eingerichtet. Dieses akademische Ausbildungsmodell konkurriert mit dem beruflichen Ausbildungsmodell an einer Schule für Hebammen und Entbindungspfleger.

- c) Liegen dem Senat Erkenntnisse über die derzeitige Attraktivität des Hebammenberufs vor?

Spezifische Aussagen zur Attraktivität des Hebammen- und Entbindungspflegerberufes kann der Senat nicht treffen. Dem Senat ist jedoch bekannt, dass die Bewerberinnen- und Bewerberzahl an der Schule für Hebammen und Entbindungspfleger in Bremerhaven seit 2011 von 900 auf zuletzt 350 gesunken ist, dabei lag der Anteil der Bewerberinnen und Bewerber, die ihren Wohnsitz in Bremen hatten, bei 15 %. Die sinkende Nachfrage nach einem Ausbildungsplatz lässt zumindest indirekte Rückschlüsse auf die derzeitige Attraktivität des Hebammen- und Entbindungspflegerberufes zu.

Auf den Fachtreffen der norddeutschen Hebammenschulen sowie auf Bundesebene wird der Trend sinkender Bewerberinnen- und Bewerberzahlen bestätigt. Die Ursache hierfür liegt einerseits im allgemeinen Rückgang an Schulabgängerinnen und Schulabgängern. Andererseits wurde der Hebammen- und Entbindungspflegerberuf aufgrund rasant steigender Haftpflichtprämien in den letzten Jahren eher negativ in der Öffentlichkeit dargestellt.

- d) Welchen Einfluss hat die Anerkennungsrichtlinie 2013/55/EU auf die Ausbildung der Hebammen?

Im Rahmen der gegenseitigen Anerkennung von Ausbildungen (Pflegerinnen und Pfleger, Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Hebammen und Entbindungspfleger etc.) erließ die EU Anerkennungsrichtlinien, die 2013 novelliert (2013/55/EU) wurden. Dadurch wurden für Hebammen und Entbindungspfleger die Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung von zehn auf zwölf Jahre allgemeiner Schulbildung angehoben (im Gegensatz zu allen anderen Gesundheitsfachberufen). Aufgrund dieser europarechtlichen Vorgaben muss die Bundesregierung die Ausbildung zur Hebamme und zum Entbindungspfleger bis 2020 neu regeln. Die Berufsverbände der Hebammen und Entbindungspfleger fordern in diesem Zusammenhang die Anhebung der Ausbildung auf Hochschulniveau mit einem Bachelorabschluss, so wie es in 26 von 28 EU-Mitgliedstaaten geregelt ist.

8. Plant der Senat, zukünftig systematisch die Datenlage zur Hebammenversorgung zu erheben?

Das in der Antwort zu Teilfrage 7 a) beschriebene Gesundheitsfachberufe-Monitoring bildet einen wichtigen Baustein, um die Datenlage zur Hebammenversorgung systematisch zu verbessern. Aufgabe des Monitorings ist es, kontinuierlich Daten zum Beschäftigungsstand, zum Arbeitsmarkt und zur Ausbildungssituation von Fachkräften in Gesundheitsfachberufen zu erheben. Hebammen und Entbindungspfleger sind dabei Teil der therapeutischen Gesundheitsfachberufe.

Im Fall einer Erhebung einzelner Aspekte der Leistungsanspruchnahme müsste das Monitoring um die Perspektive der Schwangeren und Wöchnerinnen ergänzt werden. Hier wäre dann zu prüfen, ob Muster der Leistungsanspruchnahme auf Basis einer Sekundärdatenanalyse (beispielsweise Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung) erfasst werden können oder durch eine Primärdatenerhebung identifiziert werden müssen.

9. Welche Schritte hat der Senat in den vergangenen vier Jahren unternommen, um die Einrichtung eines Hebammenkreißsaals in Bremen zu fördern?

Der Senat begrüßt das Konzept des Hebammenkreißsaals und hat dessen Entwicklung am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide 2003 mit Nachdruck unterstützt. Die anderen Bremer Kliniken wurden ermutigt, ebenfalls einen Hebammenkreißsaal in ihrer geburtshilflichen Abteilung einzurichten. Im Zusammenhang mit einer Kleinen Anfrage der Fraktion der SPD vom 26. August 2010 bekundeten die Gesundheit Nord und das DIAKO in Bremen ein starkes Interesse an einem hebammengeleiteten Kreißsaal. Nach aktuellen Informationen strebt das DIAKO die Einrichtung eines hebammengeleiteten Kreißsaals in absehbarer Zeit an.

10. Wie bewertet der Senat die Empfehlungen des Bremer Bündnisses zur Förderung der natürlichen Geburt?

Anfang 2013 haben der Senator für Gesundheit und die Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF), Bremer Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen und Entbindungspfleger, Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Krankenkassen zur Gründung eines gemeinsamen Bündnisses zur Unterstützung der natürlichen Geburt aufgerufen, um die seit 1991 bundesweit (15,3 % Kaiserschnitte) und auch in Bremen (2010 = ein Drittel) gestiegene Kaiserschnitttrate zu reduzieren. Das Bündnis wurde vom Senat unterstützt und hat in den letzten drei Jahren interdisziplinär und engagiert zusammengearbeitet.

Alle Mitglieder des Bündnisses waren sich einig, dass Schwangerschaft und Geburt natürliche Lebensprozesse sind und Frauen in ihrer Fähigkeit zu gebären, unterstützt werden müssen. Konsens war, dass Kaiserschnitte bei Risiken und ungünstigen Geburtsverläufen lebensrettend sein können aber auch ein Krankheitsrisiko sowohl für die Gebärende als auch für das Neugeborene bergen können. Dieses Risiko sollte nur dann eingegangen werden, wenn der Nutzen absehbar überwiegt.

Das Bündnis erarbeitete für den Bereich der Betreuung in der Schwangerschaft und Geburt zentrale Empfehlungen, die den Schwerpunkt auf die Stärkung normaler Geburtsprozesse setzen. Diese im Jahr 2015 erstellten Empfehlungen zielen die bessere Zusammenarbeit und gemeinsame Fortbildung aller beteiligter Berufsgruppen, eine gute ergebnisoffene Information der Frauen und Paare zu Geburtsort und Geburtsart sowie die Verbesserung der Rahmenbedingungen der Bremer Geburtshilfe ab.

- a) Konnten Empfehlungen umgesetzt werden, und wenn ja, welche?

Die Empfehlungen sind 2015 in die Umsetzung gegangen, eine abschließende Bewertung ist zurzeit noch nicht möglich. Allerdings hat eine Auswertung der Geburtshilfedaten von 2012 bis 2014 für das Land Bremen eine Senkung der Kaiserschnitttrate um 2,7 % gezeigt. Die Mitglieder des Bündnisses zur Förderung der natürlichen Geburt sehen hierin einen ersten Erfolg der guten Zusammenarbeit der Berufsgruppen, die zu einer höheren Sensibilisierung und in der Folge zur Vermeidung unnötiger Kaiserschnitte beigetragen hat.

- b) Welche weiteren Schritte zur Umsetzung der Empfehlungen sind geplant?

Bei Auswertung der Zahlen haben die Bündnisbeteiligten festgestellt, dass viele Frauen nach einem ersten Kaiserschnitt bei der nächsten Geburt wieder per Kaiserschnitt ihr Kind bekommen, obwohl es dafür meistens keinen medizinischen Grund gibt. Das Bündnis appelliert daher an die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, schwangere Frauen, die schon einen Kaiserschnitt hatten, aktiv zu einer natürlichen Geburt zu ermutigen. Damit soll die Kaiserschnitttrate weiter gesenkt werden. Zudem sollen die Krankenkassen motiviert werden, zusätzliche Beratungsstunden für Frauen nach Kaiserschnitt zu finanzieren (analog zu Niedersachsen). Darüber hinaus sollen in den Kliniken spezifische Beratungs- und Kursangebote in den Kliniken für Frauen mit „Zustand nach Kaiserschnitt“ entwickelt werden.

Des Weiteren wird sich im Sommer 2016 eine krankenhausesübergreifende Arbeitsgruppe zur „Begleitung der Geburten aus Beckenendlagen“ konstituieren. Hier sollen durch gegenseitige Hospitationen und Fortbildungen eventuell verloren gegangene Kompetenzen der Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen und Entbindungspfleger in diesem Bereich wiedergewonnen werden.

Weiterhin sind gemeinsame Fortbildungen aller Berufsgruppen zum Thema „angstfreie Risikokommunikation“ geplant. Eine sichere und angstfreie Information und Aufklärung der Frauen und Paare kann verhindern, dass sich diese aus Angst vor einem Risiko, für einen Kaiserschnitt entscheiden.

Anhang zu Frage 1

Jahr	Stadt Bremen	Stadt Bremerhaven	Land Bremen
2000	6 747	1 764	8 511
2001	6 718	1 600	8 318
2002	6 243	1 610	7 853
2003	6 150	1 603	7 753
2004	6 143	1 570	7 713
2005	6 252	1 459	7 711
2006	6 197	1 567	7 764

Jahr	Stadt Bremen	Stadt Bremerhaven	Land Bremen
2007	6 426	1 507	7 933
2008	6 386	1 510	7 896
2009	6 253	1 488	7 741
2010	6 320	1 491	7 811
2011	6 269	1 508	7 777
2012	6 397	1 529	7 926
2013	6 574	1 506	8 080
2014	7 185	1 581	8 766
2015	7 279	1 706	8 985

Tabelle: Anzahl Geburten im Land Bremen 2000 bis 2015 laut Statistischem Landesamt.