



Joachim Lorenz
Berufsmäßiger Stadtrat

I.

Herrn Stadtrat
Dr. Reinhold Babor und
Herrn Stadtrat
Dr. Hans Theiss

Rathaus

08.04.15

Versorgungssituation in den Münchner Geburtskliniken

Schriftliche Anfrage gemäß § 68 GeschO Anfrage Nr. 14-20 / F 00188
von Herrn StR Dr. Reinhold Babor und Herrn StR Dr. Hans Theiss
vom 10.12.2014

Sehr geehrter Herr Dr. Babor, sehr geehrter Herr Dr. Theiss,

in Ihrer Anfrage führen Sie aus, dass die Geburtenzahlen in München hoch seien und im Rahmen des zu erwartenden Zuzugs noch weiter ansteigen werden. Während offensichtlich die Zahl der Hebammen in Relation zum Bevölkerungszuwachs in den letzten Jahren anstieg, sei unklar, ob die Versorgung in den Kliniken in Zukunft ausreichend sein werde.

Vorab möchte ich präzisieren, dass nach den Erhebungen des Referats für Gesundheit und Umwelt (in der Folge: RGU) nicht geschlossen werden kann, die Zahl der Hebammen in München insgesamt in Relation zum Bevölkerungszuwachs sei gestiegen. Ein Anstieg ist lediglich bezüglich der Anzahl der beim RGU bekannten freiberuflich tätigen Hebammen festzustellen.

Herr Oberbürgermeister Reiter hat mir Ihre Anfrage zur Beantwortung zugeleitet. Zunächst bedanke ich mich für die Fristverlängerung und kann jetzt die einzelnen Punkte Ihrer Anfrage beantworten.

In München bestehen elf Kliniken mit geburtshilflichen Abteilungen. Davon sind sechs Kliniken als Perinatalzentren/Verbund-Perinatalzentren im Bayerischen Krankenhausplan aufgeführt.

Bayerstr. 28a
80335 München
Telefon: 089 233-4 75 00
Telefax: 089 233-4 75 05

Darüber hinaus verfügt eine Klinik über eine neonatologische Intensivstation, ohne Perinatalzentrum zu sein. Vier dieser elf Kliniken arbeiteten im Jahr 2014 mit einem Beleghebammensystem. Eine weitere Klinik wird in der Folge seiner in 2014 erforderlich gewordenen Deckelung der Geburtenanmeldungen zu Anfang 2015 ein teilweises Beleghebammensystem einführen.

Frage 1:

Hat die geburtshilfliche Versorgung in den Münchner Kliniken mit der Geburtenrate Schritt gehalten?

Antwort:

Die geburtshilfliche Versorgung in den Münchner Kliniken hat mit der Geburtenrate nicht Schritt gehalten. Die Anzahl der in Münchner Kliniken entbundenen Frauen (Münchnerinnen und Frauen aus dem Umland) stieg nach Angaben des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (in der Folge: StMGP) gegenüber dem RGU vom 05.02.15 in den vergangenen Jahren in München in der Tat erheblich, nämlich von 17.577 im Jahr 2003 auf 20.697 im Jahr 2013 (+18%). Im Jahr 2014 dürfte die Zahl (die erst im April 2015 vorliegen wird) noch einmal deutlich gestiegen sein.

Die im Januar 2015 vom RGU durchgeführte Befragung aller Münchner geburtshilflichen Abteilungen ergab, dass die Ausstattung ihrer Einrichtungen mit Personal (sowie teilweise Betten und Kreißsälen) mit dieser Geburtensteigerung nicht Schritt gehalten hat (siehe Antwort auf Fragen 2 und 6).

Frage 2:

Gab es in den letzten Jahren bzw. derzeit Engpässe bei der Versorgung in den Kreißsälen?

Antwort:

Aus der oben genannten Anfrage bei allen elf Münchner geburtshilflichen Abteilungen ergibt sich derzeit folgendes Bild:

Bis auf eine Privatklinik stellen alle Kliniken Engpässe bei der Versorgung in den Kreißsälen fest. Besonders betroffen sind alle Münchner Perinatalzentren/Verbund-Perinatalzentren, mit Ausnahme eines Zentrums mit Beleghebammensystem. Eine Anpassung der geburtshilflichen und zum Teil auch der neonatologischen Kapazitäten wird von allen Perinatalzentren für erforderlich gehalten.

Die vorgelegten Antworten der geburtshilflichen Abteilungen können den Aufbau einer fundierten Datenbasis zur geburtshilflichen Versorgung nicht ersetzen. Diesen wird das RGU in Angriff nehmen.

Frage 3:

Zu welchem Prozentsatz konnten werdende Mütter ihr Kind nicht in der geplanten Klinik zur Welt bringen?

Antwort:

Die Frage kann nicht für alle Kliniken gemeinsam und auch nicht prozentual beantwortet werden. Viele Kliniken gaben an, dass sie Schwangere, die sich spät bei ihnen anmeldeten, zur Anmeldung auf andere Kliniken verweisen mussten und dass es auch unter der Geburt zu Verlegungen kam (siehe Antwort zu Frage 4).

Frage 4:

Wie oft mussten Mütter in der geplanten Klinik abgewiesen und in andere Krankenhäuser transferiert werden, weil die Kapazität im Kreißaal nicht ausreichte?

Antwort:

Bekannt ist, dass die Geburtenzahl in jedem Jahr von Monat zu Monat stark schwankt. Es ist von einem wellenförmigen Verlauf der Geburtenfrequenzen auszugehen, der dann zu Engpässen und zu Verlegungen unter der Geburt führt, wenn alle Kliniken gleichzeitig ein „Hoch“ verzeichnen. Der geburtenstärkste Monat des Jahres 2014 war mit 1.697 Geburten (nur Wohnort München) der September¹.

Zu den Abweisungen vor der Geburt und den Verlegungen unter der Geburt im Jahr 2014 wird auf die nachfolgende Übersicht verwiesen:

	Anzahl Kliniken mit über 2.000 Geburten	Anzahl Kliniken mit unter 2.000 Geburten	Anzahl Kreißsäle / Entbindungsräume in diesen Kliniken	Anzahl der Verlegungen und Abweisungen in diesen Kliniken	Anzahl der Übernahmen aus anderen Kliniken / Zuverlegungen
Klinik mit fest angestellten Hebammen	4	3	32	587	ca. 588
Klinik mit Beleghebammen system	2	2	ca. 16	0	ca. 225

Dies verdeutlicht, dass Kliniken mit Beleghebammen system deutlich besser in der Lage waren, auch bei hohen Geburtenzahlen die Versorgung zu sichern. Neun von elf Kliniken gaben an, im letzten Jahr Gebärende aus anderen Kliniken übernommen zu haben (insgesamt ca. 800 Gebärende), wobei in den Antworten nicht immer deutlich getrennt wurde zwischen Verweisungen vor und während der Geburt. Mehrfach wurde eine Zunahme der Verlegungsfälle im zweiten Halbjahr 2014 benannt. Alle Perinatalzentren / Kliniken mit

¹ Siehe Rathaus-Umschau 15.01.15 S. 3.

neonatologischer Intensivstation gaben an, Mütter abgewiesen bzw. transferiert zu haben, weil die Kapazitäten nicht ausreichten. Benannt wurde die dadurch bestehende Gefahr eines Vertrauensverlusts bei den Gebärenden, ebenso ein Gefährdungspotential für Frauen und Kinder. Vermerkt wurde von einer Klinik mit Belegarztsystem, dass geburtshilflich tätige Belegärzte ebenso wie Hebammen von den Steigerungen der Haftpflichtprämien betroffen sind und daher diesen Tätigkeitszweig vermehrt aufgeben.

Sieben von elf Kliniken meldeten sich stunden- oder tageweise bei der Rettungsleitstelle bezüglich der Aufnahme von Schwangeren (dazu wurden Angaben zwischen: „ca. 20 mal in 2014“ und „mindestens einmal täglich für vier bis sechs Stunden“ bzw. „zu gut 50 %“ gemacht) oder bezüglich der Früh- und Neugeborenenintensivstation ab. Als Gründe wurden teilweise die mangelnden räumlichen, öfter aber mangelnde Personalkapazitäten in der Geburtshilfe und teilweise mangelnde Bettenplätze und Personalkapazitäten in der Früh- und Neugeborenenintensivstation benannt. Dass bei fehlenden Beatmungsplätzen für eine drohende Frühgeburt eine Abmeldung bei der Rettungsleitstelle erfolgen und eine Verweisung an eine Klinik mit freien Kapazitäten erfolgen muss, versteht sich von selbst. Engpässe auf Früh- und Neugeborenenintensivstationen haben u.U. größte Auswirkungen auf die Überlebenschancen und die lebenslange Gesundheit der Kinder. Sie sind daher besonders aufmerksam zu beobachten.

Für den Geburtsverlauf sind ein geschützter Raum und die persönliche Betreuung der Gebärenden von größter Bedeutung. Eine Verlegung nach Geburtsbeginn bedeutet eine Störung des normalen Geburtsverlaufs und das Risiko einer Komplikation (wie z. B. eines Geburtsstillstands), die wiederum medizinische Interventionen (von der Weheneinleitung bis hin zum Kaiserschnitt) wahrscheinlicher macht.

Das RGU hält eine Kreißsaal-, Personal- und Bettenplanung für erforderlich, die genug Spielraum auch für den erwähnten wellenförmigen, nicht planbaren Eintritt der Geburten lässt. Eine Empfehlung an die Kliniken könnte lauten, die Auslastungsplanung für die Geburtshilfe deutlich niedriger (<80 %) vorzusehen und über Fachgesellschaften eine entsprechende Berücksichtigung in den Fallpauschalen (DRG^s) anzustreben.

Frage 5:

Wie hoch wird der Anstieg der Geburten in München für die nächsten 10 Jahre geschätzt?

Antwort:

Die aktuelle Prognose des Referates für Stadtplanung und Bauordnung für die in München Wohnberechtigten (Haupt- und Nebenwohnsitz) wurde dem Stadtrat am 11.03.2015 (Vorlage Nr. 14-20 / V 02150) vorgelegt. Die Prognose enthält auch eine Prognose für die Geburten bis 2030 (Basis 2013). Ausgehend von 15.951 Geburten für 2013 wird mit einem Anstieg bis 2025 auf 17.745 Geburten (+1.794 bzw. rd. 11%) gerechnet (Prognose für 2030: 17.802).

Das Einzugsgebiet der Geburtshilfen der Münchner Krankenhäuser schließt zum Teil auch das Münchner Umland mit ein. In Münchner Krankenhäusern wurden im Jahr 2013 insgesamt rund 21.000 Kinder geboren. Insgesamt kann mit einem Anstieg der Geburtenzahlen auf jährlich rund 23.000 im Jahr in den Münchner Krankenhäusern gerechnet werden.

Frage 6:

Müssen vor diesem Hintergrund die geburtshilflichen Kapazitäten an den Münchner Krankenhäusern angepasst werden?

Antwort:

Das RGU sieht aufgrund der Befragungsergebnisse sowie aufgrund der Rückmeldungen des Bayerischen Hebammenlandesverbands (in der Folge: BHLV) im letzten Jahr eine Anpassung der geburtshilflichen Kapazitäten und eine Auffächerung des Angebots in verschiedene Versorgungslevels für erforderlich an. Von zehn der antwortenden elf Kliniken wurde eine Anpassung der geburtshilflichen und teilweise auch der neonatologischen Kapazitäten für erforderlich gehalten. Von einer Klinik wurde ein Geburtenzuwachs in München um weitere 4000 Geburten für wahrscheinlich gehalten. Als Gründe für den Anpassungsbedarf wurden genannt: die Steigerung der Münchner Geburtenrate bei gleichzeitigen Kündigungen des Personals, Betten-Not, Zentralisierungstendenzen in der Geburtshilfe, mehr Risikoschwangerschaften und die Erforderlichkeit einer 1:1- Betreuung durch Hebammen unter der Geburt. Als eine Lösungsmöglichkeit wurde die (teilweise) Einführung eines Beleghebammensystems benannt, da dieses den Hebammen einen attraktiveren Arbeitsplatz als die Anstellung nach Tarifsystem bieten könne. Damit könnte dem Personalmangel an Hebammen entgegen gewirkt werden. Von den Einrichtungen mit Beleghebammensystem gab übrigens keine an, Frauen unter der Geburt in andere Kliniken verlegt zu haben. Gleichzeitig waren diese Kliniken in der Lage, von anderen Kliniken nicht angenommene oder unter der Geburt verlegte Frauen zu versorgen (siehe Tabelle unter Frage 2).

Im Bayerischen Krankenhausplan sind Betten nur gesamt für die Klinik und nicht für einzelne Fachrichtungen wie zum Beispiel geburtshilfliche Abteilungen ausgewiesen. Damit obliegt die Verteilung der Betten auf die einzelnen Fachrichtungen den Kliniken. Lediglich die Anzahl der neonatologischen Intensivbehandlungsplätze (61) für München ist dort aufgelistet. Zwei Kliniken in München planen in den nächsten Jahren, ihre Kapazitäten in der Geburtshilfe auszubauen. So ist dem Sanierungsgutachten der Städtisches Klinikum München GmbH zu entnehmen, dass die Kapazitäten der Geburtshilfe am Klinikum Schwabing, nach notwendigen Baumaßnahmen, bis 2018 auf 3.000 Geburten im Jahr erweitert werden soll (derzeit ist die Kapazität für 1.200 Geburten ausgelegt, aktuell werden rund 2.200 Geburten jährlich versorgt). Zudem plant das Rotkreuzklinikum München für die Betriebsstätte Taxisstraße in den nächsten Jahren Baumaßnahmen. Ob darüber hinaus ein zusätzlicher Ausbau geburtshilflicher Kapazitäten erforderlich ist, kann derzeit noch nicht beurteilt werden.

Den Engpässen in der Geburtshilfe kann voraussichtlich nur durch eine Erweiterung der Personal- und Raumressourcen entgegen gewirkt werden. Bei einer Geburtensteigerung von über 18 % in 10 Jahren, deren Ende nicht abzusehen ist, gilt es, unter Beachtung aktueller Prognosen von kommunaler Seite eine Strategieplanung und gezielte koordinierte Maßnahmen zur Abhilfe des Hebammen- /Ärzte- und Raummangels zu ergreifen. Zu diesen müssen auch die Schaffung einer befriedigenderen Arbeitssituation und Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung hin zu einer Geburtshilfe mit möglichst geringen Interventionsraten in den Geburtsverlauf gehören.

Unter anderem ist eine 1:1-Betreuung durch Hebammen, ggf. auch durch Doulas² aus Sicht des RGU Kennzeichen einer Geburtshilfe, die die Frauen in dieser besonders herausfordernden Lebenssituation adäquat unterstützt und vor vermeidbaren Eingriffen in den normalen Geburtsverlauf schützt³. Die Angebote der Doulas setzen sich gerade in München und für ausgewählte Zielgruppen wie alleinstehende Gebärende mehr und mehr durch⁴. Die neuen amerikanischen geburtshilflichen Leitlinien 2014 sprechen sich dafür aus, auch weitaus längere Geburtsverläufe als bisher ohne operative Eingriffe zu begleiten, weil ein Schaden für Kind und Mutter anders als bislang angenommen nicht wissenschaftlich nachweisbar ist. Nur so könne die Zahl der Kaiserschnitte gesenkt werden⁵, die wegen nachteiliger Auswirkungen auf die Mutter- und Kindergesundheit, u.a. ein Zunehmen der Müttersterblichkeit in den USA, zunehmend in die fachliche Kritik geraten. Längere Geburtsverläufe erfordern aber mehr Personal- und Raumkapazitäten und insgesamt eine Intensivierung der Begleitung unter der Geburt.

-
- 2 Mit der kontinuierlichen Unterstützung während der Geburt durch Doulas (Laien-Geburtsbegleiterinnen mit Zusatzfortbildung), so wiesen mehrere randomisierte Studien und Meta-Analysen nach, lassen sich die Kaiserschnitt-Raten um rund 50 % reduzieren, und zwar insbesondere in Fällen, in denen die Begleitung schon früh während der Wehen einsetzte sowie dann, wenn die Doula nicht zum Personal des Krankenhauses gehörte; siehe Beantwortung der Stadtratsanfrage „Wie hoch ist die Kaiserschnitttrate in München“ vom 16.04.10 Seite 10 oben, <http://ris03.muenchen.de/RII/RII/DOK/ANTRAG/2013362.pdf>.
- 3 Siehe Beantwortung der Stadtratsanfrage „Wie hoch ist die Kaiserschnitttrate in München“ a.a.O.. Laut der GEK-Kaiserschnitt-Studie 2004 (<http://media.gek.de/downloads/magazine/GEK-Studie-Kaiserschnittstudie.pdf>) antworteten 42% der befragten Frauen 0,5 bis 1,5 Jahre nach dem Kaiserschnitt: „Wenn die Betreuung unter der Geburt besser wäre, würden weniger Frauen mit Kaiserschnitt entbinden.“ Weitere Fachinformationen zum Kaiserschnitt unter https://kaiserschnitt.faktencheckgesundheit.de/fileadmin/daten_fcg/Downloads/Pressebereich/FCKS/Report_Faktencheck_Kaiserschnitt_2012.pdf
- 4 Siehe <http://gfg-bv.de/geburtsvorbereitungfamilienbildungfrauengesundheitgfg-doular/weiterbildung-zur-gfg-doula.html> und Angebot Haus Dorothee S. 20 (Programm Winter 2014/15) bzw. S. 22 (Programm Sommer 2015) <http://www.alleinerziehende-programm.de>
- 5 „Die neue Leitlinie der US-amerikanischen Geburtshelfer zur Senkung der Kaiserschnitttrate hat das Potenzial, die geburtshilfliche Welt zu verändern.... Wir machen zu viele Kaiserschnitte und wir retten damit weder Mütter noch Kinder , so der Tenor.“ Zitiert nach Christiane Schwarz, in Hebamme 2014; 27(2): 84-90; DOI: 10.1055/s-0034-1373858

Die Überlastungssituation der Hebammen in den großen geburtshilflichen Zentren bei einem - gemessen an der Verantwortung - geringen Tariflohn ist laut mündlicher Auskunft des BHLV der Hauptgrund für die angestellten Hebammen, ihre Arbeitsverträge zu kündigen. In der Folge werden sich in den großen Zentren ohne Beleghebammensystem die Engpässe voraussichtlich noch weiter vergrößern, wenn nicht eine Aufstockung von Personal und Räumen oder alternative Modelle der geburtshilflichen Versorgung umgesetzt werden. So wird in der Forschungsliteratur zum Modell des Hebammengeleiteten Kreißaals unter anderem vermerkt, dass für Hebammen mit dieser weniger eingriffsintensiven Versorgungsform eine befriedigendere Arbeitssituation und teilweise eine Senkung der Kaiserschnitttrate einher geht, und dass dessen Einführung unter bestimmten Umständen Kündigungen von Hebammen vorzubeugen vermag⁶.

Frage 7:

Wenn ja, in welcher Höhe (Bettenzahl, Kreißsäle, Personal)?

Antwort:

Dem RGU ist derzeit eine Bezifferung nicht möglich. Ein Ausbau um 10 Kreißsäle / Entbindungsräume und um 50 Betten in der Geburtshilfe wurde von einer Klinik mit besonders vielen Zuverlegungen befürwortet. Das RGU erwägt, im Sommer 2015 zur weiteren fachlichen Exploration der Münchner Situation und weiterer strategischer Überlegungen ein Fachgespräch mit den Münchner Geburtskliniken und der Abteilung Krankenhausplanung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege durchzuführen. Vorgespräche mit dem Staatsministerium wurden bereits geführt, das sich aktiv beteiligen möchte. Stadtratsmitglieder werden zu diesem Fachgespräch eingeladen.

Mit freundlichen Grüßen

Joachim Lorenz

6 BV Hebammenkreißaal für München, Vorlagen-Nr.: 08-14 / V 13745 ;
http://ris03.muenchen.de/RII/RII/ris_vorlagen_detail.jsp?risid=3182488

- II. Abdruck von I. (per E-Mail)
an das Direktorium D-HA II/V1 5401 – 12- 0001
über DIR an das Presse- und Informationsamt
zur Kenntnisnahme, weiteren Bearbeitung und Verbleib.
- III. Abdruck von I. und II.
an RGU-S-SB
an RGU-GVO
an RGU-S-RM
zur Kenntnisnahme und zum Verbleib.
- IV. Ablegen bei
RGU-GVO 41 – Fachstelle Frau & Gesundheit