

Geburtshilfe IV
Ergebnisse der Analyse des Versorgungsbereichs
„Schwangerschaft und Geburt“ in München

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12480

1 Anlage

Bekanntgabe in der Sitzung des Gesundheitsausschusses
vom 08.11.2018
Öffentliche Sitzung

I. Vortrag der Referentin

Der Stadtrat hat das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) mit Beschluss der Vollversammlung am 20.07.2016 (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06001) beauftragt, ein medizinisches Versorgungsmanagement für den ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zu entwickeln und dem Stadtrat nach Vorliegen über die Ergebnisse der ersten zu entwickelnden Versorgungskette „Rund um Schwangerschaft und Geburt“ zu berichten.

In dem ersten Teil dieser Bekanntgabe wird das generelle methodisch-analytische Vorgehen im Bereich des medizinischen Versorgungsmanagements des RGU vorgestellt werden, um dann über erschlossene Datenquellen, erste Kennzahlen und Ergebnisse der Analysen der Situation im Versorgungsbereich „Schwangerschaft und Geburt“, die in Zusammenarbeit mit dem Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement des Klinikums München an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) entstanden sind, zu berichten. Der vollständige Bericht findet sich in der Anlage.

1. Analytische Datenverarbeitung im medizinischen Versorgungsmanagement

Die Prozesse des medizinischen Versorgungsmanagements werden durch mehrere Anwendungen aus dem Bereich der Geschäftsanalytik unterstützt.

1.1. Business Intelligence

Im Rahmen des medizinischen Versorgungsmanagements des RGU werden die beschriebenen Daten in ein sogenanntes *Data Warehouse*, ein zentrales Datenbanksystem, integriert. Im Sinne eines *Business Intelligence*¹-Ansatzes

¹ Der englische Begriff *Business Intelligence* (dt. Geschäftsanalytik) stammt aus der Wirtschaftsinformatik und bezeichnet Verfahren und Prozesse zur systematischen Analyse von Daten in elektronischer Form.

werden die verschiedenen Quellen in Datenmodelle eingebunden, um übergreifend Beschreibungen der Versorgungssituation hinsichtlich relevanter Dimensionen (z. B. Entwicklungen im Zeitverlauf, regionale Disparitäten) vornehmen zu können.

1.2. Weiterführende Analysen

Die im Bereich *Business Intelligence* erzielten Erkenntnisse können dann Ausgangspunkt für weiterführende Analysen sein. Hierfür nutzt das medizinische Versorgungsmanagement ein Statistikprogramm, mit dem u. a. Assoziationen zwischen relevanten Variablen hinsichtlich ihrer Richtung und Stärke quantifiziert und gegen den Zufall abgesichert werden können.

1.3. Flexibilität des Ansatzes mit Blick auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen

Mit dem gefundenen Ansatz ist das RGU so positioniert, dass es analytisch Antworten auf zahlreiche Fragestellungen im interdisziplinären Kontext, welcher sich in der Schnittmenge aus Versorgungsforschung, Epidemiologie, Soziologie, Psychologie und Management ergibt, generieren kann. Bei der Konzeption wurde berücksichtigt, dass sich zukünftig mit neuen Daten auch neue technologische Erfordernisse ergeben können, denn durch die Digitalisierung werden vor allem im Gesundheitssystem zunehmend Daten generiert. Auch der Umgang mit *Big Data* (große, komplexe und mit großer Geschwindigkeit wachsende Daten) und der Einsatz von *Machine Learning*² werden daher zukünftig eine größere Rolle spielen.

1.4. Datenschutz

Alle sowohl aus Sekundärdatenquellen erschlossenen als auch durch das RGU selbst oder in dessen Auftrag erhobenen Daten werden unter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen auf Servern der Landeshauptstadt München gelagert. Zugriff auf die Daten haben ausschließlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen Versorgungsmanagements des RGU.

2. Analyse der medizinischen Versorgung im Bereich von Schwangerschaft und Geburt

Während auf der einen Seite die Geburtenzahlen in der LH München erfreulicherweise stetig ansteigen (vgl. Abschnitt 2.2.), berichten die Krankenhäuser über eine angespannte Situation in den geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen. Auch Hebammen klagen über weiter zunehmende angespannte Rahmen- und Arbeitsbedingungen, die sich über die Geburtshilfe hinaus auch in der Vor- und Nachsorge widerspiegeln. Der erste Schwerpunkt liegt gemäß oben genanntem Stadtratsbeschluss³ des medizinischen Versorgungsmanagements im RGU somit auf

² Durch das Erkennen von Mustern in vorliegenden Datenbeständen sind IT-Systeme in der Lage, eigenständig Lösungen für Probleme zu finden. (<https://www.bigdata-insider.de/was-ist-maschine-learning-a-592092/> - aufgerufen am 12.07.2018)

³ „Aufbau eines medizinischen Versorgungsmanagements“, Sitzungsvorlagen Nr. 14-20 / V06001, Beschluss der

der Analyse der Situation im Versorgungsbereich „Schwangerschaft und Geburt“.

2.1. Erschlossene Sekundärdaten

Im Zuge der Untersuchung des Versorgungsbereichs „Schwangerschaft und Geburt“ wurden bereits verfügbare Datenquellen – sogenannte Sekundärdaten – erschlossen. Sekundärdaten bieten den Vorteil, dass sie ohne den Aufwand einer eigenen Datenerhebung für Analysen zur Verfügung stehen. Durch eine wiederkehrende Erhebung dieser Daten bietet sich so die Möglichkeit eines kontinuierlichen Monitorings (vgl. Abschnitt 1.1.) und weitergehender analytischer Untersuchungen (vgl. Abschnitt 1.2.).

Von den elf Standorten geburtshilflicher Einrichtungen unterstützten zehn Kliniken das medizinische Versorgungsmanagement. Dies bildet 96 % aller Geburten im Jahr 2015 in Münchner Kliniken ab. Es wurde eine Einverständniserklärung für eine Übermittlung und Nutzung von Daten aus der Erhebung im Rahmen der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) im Verfahren Geburtshilfe und aus den Abmeldungen aus der stationären Versorgung Geburtshilfe und Neonatologie über den webbasierten interdisziplinären Versorgungsnachweis (IVENA) unterschrieben.

Darüber hinaus konnten Daten, die über Bedarfe im Bereich Schwangerschaft und Geburt Auskunft geben, u. a. aus nachfolgenden Quellen extrahiert werden:

Einwohnermelderegister und Standesamtdaten

Datenquelle für die Anzahl der Geburten von Münchnerinnen ist das Einwohnermelderegister des Kreisverwaltungsreferats der Landeshauptstadt München. Dabei handelt es sich um alle lebendgeborenen⁴ Neugeborene, deren Mütter mit Hauptwohnsitz in München gemeldet sind.

Die Zahlen aller Geburten, die im Münchener Stadtgebiet stattgefunden haben, sind über die Münchner Standesämter zu erfragen.

Demografiebericht München

Der Demografiebericht⁵ des Referats für Stadtplanung und Bauordnung der Landeshauptstadt München beinhaltet umfassende Bevölkerungsprognosen, die auch eine Prognose der Geburtenzahlen umfassen. Diese Datenquelle bildet neben anderen Indikatoren einen wichtigen Prädiktor für die zukünftigen Bedarfe in Bezug auf medizinische Versorgung in den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und

Vollversammlung vom 20.07.2016

4 Lebendgeborene umfassen Kinder, deren Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.

5 Landeshauptstadt München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung (Hg.), Demographiebericht München – Teil 1, Analyse und Bevölkerungsprognose 2015 bis 2035, Stand April 2017

Neonatologie.

Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

Informationen zur Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte können dem Versorgungsatlas der KVB entnommen werden. Von Interesse sind hierbei die Informationen zu der Anzahl der Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie der Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin in der Form von Personenzählung und Zählung nach Anrechnung in der Bedarfsplanung.

Krankenhausplan des Freistaats Bayern

Die Erstellung des Krankenhausplans fällt in den Zuständigkeitsbereich des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege. Diese Datenquelle enthält Informationen zu Rahmenvorgaben der Kliniken, wie Standort, Gesamtbettenkapazitäten, Fachrichtungen und Versorgungsstufen. Daneben sind strukturelle Vorgaben im Rahmen des Fachprogramms der neonatologischen Versorgung festgehalten. Die Bettenkapazitäten der geburtshilflichen Stationen können dem Krankenhausplan nicht entnommen werden. Das erforderliche Angebot an neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen gemäß der Krankenhausplanung wird nach Standort ausgewiesen.

Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Seit 2005 sind Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, in Qualitätsberichten⁶ über ihre Arbeit zu informieren. Qualitätsberichte geben einen Überblick über die Strukturen und Leistungen der Krankenhäuser, bzw. des Krankenhausstandorts, Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen sowie Daten zur Qualitätssicherung. So liefern sie z. B. Informationen zu Fallzahlen der Fachabteilungen und Hauptdiagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10). Die Erstellung der Qualitätsberichte erfolgt jährlich im Erstellungsjahr über das abgeschlossene Vorjahr. Aufgrund der Fristen zur Übermittlung der den Qualitätsberichten zugrundeliegenden Daten durch die Krankenhäuser und des Verfahrens der datengestützten Qualitätssicherung liegen die Qualitätsberichte immer erst mit zeitlicher Verzögerung vor. So sind zum jetzigen Zeitpunkt (2018) die Qualitätsberichte der Krankenhäuser des Jahres 2016 veröffentlicht.

Daten der externen vergleichenden Qualitätsbewertung

In Deutschland ist das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), eine Einrichtung der gleichnamigen Stiftung des

⁶ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fasst Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser (§ 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Die Angaben in den Qualitätsberichten sind öffentlich zugänglich und für den Vergleich von Krankenhäusern nutzbar. Auf Antrag stellt der G-BA die Qualitätsberichte auf Grundlage der Allgemeinen Nutzungsbedingungen auch in maschinenverwertbarer Form zur Verfügung.

Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), das zentrale Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (§ 136 ff. SGB V). In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern⁷ (QSKH-RL) ist festgelegt, dass Krankenhäuser zur Sicherung der Qualität von Krankenhausleistungen verpflichtet sind, definierte Leistungsbereiche zu dokumentieren. Hierbei übersenden die Krankenhäuser Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität an die zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung. Für die Leistungsbereiche Geburtshilfe und Neonatologie übermitteln die Leistungserbringer in Bayern die Daten an die Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ). Die Referentin des Referats für Gesundheit und Umwelt, Frau Stephanie Jacobs, ist Mitglied im Kuratorium der BAQ.

Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (IVENA)

Bei der öffentlich zugänglichen webbasierten eHealth-Software „Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (IVENA)“⁸ handelt es sich um eine Kommunikationsstruktur, die als Grundlage für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten zu aufnahmebereiten medizinischen Versorgungseinrichtungen dienen soll. Dabei geben die Abmeldungen von der stationären Versorgung bzw. Notfallversorgung wichtige Hinweise auf die Kapazitäten der Kliniken.

Eine differenzierte Betrachtung der Versorgung Schwangerer für verschiedene Risikoprofile ist über IVENA möglich, da die Versorgung nach Schwangerschaftswoche und neonatologischer Intensivstation ausgewiesen wird. Für alle Kliniken, die in eine Übermittlung eingewilligt haben, liegen IVENA-Daten ab dem 01.01.2016 vor und können nach der Definition eines regelmäßigen Datenaustausches in das Monitoring des RGU integriert werden.⁹

2.2. Kennwerte des Versorgungsbereichs auf Basis der erschlossenen Sekundärdatenquellen

Auf der Grundlage der bisher erschlossenen Datenquellen lässt sich die demografische Entwicklung der Geburten in München näher beschreiben. Darüber hinaus konnten Kennwerte für die Leistungsbereiche Entbindung, ambulante gynäkologische Versorgung, Hebammenversorgung, Geburtshilfe und Neonatologie generiert werden.

Demografische Entwicklung der Geburten in München

Die Geburtenzahlen steigen in München seit den 1980-er Jahren kontinuierlich an.

⁷ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Stand 16. März 2018)

⁸ Betreiber: Rettungszweckverband München (<https://www.ivena-muenchen.de/leitstellenansicht.php>; aufgerufen am 04.07.2018)

⁹ Die Einverständniserklärungen dazu wurden von den Klinikdirektoren, Geschäftsführern und Leitern der acht beteiligten Kliniken erteilt.

Dies ist zum großen Teil durch das Bevölkerungswachstum zu erklären. So stieg in der jüngeren Vergangenheit die Geburtenzahl von 12.707 im Jahr 2004 um 38,7 % auf 17.629 im Jahr 2017.¹⁰ Prognosen bis zum Jahr 2035¹¹ besagen, dass bei einer zwar weiteren Zunahme der Geburtenzahlen mit einer Abschwächung dieses Trends zu rechnen ist (Prognosen besagen einen Anstieg von bis zu 19 % vom Jahr 2017 bis zum Jahr 2035).

Die medizinische Versorgung während der Schwangerschaft und Geburt umfasst in München zudem zusätzliche Entbindungen von Frauen, die ihren Wohnsitz nicht in München haben. Im Jahr 2017 wurden insgesamt 23.668 in München stattgefunden Geburten beurkundet, d. h. 26 % aller Geburten in München waren Entbindungen von Nicht-Münchnerinnen.¹²

Bei genauer Betrachtung demografischer Determinanten der Geburtenrate von Frauen (Anteil der Lebendgeborenen je 1000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahre) in München fällt auf, dass diese bei Frauen mit ausländischer Nationalität sich verringert, während die Geburtenrate bei Frauen deutscher Nationalität in den letzten zwei Jahrzehnten tendenziell ansteigt.

Das Durchschnittsalter der Mütter¹³ bei der Geburt eines Kindes nahm im Zeitraum 2000 bis 2017 zu. Während im Jahr 2000 das Alter bei der ersten Geburt bei 30,7 Jahren lag, stieg es im Jahr 2017 auf 31,3 Jahre an. Die Betrachtung über alle Geburten liefert 2017 ein Durchschnittsalter von 33 Jahren. Das Durchschnittsalter ausländischer Mütter bei der Entbindung lag im Jahr 2000 3,5 Jahre und im Jahr 2017 2,6 Jahre unter dem der deutschen Mütter. Auch bei der ersten Geburt waren ausländische Mütter im Durchschnitt 2,5 Jahre jünger.

Der Anteil der Mütter über 35 Jahre bei der Geburt eines Kindes nahm über die Jahre zu und lag im Jahr 2017 bei 35 % (40 % bei deutschen, 26 % bei ausländischen Müttern). Insgesamt ist ein Trend zu einem höheren Alter der Mütter sowohl bei der ersten Geburt als auch bei Betrachtung über alle Geburten hinweg erkennbar.

Ambulante gynäkologische Versorgung

In München arbeiten laut Versorgungsatlas der KVB (Stand Januar 2018) 372

¹⁰ Daten der Einwohnermelderegister des Kreisverwaltungsreferats der Landeshauptstadt München, Stand 31.12.2017

¹¹ Demografiebericht München Teil 1. Bevölkerungsprognose 2015 bis 2035; (<https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/Stadtentwicklung/Grundlagen/Bevoelkerungsprognose.html>; aufgerufen am 04.07.2018)

¹² Daten des Kreisverwaltungsreferats der LH München, Standesamt (abgefragt am 09.04.2018)

¹³ Die Daten zum Durchschnittsalter der Mütter und zum Anteil der Mütter über 35 Jahre bei der Geburt eines oder mehrerer Kinder stammen aus dem Indikatorenatlas des Statistischen Amtes München (Stand 24.04.2018). Die Daten im Indikatorenatlas werden jährlich aktualisiert (Stichtag jeweils zum 31.12. eines Jahres oder Jahresmittelwerte). Der Anteil der Mütter über 35 Jahre ergibt sich aus der Anzahl an Müttern über 35 bis unter 45 Jahre mit Hauptwohnsitz in München bei der Geburt eines oder mehrerer Kinder bezogen auf die Anzahl an Müttern im Alter von 15 bis unter 45 Jahren mit Hauptwohnsitz in München bei der Geburt eines oder mehrerer Kinder.

Frauenärztinnen und Frauenärzte (unabhängig von ihrem Tätigkeitsumfang), die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, angestellt oder ermächtigt sind. In der Zählung nach Anrechnung in der Bedarfsplanung entspricht dies 294 Ärztinnen und Ärzten. In der Bedarfsplanung werden nicht alle Ärztinnen bzw. Ärzte in vollem Umfang angerechnet. Manche Ärztinnen bzw. Ärzte werden, z. B. aufgrund eines geringeren Tätigkeitsumfangs, nur anteilig berücksichtigt.

Auf Grund dieser Anzahl ergibt sich für München ein Versorgungsgrad von 143 % (Verhältnis der aktuell tätigen Ärztinnen und Ärzte gemäß Zählung nach Anrechnung in der Bedarfsplanung zu den laut Bedarfsplanungs-Richtlinie im Planungsbereich benötigten). Im Rahmen der fachärztlichen Versorgung werden schwangere Frauen und Mütter während der Schwangerschaft und nach der Entbindung betreut. Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist es, mögliche Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen frühzeitig zu erkennen.

Schwangerschaftsberatung

In den neun staatlich anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen in München wurden im Jahr 2016 insgesamt 12.939 Ratsuchende beraten, darunter auch Personen aus dem Münchener Umland. Insgesamt sieben staatlich anerkannte Schwangerenberatungsstellen werden von der Stadt München bezuschusst. Darüber hinaus gibt es eine Schwangerenberatungsstelle im Referat für Gesundheit und Umwelt sowie eine im Landratsamt München. Der Beratungsauftrag reicht von der Schwangerenkonfliktberatung bis zur Unterstützung bei finanziellen und psychosozialen Problemen während der Schwangerschaft und erstreckt sich bis zu drei Jahre nach der Geburt.

Neben den staatlich anerkannten gibt es noch andere Schwangerenberatungsstellen in München, wie z. B. der Sozialdienst katholischer Frauen e.V. (SkF) mit eigenem Unterstützungsfonds für bedürftige Frauen und die Beratungsstelle für Natürliche Geburt und Elternsein e.V. mit einem vielfältigen Kursangebot für werdende Eltern.

Versorgung durch Hebammen

Aussagen zu Kapazitäten von Hebammen sind auf der Basis bekannter Datengrundlagen durch die eingeschränkte Datenqualität nicht möglich. Die Erfassung der freiberuflichen Hebammen bei den zuständigen Gesundheitsämtern erfolgt ohne Angabe des Arbeitsumfangs. Abmeldungen nach Einstellung der Tätigkeit als Hebamme erfolgen laut Kenntnis des in München zuständigen Sachgebiets im RGU nur unzuverlässig. In Krankenhäusern festangestellte und seit 2015 auch Beleghebammen müssen gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser dort ausgewiesen werden. Beleghebammen sind selbständig

(freiberuflich) arbeitende Hebammen, die mit einer oder mehreren Geburtskliniken einen Belegvertrag abgeschlossen haben, oder in einem Krankenhaus mit einem sogenannten Belegsystem arbeiten. Sie sind in der Regel – ähnlich wie angestellte Hebammen – im Schichtdienst im Kreißsaal oder in der Wochenbettstation der Klinik tätig. Für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden Beleghebammen jeweils zum Stichtag 31. Dezember und nur als Personen ohne Angaben zum Arbeitsumfang erfasst. Insgesamt stellt sich auf der Basis der bestehenden Datenquellen eine Abschätzung der bestehenden Versorgung durch Hebammen als schwierig dar, was gezielte Erhebungen in diesem Bereich notwendig erscheinen lässt.

Entbindungseinrichtungen und neonatologische Abteilungen

München verfügt über elf Standorte geburtshilflicher Abteilungen, die an insgesamt acht Krankenhäuser angeschlossen sind. Generell besteht neben einer stationären Entbindung die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung (nach § 24 f SGB V) in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme geleiteten Einrichtung (Geburtshaus), einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt. Die Anzahl außerklinischer Geburten in München ist niedrig und daher nur von geringer Versorgungsrelevanz für die Stadt München (ca. 530 außerklinisch geplante und begonnene Einlings-Geburten im Jahr 2016¹⁴; insgesamt 294 Geburten im Jahr 2017 im Geburtshaus in der Fäustlestraße).

Frühgeborene und insbesondere solche, die vor der 33. Schwangerschaftswoche geboren werden und ein Geburtsgewicht unter 1500 g aufweisen, oder kranke Neugeborene, werden in den neonatologischen Abteilungen versorgt. Bei sieben der neonatologischen Einrichtungen handelt es sich um Perinatalzentren Level 1, d. h. mit der höchsten Versorgungsstufe. Im Krankenhausplan des Freistaats Bayern sind für die Landeshauptstadt München 84 neonatologische Intensivbehandlungsplätze an neun Standorten ausgewiesen. Allerdings weist der Krankenhausplan rein planerische Behandlungsplätze aus, welche von der tatsächlichen Anzahl und Verfügbarkeit abweichen können. So ist auf Grund von bestehenden Personalengpässen in den Krankenhäusern von einer deutlich niedrigeren Zahl verfügbarer neonatologischer Intensivbehandlungsplätze auszugehen.

Ein wichtiger Indikator der Versorgungsqualität geburtshilflicher Einrichtungen bildet der Anteil an Kaiserschnittgeburten.

Die Anzahl der Kaiserschnitte hat sich in den letzten 20 Jahren in Deutschland mehr als verdoppelt und liegt aktuell bei über 30 % aller Krankenhausgeburten.¹⁵ In

¹⁴ Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.(QUAG); www.quag.de

¹⁵ Poets CF, Abele H. Geburt per Kaiserschnitt oder Spontangeburt. Was ist sicherer für das Kind? Monatsschrift Kinderheilkunde 2012, 160(12):1196-1203

München wurden im Jahr 2015 insgesamt 34 % der Geburten per Kaiserschnitt entbunden.¹⁶ Da eine Kaiserschnittgeburt sowohl für die Mutter wie auch für das Kind ein Risikofaktor für diverse Erkrankungen darstellt, sollte diese Intervention nur bei einer bestehenden medizinischen Indikation durchgeführt werden. Für die einzelnen Kliniken in München variiert der Anteil der Kaiserschnittgeburten stark. Die geburtshilflichen Abteilungen des Städtischen Klinikum München (StKM) GmbH verzeichnen im Mittel mit einem Anteil von 24% Kaiserschnittgeburten einen unterdurchschnittlichen Wert. Besonders niedrig war der Anteil der Kaiserschnittgeburten am Klinikum Neuperlach der StKM, wo allerdings aber auch nur Geburten ab der 37. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Die Anzahl der Kaiserschnittgeburten an den einzelnen Kliniken werden öffentlich zugänglich in den jährlich erscheinenden strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht (s. Abschnitt 2.1).

Aufgrund der stark zugenommenen Kaiserschnitttrate ohne Veränderung der medizinischen Indikation wurde im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren ein Qualitätsindikator eingeführt, der die beobachtete zu der erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten ins Verhältnis setzt. Ziel dieses Qualitätsindikators ist es, dass in den Kliniken nicht mehr Kaiserschnittgeburten als medizinisch nötig durchgeführt werden. Um die Werte zwischen den Kliniken vergleichbar zu machen, müssen bei den erwarteten Ereignissen unterschiedliche patientenbezogene Risiken für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen – wie z. B. ein hoher Anteil an Patientinnen mit einer Mehrlingsschwangerschaft – berücksichtigt werden. Man spricht bei diesem Vorgehen von Risikoadjustierung. Jedes Jahr wird ein Referenzbereich für diesen Qualitätsindikator festgelegt, der angibt, ob das Ergebnis statistisch auffällig ist. Im Jahr 2015 wurde ein Ergebnis über 1,24 als auffällig eingestuft. Je niedriger das Ergebnis für den Qualitätsindikator, desto näher kommt es dem Qualitätsziel wenig nicht indizierter Kaiserschnittgeburten (siehe hierfür auch die Sitzungsvorlage „Geburtshilfe III“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12712). Für alle drei geburtshilflichen Abteilungen der StKM in den Kliniken Harlaching, Neuperlach und Schwabing war dieser Qualitätsindikator im Jahr 2015 ausgesprochen unauffällig. Andere Kliniken weisen weit höhere Werte auf, und eine Belegarztambulanz in München lag hinsichtlich des Ergebnisses oberhalb des als auffällig eingestuften Referenzwertes.

2.3. Analyse der Kapazitäten der geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen

Für die im Folgenden präsentierten Zahlen standen die im System IVENA München dokumentierten Abmeldungen der geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser und neonatologischen Intensivstationen (NIPS) für die Jahre 2016 und 2017 zur

¹⁶ Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Klinikum der Universität München, Ergebnisbericht - Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt in der Landeshauptstadt München (Anlage 1 zu dieser Bekanntgabe): S.15-16

Verfügung. Im gesamten Zeitraum wurden zahlreiche Abmeldungen dokumentiert, welche auch stundenweise dazu führten, dass einzelne Kategorien keine freien Kapazitäten im gesamten Stadtgebiet München aufwiesen. In diesen Situationen kann eine Verlegung in Kliniken außerhalb Münchens notwendig werden.

Die Auswertungen zeigten, dass die Versorgung für Schwangere ab der Schwangerschaftswoche (SSW) 36 zu jedem Zeitpunkt in 2016 und 2017 insofern sichergestellt war, als dass immer mehr als drei Geburtshilfeeinrichtungen im IVENA-System angemeldet waren. Insofern ist entsprechend der Dokumentation in IVENA für diese Geburtshilfeeinrichtungen von ausreichenden Kapazitäten auszugehen.

Anders stellte sich insbesondere im Jahr 2017 die Situation für die Entbindung und Versorgung von extrem frühgeborenen Kindern (ab SSW 22+0 bis SSW 28+6¹⁷) dar. Die Entbindung und Versorgung der Frühgeborenen macht in der Regel sowohl eine Geburtshilfeeinrichtung mit entsprechender Ausstattung als auch eine neonatologische Intensivpflegestation (NIPS) erforderlich. Aus diesem Grund werden oft die Geburtshilfeeinrichtungen für Frühgeborene mit abgemeldet, sobald keine NIPS-Kapazitäten verfügbar sind. Die Analyse der IVENA-Daten aus dem Jahr 2017 ergibt für Frühgeborene (Schwangerschaftswoche SSW 22 bis SSW 28+6), dass bei dieser Indikation zeitweise nur wenige Einrichtungen zur Verfügung standen. Es kam sogar vor, dass alle Einrichtungen der Geburtshilfe dieser Kategorie abgemeldet waren. Dies war im 2. Halbjahr 2017 im Umfang von etwa 50 Stunden pro Quartal der Fall (siehe Anlage 1: Abschnitt 3.2.4.4 Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6; S. 37 ff.).

Die Ergebnisse der Analysen von IVENA-Daten unterliegen einigen Limitationen, so kann nicht davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen Kapazitäten in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie valide abgebildet werden. So gab es z. B. ab Juli 2017 eine relevante Änderung im IVENA-System für die Dokumentation der Kapazitäten der neonatologischen Intensivpflegestationen (NIPS), die auch Auswirkungen auf die Ergebnisse der Analysen haben könnte. Im Sommer 2017 wurden zwei weitere NIPS-Einrichtungen in das IVENA-System übernommen. Obwohl die beiden Einrichtungen bereits zuvor an der neonatologischen Intensivbehandlung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen mitgewirkt haben, kann die Aufnahme der beiden Einrichtungen in das IVENA-System das Abmeldeverhalten der anderen bereits dokumentierten NIPS-Einrichtungen in München beeinflusst haben, ohne dass de facto eine Veränderung in der Versorgungssituation vorgelegen hat. Letztendlich kann, auch wenn die Daten Hinweise auf Versorgungsengpässe liefern, aus einer gleichzeitigen Abmeldung

17 „SSW 28+6“ bedeutet, dass 28 Schwangerschaftswochen und 6 Tage der Schwangerschaft vollendet wurden. Eine übliche Schwangerschaft dauert 40 Wochen ab dem ersten Tag der letzten Regelblutung vor der Schwangerschaft (post menstruationem).

aller Kliniken nicht davon ausgegangen werden, dass weitere Notfälle nicht mehr in München versorgt werden könnten.

Auch aus den dokumentierten Abmeldegründen können keine validen Aussagen über kapazitätsbeschränkende Faktoren gemacht werden. Dies resultiert in erster Linie aus inhaltlichen Überschneidungen bzw. unterschiedlicher Interpretation der vorgegebenen Abmeldegründe auf Seiten der Anwenderinnen und Anwender in Kliniken.

2.4. Mütterbefragung

2.4.1. Einleitung

Da die verfügbaren Sekundärdatenquellen u. a. wenige Aussagen über Zugang und Inanspruchnahme in den Bereichen Versorgung niedergelassener Hebammen (Geburtsvorbereitung und Nachsorge), ambulante gynäkologische Versorgung und Nutzung von Beratungsstellen zulassen, wurden diese Themenfelder neben einigen anderen (Zufriedenheit, Wohlbefinden und Informationsverhalten) durch eine Befragung von Müttern in den Wöchnerinnenstationen der Münchener Kliniken beleuchtet.

2.4.2. Methode

Die Befragung konnte an zehn der elf Münchener geburtshilflichen Abteilungen und am Münchener Geburtshaus im März und April 2018 durchgeführt werden.

Der Fragebogen beinhaltete einen soziodemografischen Teil, Fragen zum Informationsverhalten, Zugang zur und Inanspruchnahme von verschiedenen Versorgungsbereichen. Hinzu kommen validierte Erhebungsinstrumente zum subjektiven Wohlbefinden und zur Zufriedenheit der Mütter mit der medizinischen Versorgung.

Insgesamt nahmen 457 Mütter im Wochenbett teil. Mit 43 % waren die meisten der befragten Frauen zwischen 31 und 35 Jahre alt und die überwiegende Mehrheit gab an, Deutsch auf muttersprachlichem Niveau zu beherrschen.

Die Verteilung der Bildungsabschlüsse in der Stichprobe weist darauf hin, dass insbesondere die rein beschreibenden Kennzahlen mit Bedacht zu interpretieren sind, da die Untersuchung mit Einschränkungen im Bereich der Repräsentativität behaftet ist. Die Analyse von Zusammenhängen zwischen den erhobenen Parametern kann aber belastbare Ergebnisse liefern.

2.4.3. Ergebnisse

Wohlbefinden und Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung

Unter anderem enthielt der Mütterfragebogen einen fünf Fragen umfassenden eigenen Fragebogen der WHO¹⁸, welcher Rückschlüsse auf eine Einschätzung des psychischen Wohlbefindens erlaubt. Der Vergleich verschiedener Gruppen von Schwangeren ergab lediglich einen kleinen Effekt der Parität, d. h. der Kinderzahl je Frau, in der Form, dass Mütter, die bereits mindestens ein Kind haben, ein geringeres Wohlbefinden angaben als erstgebärende Mütter.

Bei der Erfassung der Zufriedenheit wurde nicht nach einzelnen Versorgungsbereichen differenziert.¹⁹ Sie spiegelt somit die allgemeine Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung während der gesamten Schwangerschaft und Geburt wider. Hierfür lässt sich konstatieren, dass mit 74 % der überwiegende Anteil der Mütter angab, „zufrieden“ oder „höchst zufrieden“ mit der medizinischen Versorgung gewesen zu sein.

Inanspruchnahme, Zugang und Informationsverhalten im Bereich Hebammenversorgung

Insgesamt haben 51 % der befragten Frauen an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen. Von denen, die an keinem Kurs teilnahmen, gaben allerdings nur 6 % an, dass dies geschah, weil sie keinen Platz bekommen haben. Ähnlich sieht es für die Inanspruchnahme weiterer Hebammenleistungen vor der Geburt (persönliche oder telefonische Beratung, Kurse in Kinderpflege, Akupunktur) aus. Diese wurden von 67 % in Anspruch genommen, wobei nur 11 % der Nicht-Teilnehmerinnen angaben, keinen Platz bekommen zu haben.

Der Wunsch im Rahmen der Nachsorge durch eine Hebamme betreut zu werden, liegt mit 90 % bei nahezu allen befragten Müttern vor. Dabei gaben aber 47 % an, dass sie Schwierigkeiten hatten, eine Hebamme für die Nachsorge zu finden. Im Durchschnitt mussten 5,3 Hebammen kontaktiert werden - Erstgebärende sogar im Durchschnitt 6,6 Hebammen - , um eine Zusage zu erhalten.

Nur 2,5 % der befragten Mütter hatten zum Zeitpunkt der Befragung – kurz nach der Geburt – noch keine Hebamme, obwohl sie bereits Hebammen kontaktiert hatten. Bei der Suche nach Kontaktadressen von Hebammen für

18 WHO-5, Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød

19 Die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung wurde auf Basis von drei Fragen analog zu Raposo et al. erhoben. Raposo M. L., Alves H. M., Duarte P.A. Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: a patient's satisfaction index. Service Business, März 2009; 3 (1):85-100

die Nachsorge wurde am häufigsten auf die „Hebammensuche Bayern“ (36 % der Mütter) zurückgegriffen. Als wichtigste Kriterien bei der Entscheidung für eine potenzielle Hebamme wurden „persönliche Empfehlungen“ (50 %) und „räumliche Nähe“ (50 %) genannt.

Zugang zur ambulanten gynäkologischen Versorgung

In dem Bereich Arztsuche gaben über 85 % der Frauen an, bei der Suche nach einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt „eher keine“ bis „gar keine“ Probleme gehabt zu haben. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der Frage nach Problemen, einen Termin bei der Frauenärztin oder dem Frauenarzt zu bekommen. Auch hier sind es über 85 %, die „eher keine“ bis „gar keine“ Probleme bei der Terminvergabe hatten.

Zugang und Informationsverhalten im Bereich Geburtsklinik

Der überwiegende Teil der Frauen (92 %) konnte in der Geburtsklinik entbinden, in der sie auch angemeldet waren. Bei den Frauen, die nicht in ihrer Wunschklinik entbinden konnten, waren die häufigsten Gründe einerseits Kapazitätsengpässe und andererseits durch Komplikationen bedingte, notwendige Verlegungen.

Schwangere entschieden sich vor allem aufgrund der räumlichen Nähe für eine Geburtsklinik (55 %). Weitere wichtige Gründe für die Wahl der Frauen waren ein guter Ruf der Einrichtung (45 %), die medizinische Ausstattung (44 %), persönliche Empfehlung (40 %) und ein gutes Gefühl nach der Besichtigung der Einrichtung (35 %).

Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Als ein möglicherweise wichtiger Faktor, der mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aber auch mit dem Informationsverhalten assoziiert sein könnte, wurde der Grad der Deutschkenntnisse identifiziert. Werden in den oben beschriebenen Versorgungsbereichen (Hebammenversorgung, niedergelassene Frauenärztinnen und Frauenärzte und geburtshilfliche Einrichtungen) die Inanspruchnahme und das Informationsverhalten zwischen Frauen, deren Muttersprache Deutsch ist, und Frauen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, verglichen, so kann in Bezug auf Nicht-Muttersprachlerinnen gezeigt werden:

- Sie kontaktierten später einen Gynäkologen.
- Sie berichteten deutlich größere Probleme, einen Gynäkologen zu finden.
- Sie kontaktierten später eine Entbindungseinrichtung (6. Monat versus 4. Monat).
- Sie begannen deutlich später mit der Suche nach einer Hebamme (5.

Monat versus 3. Monat) und mussten auch deutlich mehr Hebammen kontaktieren.

- Sie berichteten über größere Probleme, eine Hebamme zu finden.
- Sie hatten deutlich seltener das Gefühl, genügend Informationen über die Entbindungseinrichtung zu haben.
- Sie hatten seltener das Gefühl, genügend Informationen zu Hebammenleistungen nach der Entbindung zu haben.

Darüber hinaus wurde auch der Einfluss der schulischen Bildung auf die Inanspruchnahme und das Informationsverhalten untersucht. Die Ergebnisse dieser Analysen deuten darauf hin, dass je höher der Bildungsgrad der Frau ist:

- desto früher nahm sie Kontakt zu einer Gynäkologin bzw. einem Gynäkologen auf.
- desto früher kontaktierte sie mögliche Entbindungseinrichtungen. Es wurden mit höherem Bildungsgrad auch tendenziell mehr Einrichtungen kontaktiert.
- in desto mehr Entbindungseinrichtungen war sie gleichzeitig angemeldet.
- desto früher begann sie mit der Suche nach einer Hebamme. Es bestand allerdings kein Unterschied bei der Anzahl der kontaktierten Hebammen.
- desto eher hatte sie das Gefühl, genügend Informationen zur Entbindungseinrichtung und zu Hebammenleistungen nach der Entbindung zu haben.

2.4.4. Diskussion der Ergebnisse der Mütterbefragung

Die Mütterbefragung deckt insbesondere im Bereich der durch Hebammen geleisteten Nachsorge Zugangsprobleme auf. Nahezu die Hälfte der befragten Mütter im Wochenbett gab an, dass es schwierig war, eine Hebamme für die Nachsorge zu finden. Auch die Zahl von im Mittel 5,3 kontaktierten Hebammen deutet darauf hin, dass der Zugang zu Hebammenleistungen erschwert ist. Dies ist vor dem Hintergrund zu bewerten, dass die Hälfte der befragten Frauen bereits zuvor ein Kind geboren haben und daher in der Regel weniger Probleme hatten, eine Hebamme für die Nachsorge zu finden. Dies ist von besonderer Bedeutung, da 7 % (32 von 457) der befragten Mütter angaben, keine Hebamme für die Nachsorge zu benötigen. Darüber hinaus scheinen die Schwierigkeiten bei der Hebammsuche unter Frauen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, noch ausgeprägter zu sein. Insgesamt lag aber der Anteil von Frauen kurz nach der Geburt, die, obwohl sie Hebammen kontaktiert hatten, noch keine Hebamme für die Nachsorge gefunden haben, bei 2,5 %.

Darüber hinaus liefert die Mütterbefragung wenig Anhaltspunkte für wahrgenommene Engpässe in der stationären geburtshilflichen Versorgung gesunder, reifgeborener Kinder und ihrer Mütter. Auch im ambulanten gynäkologischen Bereich bestehen aus Sicht der Mütter wenig Schwierigkeiten, eine Ärztin oder einen Arzt zu finden. Einschränkend muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass im Bereich der ambulanten gynäkologischen Versorgung fehlende deutsche Sprachkenntnisse, Schwierigkeiten eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt zu finden, präzisieren.

Von besonderer Bedeutung als Informationsquelle während der Schwangerschaft wurden die Frauenärztin oder der Frauenarzt, das Internet, die Hebamme, die Entbindungseinrichtung und Erfahrungen aus vorherigen Schwangerschaften genannt.

Insgesamt kann konstatiert werden, dass die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung während der Schwangerschaft und Geburt sehr hoch war.

Die Analyse deckte Probleme beim Zugang zu ambulanten Hebammenleistungen (hohe Anzahl an Kontakten zu verschiedenen Hebammen bei der Suche) auf. Dabei war der Anteil von Frauen, die von der Hebammenversorgung nach der Geburt ausgeschlossen zu werden drohten, vergleichsweise gering. Auch wenn es einer genaueren Betrachtung dieser nicht unerheblichen Gruppe bedarf (2,5 % der Mütter im Wochenbett gaben an, bis zu diesem Zeitpunkt keine Hebamme für die Nachsorge gefunden zu haben), lässt der geringe Anteil darauf schließen, dass es sich weniger um Kapazitätsprobleme, als vielmehr um Defizite in der Vermittlung und Koordinierung handelt.

Auch von der durch das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) in Auftrag gegebenen Hebammenstudie werden neue Einblicke in die Hebammenversorgung erwartet. Die Studie umfasst sowohl eine Befragung von Hebammen als auch eine Befragung von Müttern und erlaubt eine münchenspezifische Auswertung der Befragung der Mütter. Die bis zur Erstellung dieser Sitzungsvorlage (August 2018) nur in einem Kurzbericht vorliegenden Ergebnisse zeigen für die Themenfelder Inanspruchnahme und Zugangsproblematik im Bereich Hebammenversorgung während der Schwangerschaft und im Wochenbett sehr ähnliche Zahlen wie die vom RGU in Auftrag gegebene Mütterbefragung. Interessant ist der Vergleich mit Gesamtbayern, den die Hebammenstudie des StMGP erlaubt. So berichteten

im Vergleich die Münchner Hebammen deutlich mehr Anfragen für eine Wochenbettbetreuung als sie annehmen konnten, und auf Seiten der Mütter haben weniger Frauen eine Wochenbettbetreuung in Anspruch genommen als in anderen städtischen und ländlichen Regionen. Als eine Maßnahme wird in dem Bericht der Hebammenstudie des StMGP vorgeschlagen, vorhandene Angebotskapazitäten effizienter der Nachfrage zuzuordnen. Dies könne auch durch Angebote kommunaler Vermittlungsstellen erreicht werden.

So bietet die im Jahr 2017 als Pilotprojekt gestartete Hebammenhotline in München zwischen Montag und Freitag täglich eine 2-stündige telefonische Sprechstunde an. Die Hotline richtet sich an Münchnerinnen, die im letzten Drittel der Schwangerschaft sind und trotz eigener Bemühungen keine Hebamme für die Schwangerschaftsvorsorge oder Wochenbettbetreuung gefunden haben.

Erste Erfahrungen zeigen, dass das Angebot von den Frauen gut angenommen wird und auch bei den mitarbeitenden Hebammen auf positive Resonanz stößt. Das Projekt wurde in den ersten zehn Monaten der Pilotphase evaluiert. Ein Ergebnis dieser Evaluation besagt, dass vom 28.08.2017 bis zum 04.06.2018 312 relevante Anfragen bei der Hotline eingingen. Die Vermittlungsquote lag in diesem Zeitraum bei ca. 50 %. Dabei muss betont werden, dass eine hohe räumliche Disparität vorlag. Während in einigen Stadtbezirken alle Frauen vermittelt werden konnten, gelang es in manchen Stadtbezirken für keine der Frauen eine Hebamme zu finden.

Diese Ergebnisse zeigen aber auch, dass der niedrige Anteil von Müttern, die in der Mütterbefragung angaben, keine Hebamme zur Nachsorge gefunden zu haben, mit der fehlenden Repräsentativität der Stichprobe zusammenhängen könnte. So waren es bei der Evaluation der Hebammenhotline gerade sozial schwache Stadtbezirke mit niedrigen Vermittlungsquoten (in einigen Stadtbezirken konnte sogar keine Frau vermittelt werden). Bei der Mütterbefragung hingegen waren Mütter mit hoher Bildung in der Stichprobe überrepräsentiert.

In der konsequenten Weiterführung der Hebammenhotline hat der Stadtrat im April 2018 das RGU beauftragt, ein Konzept für eine Hebammenkoordinierungsstelle für München zu entwickeln, auch mit dem Ziel einer besseren Steuerung und Verteilung bestehender Kapazitäten.²⁰

Auch das Förderprogramm des Freistaats Bayern könnte zur Entspannung im

Bereich der Wochenbettbetreuung beitragen. Die Richtlinie zur Förderung der Geburtshilfe in Bayern (GebHilfR) wird derzeit durch den Freistaat Bayern entwickelt.²¹ Die Fördermittel sollen durch die Landkreise und kreisfreien Städte gemäß der GebHilfR beantragt werden können. Die Mittel sollen zur Verbesserung der geburtshilflichen Situation eingesetzt werden. Der erste Teil des Förderprogramms soll voraussichtlich im Herbst dieses Jahres anlaufen. Die Kommunen sollen in die Verbesserung der Hebammenhilfe bei Geburt und Wochenbettbetreuung investieren. Förderfähig werden in einem breiten Ansatz alle Maßnahmen und Projekte sein, welche die geburtshilfliche Hebammenversorgung sowie die Wochenbettbetreuung durch Hebammen und Entbindungspfleger stärken und sichern. Hiervon können sowohl die stationäre als auch die ambulante Geburtshilfe profitieren.

2.4.5. Vergleich mit den Ergebnissen der Münchner Mütterbefragung aus dem Jahr 2012

Während in der in dieser Sitzungsvorlage vorgestellten Mütterbefragung die gesamte medizinische Versorgung im Bereich Geburt und Schwangerschaft abgebildet werden sollte, wurde in der im Jahr 2012 auf der Grundlage des Stadtratsbeschlusses vom 20.01.2011 zur „Situation der Hebammen in München“²² durchgeführten Mütterbefragung speziell die Versorgung vor und nach der Geburt im Bereich Hebammenhilfe untersucht. In dieser Befragung wurden alle Münchner Mütter, die in dem Zeitraum von Mai 2012 bis Mitte August 2012 Kinder entbunden haben, angeschrieben und gebeten, im Rahmen einer Online-Befragung über ihre Erfahrungen mit der Hebammenversorgung Auskunft zu geben.

Von den 4.453 Müttern haben 1.099 Frauen (25 %) an der Befragung teilgenommen.

Auch diese Befragung hatte Einschränkungen in der Repräsentativität, da Mütter, die jünger als 30 Jahre sind, alleinerziehende Mütter, Mütter mit Migrationshintergrund und Frauen und Mütter ohne formale berufliche Bildung unter den Teilnehmerinnen unterrepräsentiert waren.

Ähnlich zu den Ergebnissen der aktuellen Mütterbefragung gab es einen geringen Anteil (3 %) von Müttern, die, obwohl gewünscht, keine Hebamme für die Nachsorge gefunden haben.

Vergleichbar mit der aktuellen Studie bestand in der Befragung aus dem Jahr 2012 ein sozialer Gradient bzgl. der Inanspruchnahme, aber auch des

21 Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Vorlage war die Verabschiedung der Förderrichtlinie für Ende Oktober 2018 in Aussicht gestellt worden.

22 Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 05794 „Situation der Hebammen in München“ vom 20.01.2011

Zugangs zu Hebammenleistungen. So waren es auch in der Umfrage von 2012 überdurchschnittlich häufig Mütter ohne Berufsausbildung und mit einem Migrationshintergrund bzw. einer ausländischen Staatsangehörigkeit, die keine Hebammenleistungen in Anspruch nahmen.

3. Fazit

Die Etablierung eines medizinischen Versorgungsmanagements, angesiedelt auf der kommunalen Ebene, bietet die Möglichkeit, durch verschiedene Akteure erhobene Daten im Hinblick auf versorgungsrelevante Fragestellungen zusammenzuführen. Ziel ist, Versorgungsdefiziten zielgerichtet in Kooperation mit Expertinnen und Experten, Betroffenen und Stakeholdern begegnen zu können.

Es ist gelungen, diverse Sekundärdaten mit Informationen über Kapazitäten und Bedarfe in der Versorgung „Rund um Schwangerschaft und Geburt“ zu identifizieren. Auch wenn diese Daten zum Teil Qualitätssicherungsverfahren entstammen, waren Klinikvertreterinnen und Klinikvertreter bereit, diese zunächst zeitlich begrenzt bis zum 31.12.2022 für Analysen der Versorgungssituation und ein darauf aufbauendes Monitoring zur Verfügung zu stellen. Von elf geburtshilflichen stationären Abteilungen in München haben zehn Abteilungen ihr Einverständnis für eine Übermittlung und die Nutzung von Daten aus der Erhebung im Rahmen der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) im Verfahren Geburtshilfe und aus den Abmeldungen aus der stationären Versorgung Geburtshilfe und Neonatologie über den webbasierten interdisziplinären Versorgungsnachweis (IVENA) gegeben.

Die Auswertungen der Daten aus dem webbasierten interdisziplinären Versorgungsnachweis (IVENA) zeigen, dass die Situation für Schwangere ab der Schwangerschaftswoche (SSW) 36 zu keinem Zeitpunkt in 2016 und 2017 so eingeschränkt war, dass weniger als vier freie Geburtshilfeeinrichtungen verfügbar waren. Insofern ist entsprechend der Dokumentation in IVENA für diese Geburtshilfeeinrichtungen derzeit noch von ausreichenden Kapazitäten auszugehen. Anders stellte sich im Jahr 2017 die Situation für die Entbindung und Versorgung von extrem frühgeborenen Kindern und kranken Neugeborenen dar. Die Entbindung und Versorgung der Frühgeborenen und anderen Risikogeburten macht in der Regel sowohl die entsprechende Geburtshilfeeinrichtung als auch eine neonatologische Intensivpflegestation (NIPS) erforderlich. In diesem Bereich kam es des öfteren zu einer gleichzeitigen Abmeldung aller Einrichtungen. Limitierend muss aber festgehalten werden, dass die Daten, welche über das IVENA-System aufgezeichnet werden, zwar geeignet sind, um Engpässe zu identifizieren, aber die tatsächlichen Kapazitäten nicht valide widerspiegeln.

Da insbesondere für den Bereich der Schwangerenvorsorge, Schwangerschafts-

beratung und Nachsorge keine bereits bestehenden und routinemäßig erhobenen Datenquellen erschlossen werden konnten, fand im März 2018 eine Befragung der Mütter in den Wochenbettstationen der Geburtskliniken sowie im Geburtshaus mittels eines standardisierten Fragebogens statt. Erste Ergebnisse dieser Daten deuten u. a. auf Probleme im Zugang zur Hebammenbetreuung im Rahmen der Nachsorge hin. Die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung während der Schwangerschaft und Geburt war hoch, auch wenn die Ergebnisse darauf hinweisen, dass Frauen mit geringeren Deutschkenntnissen, in einigen Versorgungsbereichen vermehrt Zugangsprobleme haben und sich schlechter informiert fühlen.

In dieser Bekanntgabe wird von ersten ausgewählten Ergebnisse der Analyse des Versorgungsbereichs „Schwangerschaft und Geburt“ berichtet. Es ist geplant, noch weitere Datenquellen zu erschließen (z. B. zu Abrechnungszwecken erhobene Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen und Daten nach der Krankenhausstatistik-Verordnung²³). Des Weiteren werden über die vorgestellten Analysen hinaus Auswertungen bereits vorhandener Daten stattfinden, wie z. B. eine genauere Abbildung der Inanspruchnahme im Bereich Geburtshilfe getrennt nach Müttern mit Hauptwohnsitz in der LH München und Müttern aus umliegenden Kommunen.

Auch wenn sich aus den IVENA-Daten und der Mütterbefragung noch eine sichere geburtshilfliche Versorgung im Bereich von gesunden Reifgeborenen ablesen lässt, äußern Ärzte und Hebammen immer wieder, dass dies nur durch einen bis an die Belastungsgrenzen gehenden Einsatz ermöglicht wird. Darüber hinaus werden die demografische Entwicklung, aber auch Unsicherheiten in der Ausgestaltung der Versorgungslandschaft in der LH München und dem Umland die Geburtshilfe zukünftig vor Herausforderungen stellen, die es schon jetzt gilt anzugehen. So wird zum einen ein weiterer Anstieg der Geburten von Münchnerinnen von bis zu 19 % bis zum Jahr 2035 prognostiziert²⁴ und zum anderen, sollte der Trend zu einem höheren Alter von Müttern sowohl bei der ersten Geburt als auch bei Betrachtung über alle Geburten hinweg anhalten, ist mit einem steigenden Anteil an Risikoschwangerschaften, welche deutlich mehr geburtshilfliche und neonatologische Kapazitäten binden, zu rechnen. Dies zusammen mit einer unsicheren langfristigen Planung von Kapazitäten in München und dem Umland, sollte dazu mahnen, proaktiv die Entwicklung der Münchener Geburtshilfe und Neonatologie voranzutreiben.

Die Bekanntgabe ist mit der Frauengleichstellungsstelle der Landeshauptstadt München abgestimmt.

23 Die Grunddaten der Krankenhäuser werden bundesweit nach der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (KHStatV) erhoben. Die Erhebung wird dezentral von den Statistischen Ämtern der Länder durchgeführt.

24 Landeshauptstadt München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung (Hg.), Demografiebericht München – Teil 1, Analyse und Bevölkerungsprognose 2015 bis 2035, Stand April 2017

Die Korreferentin des Referates für Gesundheit und Umwelt, Frau Stadträtin Sabine Krieger, der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Stadtrat Dr. Ingo Mittermaier, sowie die Stadtkämmerei haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

II. Bekannt gegeben

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der Vorsitzende

Die Referentin

Ober-/Bürgermeister

Stephanie Jacobs
Berufsmäßige Stadträtin

- III. Abdruck von I. mit II.
über das Direktorium HA II/V - Stadtratsprotokolle
an das Revisionsamt
an die Stadtkämmerei
an das Direktorium – Dokumentationsstelle
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-RL-RB-SB
- IV. Wv Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-RL-RB-SB
zur weiteren Veranlassung (Archivierung, Hinweis-Mail).