

Ergebnisbericht

Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt
in der Landeshauptstadt München



07/2018

Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM)
Klinikum der Universität München



Herausgeber: Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) Klinikum
der Universität München

Geschäftsführender Direktor: Dr. Stephan Prückner

Wissenschaftliche Bearbeitung (in alphabetischer Reihenfolge):

Dipl.-Geogr. C. Gehring
Dr. S. Groß (Leitung)
K. Hegenberg, MPH
V. Koncz, MPH
Dr. A. Zech

Die Auswertungen in diesem Dokument basieren auf den durch das INM aufbereiteten Einsatzdaten der Integrierten Leitstellen. Bei der Erstellung des Dokuments wurde auf den zu diesem Zeitpunkt aktuellen Datenbestand zugegriffen. Dieser Datenbestand wird durch das INM laufend hinsichtlich seiner Plausibilität und Vollständigkeit überprüft sowie ggf. korrigiert oder ergänzt. Daher können die vorliegenden Auswertungen in Einzelfällen von entsprechenden Auswertungen in anderen Dokumenten abweichen, die zu einem anderen Zeitpunkt erstellt wurden. Die aus den Auswertungen abgeleiteten Aussagen bleiben in der Regel jedoch gültig.

Titellayout, Satz, Gestaltung: Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM)
Klinikum der Universität München, © INM 2018

Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dergleichen, die in diesem Gutachten ohne besondere Kennzeichnung aufgeführt sind, berechtigen nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedem benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um gesetzlich geschützte Warenzeichen handeln. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks, der Wiedergabe in jeder Form und der Übersetzung in andere Sprachen, behält sich mit Ausnahme der in § 53 UrHG ausdrücklich genannten Sonderfälle der Herausgeber vor. Jegliche Veröffentlichung und Präsentation des Gutachtens, auch in Auszügen, bedarf der Genehmigung des Herausgebers oder dessen Auftraggeber.

Adresse des Herausgebers: Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM)
Klinikum der Universität München
Schillerstraße 53, 80336 München
Telefon: (089) 4400-57100, -57101
Fax: (089) 4400-57102
E-Mail: syspro.inm@med.uni-muenchen.de
Website: www.inm-online.de

Geschäftsführender Direktor: Dr. Stephan Prückner

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des öffentlichen Rechts

Vorstand: Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch (Vorsitz), Kaufmännischer Direktor: Markus Zendler,
Pflegedirektor: Marcus Huppertz, Vertreter der Medizinischen Fakultät: Herr Prof. Dr. dent Reinhard Hickel (Dekan)
Institutionskennzeichen: 260 914 050, Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß §27a Umsatzsteuergesetz: DE 813 536 017

Fachausschuss:
Prof. Dr. B. Zwißler
(Vorsitzender)
Prof. Dr. J. Werner
Prof. Dr. S. Massberg

Zusammenfassung und Ausblick

München ist eine durch Zuwanderung und steigende Geburtenzahlen stetig wachsende Stadt. Dieser Trend wird anhaltend auch für die Zukunft prognostiziert. Um die dadurch entstehenden Herausforderungen für die medizinische Versorgung von Frauen rund um die Schwangerschaft und Geburt bewältigen zu können, ist die Kenntnis der Bedarfe und Kapazitäten essentiell. Auf der Basis von regelmäßig erhobenen Daten können mögliche Engpässe in der Versorgung identifiziert und im Verlauf beurteilt werden, beispielsweise der Erfolg einer Intervention.

Das regelmäßige Monitoring der Bedarfe und der Kapazitäten stößt jedoch oft an Grenzen. Die Gründe hierfür sind fehlende oder unzureichende Dokumentation (z.B. Anzahl und Arbeitsausmaß von freiberuflichen Hebammen, Abweisungen von Schwangeren vor dem Kreissaal, reale Bettenkapazitäten inklusive Bettensperrungen), oder datenschutzrechtliche Bedenken (z.B. Zahl der Schwangerschaftsabbrüche). Da es für einige versorgungsrelevante Kennzahlen keine gesetzliche Dokumentationspflicht gibt, müsste die Dokumentation münchenweit auf freiwilliger Basis erfolgen. Dies kann jedoch nur in Abstimmung mit allen beteiligten Akteuren durchgeführt werden.

Bedarf

Die Anzahl der Geburten stellt eine wichtige Kennzahl zur Abschätzung des Bedarfs an Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt dar. In München stieg die Geburtenzahl seit 1978 kontinuierlich an, mit einem leichten Rückgang von ca. 3% zwischen 2016 und 2017. Ebenso ist, bedingt durch eine steigende zusammengefasste Geburtenrate der deutschen Frauen, ein Trend zu einer etwas höheren Kinderzahl pro Frau feststellbar. Prognosen, laut Demografiebericht München, lassen einen weiteren Anstieg der Geburtenzahlen bis 2035 um bis zu 19% erwarten.

In den Münchner Entbindungskliniken machen Geburten von Frauen mit Wohnsitz außerhalb von München einen relevanten Anteil der Gesamtgeburtenzahl aus (ca. 20% in 2015). Im Falle von weiteren Schließungen von Entbindungseinrichtungen im Münchner Einzugsgebiet ist davon auszugehen, dass die Zahl der in München zu betreuenden Entbindungen zukünftig weiter ansteigen wird - zusätzlich zur Geburtensteigerung bei den Einwohnerinnen Münchens - mit einem daraus folgenden erhöhten Bedarf an Entbindungskapazitäten in München.

Neben dem Anstieg der absoluten Geburtenzahlen in München lässt sich auch ein Trend zu einem erhöhten Betreuungsaufwand von Schwangeren und Neugeborenen feststellen. Das liegt einerseits am steigenden Alter der Mütter bei Geburt und somit einer Zunahme von Risikoschwangerschaften, da Erstgebärende über 35 Jahren als Risikoschwangere eingestuft werden. Andererseits entstehen Versorgungsbedarfe durch die aufwendigere Betreuung von Frühgeborenen sowie einen relativ hohen Anteil von Kaiserschnittentbindungen.

Im Jahr 2015 waren 904 der 21.508 in Münchner Krankenhäusern geborenen Kinder Frühgeborene bis zur 36. SSW, was 4 % aller Entbindungen entsprach. Frühgeborene, insbesondere unter 32 SSW, weisen eine erhöhte Morbidität und Mortalität auf und benötigen eine qualifizierte und intensive Betreuung. In Deutschland war der Anteil von Frühgeburten zwischen 2004 und 2010 insgesamt zwar rückläufig, der Anteil von Frühgeborenen unter 32 SSW lag 2010 jedoch im europäischen Vergleich an zweiter Stelle.¹ Perspektivisch muss daher von einem anhaltend hohen Bedarf an spezialisierter Versorgung von Risikogeburten und neonatologisch zu betreuenden Kindern ausgegangen werden.

¹ European Perinatal Health Report (EPHR) 2010, abrufbar unter <http://www.euoperistat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>

Auch bei den Geburten mittels Kaiserschnitt wies Deutschland 2010 einen vergleichsweise hohen Wert auf.¹ In München gab es 2015 auch nach Risikoadjustierung deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken, wobei die Hälfte der Münchner Kliniken eine niedrigere Kaiserschnitttrate als der Bundesdurchschnitt aufwies. Frauen sind nach Kaiserschnittentbindungen in der Regel länger im Krankenhaus, und das Risiko von Komplikationen bei Mutter und Kind im Vergleich zu einer natürlichen Geburt ist erhöht.² Somit hat eine hohe Kaiserschnitttrate direkte und indirekte Auswirkungen auf Bettenkapazitäten und die - teilweise auch langfristige - Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen.

Zufriedenheit

In der von uns durchgeführten Befragung von Müttern im Wochenbett zeigte sich eine mehrheitlich große Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung insgesamt während Schwangerschaft und Geburt. Weiterhin hatte die Mehrheit der Frauen das Gefühl, dass sie in den ersten Wochen mit dem Baby zu Hause genug Unterstützung erhalten werden. Die Frauen, die an der Befragung teilgenommen hatten, waren mehrheitlich zwischen 31 und 40 Jahre alt, beherrschten Deutsch auf Muttersprachniveau und hatten Abitur/ Fachhochschulreife als höchsten Schulabschluss. Auch wenn generell das Bildungsniveau von jungen, gebärfähigen Frauen in Großstädten höher ist als im Bundesschnitt, ist diese Gruppe in der Befragung dennoch überrepräsentiert.

Kapazitäten

Zur Beurteilung, ob die bedarfsgerechte Versorgung in der Schwangerschaft, während der Geburt und in der Nachsorge gewährleistet ist, sollten neben dem Betreuungsbedarf auch die Kapazitäten in diesen Bereichen betrachtet werden. Daher wurden auf Basis der vorliegenden Daten Kapazitäten, Inanspruchnahme und der Zugang zu den verschiedenen Versorgungsbereichen bewertet.

Laut Mütterbefragung ist die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs in der Schwangerschaft sehr verbreitet, wobei die Nachfrage weitgehend abgedeckt werden kann. Ein geringer Anteil der befragten Frauen gab Unsicherheiten bezüglich der Finanzierung bzw. der Organisation des Kurses an. Das sonstige Leistungsspektrum von Hebammen in der Schwangerschaft umfasst persönliche und telefonische Beratung, weitere Kurse außer Geburtsvorbereitung, Vorsorgeuntersuchungen oder alternative Verfahren, wie zum Beispiel Akupunktur. Diese Leistungen wurden von zwei Drittel der Befragten in Anspruch genommen.

Bei der ambulanten gynäkologischen Betreuung von Schwangeren bestehen laut Mütterbefragung keine nennenswerten Schwierigkeiten in München. Dies betrifft sowohl die Suche nach einer Ärztin/ einem Arzt als auch die Terminvergabe.

Das Personal für den stationären Bereich wird in den Qualitätsberichten meist für die gesamte Fachabteilung Gynäkologie und Geburtshilfe ausgewiesen, so dass oftmals keine verwertbaren Angaben für den Bereich Geburtshilfe alleine vorliegen. Eine Ausnahme stellen Hebammen dar, bei denen man davon ausgehen kann, dass sie überwiegend in der Geburtshilfe eingesetzt werden. In den Münchner Entbindungskliniken werden verschiedene Hebammen-Modelle praktiziert. Diese reichen von Kliniken mit überwiegend festangestellten Hebammen über Mischmodelle bis hin zum Betrieb ausschließlich mit Beleghebammen. Problematisch für die Beurteilung der Hebammenkapazitäten ist, dass bei Beleghebammen - im Gegensatz zu festangestellten Hebammen - nicht der Arbeitsumfang, sondern die Anzahl der Personen ausgewiesen wird. Aussagen über tatsächliche

² Pressemitteilung Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), DGGG-Kongress 2012 „Kaiserschnitt oder natürliche Geburt – Keine schwierige Entscheidung?“

Hebammenkapazitäten in den Kliniken sind somit kaum möglich. Zur Beurteilung der Anzahl und des Tätigkeitsausmaßes der freiberuflichen Hebammen außerhalb von Kliniken waren keine Daten verfügbar.

Die überwiegende Mehrheit der Frauen war in der Entbindungsklinik angemeldet, in der sie entbunden hat, wobei nicht abgefragt wurde, ob es sich um die Wunschklinik handelte. Bei den nicht angemeldeten Frauen gaben einige als Grund für die fehlende Anmeldung an, dass die Anmeldung zur Geburt in der eigentlichen Wunschklinik nicht mehr möglich war. Dabei können die zwischen den Entbindungskliniken sehr unterschiedlich gehandhabten Anmeldefristen zur Geburt insofern eine Rolle gespielt haben, als manche Frauen für eine Anmeldung in ihrer Wunschklinik zu spät waren.

2018 stehen in München laut Krankenhausplan 84 neonatologische Intensivbehandlungsplätze zur Verfügung, wobei dies eine rein planerische Bettenzahl ist, welche von der tatsächlichen Anzahl und Verfügbarkeit in der Realität häufig abweicht. So kommt es beispielsweise immer wieder zur kurz- oder langfristigen Reduzierung von Bettenzahlen u.a. aufgrund von Personalengpässen. Die tatsächliche Bettenkapazität sowie Konsequenzen, die sich ggf. aus Bettensperrungen ergeben, wie z.B. Verlegungen oder Abweisungen von Schwangeren, werden von den Kliniken teilweise intern dokumentiert, jedoch nicht strukturiert erfasst.

Da die Verfügbarkeit von Betten, deren Auslastungen und Gründe für Engpässe täglich schwanken, sollten Bettenkapazitäten und Gründe für Engpässe möglichst über eine schichtbezogene Dokumentation abgebildet werden. Eine Annäherung an die Gründe für mangelnde Kapazitäten könnte durch die Überarbeitung der Abmeldegründe im Interdisziplinären Versorgungsnachweis München (IVENA-System München) erfolgen. Eine Neudefinition der Abmeldegründe wurde während des Projekts angeregt und ein Vorschlag erarbeitet, der als Diskussionsgrundlage dienen könnte.

Im IVENA-System werden neben den Abmeldegründen natürlich auch Zeitpunkt und Dauer der Abmeldungen der Geburtshilfe- und Neonatologische Intensivpflegstationen (NIPS) von der Notfallversorgung durch die einzelnen Kliniken dokumentiert. Im Zeitraum 2016 und 2017 kam es immer wieder zu Abmeldungen, welche stundenweise dazu führten, dass für die Notfallversorgung von Müttern und Neugeborenen unterhalb der 37. SSW im gesamten Stadtgebiet München keine freien Kapazitäten angezeigt wurden. Auch wenn in solchen Situationen nicht direkt davon ausgegangen werden darf, dass auch tatsächlich keine Kapazitäten vorhanden sind, deutet die gleichzeitige Abmeldung aller Kliniken auf Engpässe hin, die im schlimmsten Fall dazu führen könnten, dass eine Verlegung in Kliniken außerhalb Münchens notwendig wird.

Für Schwangere ab der 37. SSW war auf der Basis der Dokumentation in IVENA von ausreichenden Kapazitäten auszugehen. Zu keinem Zeitpunkt waren weniger als vier Geburtshilfeeinrichtungen verfügbar. Es ist demnach anzunehmen, dass Entbindungen ab der 37. SSW in München immer durchgeführt werden konnten, auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass Frauen nicht in der Wunschklinik, in der sie auch angemeldet waren, entbinden konnten. Anders stellte sich insbesondere im Jahr 2017 die Situation für die Entbindung und Versorgung von extremen Frühgeborenen (SSW 22+0 bis 28+6) dar, bei denen in der Regel neben der Geburtshilfeeinrichtung eine NIPS erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden häufig die Geburtshilfeeinrichtungen für Frühgeborene mit abgemeldet, sobald keine NIPS-Kapazitäten mehr verfügbar waren. Dass alle Einrichtungen der Geburtshilfe ab der SSW 22+0 abgemeldet waren, kam im Jahr 2017 im Umfang von etwa 50 Stunden pro Quartal vor.

Nach einem im Rahmen dieses Projektes durchgeführten Arbeitstreffen mit Vertretern der Kliniken und des Rettungszweckverbandes München wurden die dem Klinikum der Universität München (KUM) zugeordneten NIPS am Klinikum Großhadern und in der Frauenklinik Maistraße ab Juli 2017 in IVENA gesondert aufgeführt, zusätzlich zu der bereits aufgeführten NIPS des Dr. von Haunerschen Kinderspitales am KUM.

Die überwiegende Mehrheit (90 %) der in der Mütterbefragung befragten Frauen wünschte sich eine Hebamme zur Nachsorge. Von einem Drittel der Befragten wurden jedoch deutliche Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Nachsorgehebamme angegeben.

Bei der Suche kontaktierten die Frauen im Mittel 5 Hebammen bis zur Zusage, wobei manche Frauen mehr als 15 Hebammen kontaktieren mussten. 2,5 % der Frauen hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Hebamme für die Nachsorge gefunden, obwohl sie sich darum bemüht hatten. Schwierigkeiten hatten vor allem Frauen, die ihr erstes Kind erwarteten. Es bestand kein Zusammenhang zwischen dem Beginn der Suche und der Zahl der kontaktierten Hebammen. Acht Frauen (2,5%) gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Hebamme gefunden zu haben, obwohl sie sich darum bemüht hatten.

Die Suche nach einer Kinderärztin/ einem Kinderarzt gestaltete sich etwas einfacher als die Suche nach einer Hebamme, wobei viele Frauen bereits einen Kinderarzt durch ihr erstes/ ihre anderen Kinder hatten. Im Mittel wurden 1,8 Kinderärzte kontaktiert. Einige hatten zum Zeitpunkt der Geburt noch nicht mit der Suche nach einem Kinderarzt begonnen und 10 Frauen (6,7 %) gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung noch keinen Kinderarzt gefunden zu haben, obwohl sie bereits Ärzte kontaktiert hatten.

Informationsquellen

Erkenntnisse über die Herkunft von Informationen und deren Einfluss auf schwangere Frauen können als Grundlage für eine gezielte Informationsvermittlung von schwangerschaftsrelevanten Themen dienen.

Laut Mütterbefragung nutzten schwangere Frauen zur Informationsgewinnung zu schwangerschaftsrelevanten Themen hauptsächlich ihre Frauenärztin/ ihren Frauenarzt, die/ der sowohl eine wichtige als auch zu 100 % genutzte Informationsquelle war. Für viele Frauen stellten auch die Hebamme sowie eigene Erfahrungen aus einer vorherigen Schwangerschaft wichtige Informationsquellen dar.

Über mögliche Entbindungseinrichtungen informierten sich die Frauen aus vielen unterschiedlichen Quellen, wobei „Freunde/ Bekannte/ Familie“, die „Frauenärztin/ der Frauenarzt“ und „eigene Erfahrungen aus der letzten Schwangerschaft“ die größte Bedeutung hatten. Die überwiegende Mehrheit der Frauen fühlte sich über ihre geplante Entbindungseinrichtung gut informiert, während diese Einschätzung in Bezug auf Hebammenleistungen weniger zutraf.

Für die Suche nach Kontaktadressen von Hebammen wurde häufig die Internetseite „Hebammensuche Bayern“ genutzt oder eine eigene Internetrecherche durchgeführt. Wichtig waren auch persönliche Kontakte und die Bekanntheit der Hebamme von der letzten Schwangerschaft. Bei der Entscheidung für eine Hebamme waren für die Hälfte der befragten Frauen persönliche Empfehlungen und räumliche Nähe der potentiellen Hebamme wichtig, wobei im Freitext zu dieser Frage häufig geäußert wurde, dass man in München froh sein müsse, überhaupt eine Hebamme zu finden und dass man keine große Auswahlmöglichkeit gehabt habe.

Bei der Entscheidung für eine bestimmte Entbindungseinrichtung (Klinik oder Geburtshaus) spielte die räumliche Nähe der Einrichtung die größte Rolle. Nur wenige Frauen gaben an, dass sie sich nicht aktiv für diese Entbindungseinrichtung entschieden hatten, sondern ungeplant hierher verlegt wurden und manche entschieden sich für die Einrichtung, da die Anmeldung in der eigentlich gewünschten Einrichtung nicht möglich war.

Versorgung spezieller Gruppen

Von besonderem Interesse, beispielsweise für die Entwicklung von gezielten Interventionen, sind Erkenntnisse zur Situation spezieller Gruppen. Bei den entsprechenden Ergebnissen aus der Mütterbefragung ist zu beachten, dass trotz der systematischen Verteilung des Fragebogens an alle Frauen, die im Erhebungszeitraum entbunden hatten, und der Übersetzung in mehrere Sprachen die Antworten von sehr jungen Müttern, Müttern mit geringem Bildungsgrad sowie Müttern mit Migrationshintergrund unterrepräsentiert waren. Es ist daher davon auszugehen, dass die für spezielle Gruppen beschriebenen Trends in der Realität noch deutlicher ausfallen.

Bei der Betrachtung des Bildungsgrads zeigte sich, dass eine schwangere Frau umso später Kontakt zu einer Frauenärztin/ einem Frauenarzt aufnahm, je geringer ihr Bildungsgrad war. Je geringer der Bildungsgrad, desto später suchte sie sich eine Hebamme, desto später kontaktierte sie eine Entbindungseinrichtung und desto weniger hatte sie das Gefühl genügend Informationen über die Entbindungseinrichtung zu haben. Es gab jedoch keinen Zusammenhang zur subjektiven Zufriedenheit der befragten Mütter.

Frauen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, hatten mehr Probleme, eine Hebamme zu finden, begannen deutlich später mit der Suche nach einer Hebamme und kontaktierten mehr Hebammen. Weiterhin hatten sie mehr Probleme eine Frauenärztin / einen Frauenarzt zu finden und kontaktierten diese/ diesen später. Sie hatten deutlich seltener das Gefühl, genügend Informationen über die Entbindungseinrichtung zu haben und kontaktierten die Einrichtung später. Außerdem hatten sie deutlich seltener das Gefühl nach der Entbindung genügend Unterstützung zu haben.

Die Ergebnisse zeigen, dass Schwierigkeiten in der Versorgung und Informationsdefizite bei Frauen mit geringem Bildungsgrad und Frauen mit unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen verstärkt auftraten.

Ausblick

Das Konzept des Projekts zur Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt sieht ein regelmäßiges Monitoring der erhobenen Daten vor, um einen Vergleich über die Zeit zu ermöglichen.

Bei der Wiederholung der Mütterbefragung ist zu überlegen, wie die Erreichbarkeit spezieller Gruppen gesteigert werden kann, da hier besondere Schwierigkeiten festgestellt wurden. Gegebenenfalls können gezielte Interviews mit Personen aus den Zielgruppen bzw. mit Personen, die beruflich häufig mit diesen Gruppen zu tun haben, durchgeführt werden, um Strategien zur besseren Erreichbarkeit zu entwickeln.

Zum leichteren Vergleich der aktuellen Ergebnisse mit den Ergebnissen aus zukünftigen Mütterbefragungen kann die nachfolgende Tabelle dienen, in der alle Ergebnisse, bei denen Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet wurden, aufgeführt sind. Der Wertebereich für die meisten Fragen lag zwischen 0 und 5 Punkten, wobei 0 stets die niedrigste und 5 die höchste Bewertung darstellte. Hierbei ist zu beachten, dass bei Fragen nach der Schwierigkeit eine „0“ überhaupt keine Schwierigkeiten bedeutete.

Übersicht über Ergebnisse aus der Mütterbefragung, bei denen Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen(SD) berechnet wurden

Frage (Nummer im Fragebogen)	MW	SD	Wertebereich
Allgemeine Kennwerte			
Wohlbefinden in den letzten beiden Wochen vor der Entbindung (FB12)	2,88	1,07	0 - 5
Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (FB41)	3,91	0,84	0 - 5
Unterstützung zu Hause mit dem Baby (FB27)	4,02	1,09	0 - 5
Kapazitäten			
Schwierigkeit Frauenärztin/ -arzt zu finden (FB15A)	0,84	1,30	0 - 5
Schwierigkeit Termin bei Frauenärztin/ arzt zu bekommen (FB15B)	0,80	1,21	0 - 5

Anzahl kontaktierter Hebammen (gesamt) (FB34)	5,3	7,6	0 - unendlich
Anzahl kontaktierter Hebammen (Erstgebärende)	6,6	7,9	0 - unendlich
Anzahl kontaktierter Hebammen (Mehrgebärende)	3,6	6,8	0 - unendlich
Schwierigkeiten bei der Hebammensuche (gesamt) (FB37A)	2,4	1,9	0 - 5
Schwierigkeiten bei der Hebammensuche (Erstgebärende)	2,8	1,8	0 - 5
Schwierigkeiten bei der Hebammensuche (Mehrgebärende)	2,0	1,9	0 - 5
Information			
Ausreichende Information über Entbindungseinrichtung (FB26)	4,3	0,9	0 - 5
Ausreichende Information über Hebammenleistungen (FB37B)	3,4	1,3	0 - 5

Niedergelassene Frauenärztinnen/ -ärzte stellen für Schwangere häufig eine wichtige und einflussreiche Anlaufstelle dar. Sie spielen bei der Informationsvermittlung zu schwangerschaftsrelevanten Themen eine wichtige Rolle und könnten als gezielte Vermittler, sowohl von Informationen als auch bei der Bahnung von weiteren Schritten, eingesetzt werden. Für eine optimale Umsetzung von diesbezüglichen Interventionen sollten Vertreter der Berufsgruppe eng in die Planung und Umsetzung eingebunden werden.

Das Ziel einer strukturierten Dokumentation von zur Beurteilung der Versorgung rund um die Schwangerschaft und Geburt wichtig erachteten, bisher fehlenden Kennzahlen sollte weiterverfolgt werden. Da die Notwendigkeit bereits in Workshops zu diesem Projekt sowie bei Treffen der AG Geburtshilfe thematisiert und anerkannt wurde, sollte nun eine Konkretisierung mit den betroffenen Akteuren, wie beispielsweise den Chefarzten der Münchner Entbindungskliniken und Pflege- und Hebammenvertretern/ -innen, erfolgen. Allerdings sollten auch die für die Umsetzung der Dokumentation notwendigen Rahmenbedingungen, wie personelle Ressourcen, dringend berücksichtigt und ggf. angepasst werden.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung und Ausblick	0
Inhaltsverzeichnis.....	i
Abbildungsverzeichnis	iii
Tabellenverzeichnis	vi
Abkürzungsverzeichnis.....	vii
1 Einleitung.....	1
2 Hinweise zu Datengrundlagen.....	2
2.1 Primärdaten.....	2
2.1.1 Beschreibung Datenkollektiv	2
2.1.2 Datenanalyse	5
2.2 Sekundärdaten.....	6
2.3 Lückenhafte Datenlage	8
3 Ergebnisse.....	10
3.1 Bedarf und Zufriedenheit	10
3.1.1 Geburtenentwicklung.....	10
3.1.2 Alter der Mütter zum Zeitpunkt der Entbindung.....	13
3.1.3 Frühgeborene und Kaiserschnittentbindungen	15
3.1.4 Wohlbefinden und Zufriedenheit	17
3.1.5 Fazit.....	20
3.2 Kapazitäten	21
3.2.1 In der Schwangerschaft	21
3.2.2 Entbindung.....	24
3.2.3 Neonatologische Intensivbehandlungsplätze nach Krankenhausplan	25
3.2.4 Interdisziplinärer Versorgungsnachweis München (IVENA)	26
3.2.5 Nach der Geburt.....	46
3.2.6 Fazit.....	52
3.3 Information	54
3.3.1 Informationsquellen.....	54
3.3.2 Entscheidungsgrundlagen	58
3.3.3 Fazit.....	61
3.4 Versorgung spezieller Gruppen.....	62
3.4.1 Bildungsgrad	62
3.4.2 Migrationshintergrund	62
3.4.3 Fazit.....	64
4 Methodik.....	65
4.1 Konzeptionsphase	65
4.1.1 Übersicht über die Termine	65
4.1.2 Workshop	65
4.1.3 IVENA Abmeldegründe	76

4.2 Sekundärdatenrecherche	78
4.2.1 Schwangerschaftsabbruchstatistik	79
4.2.2 Statistik der Geburten	79
4.2.3 Einwohnermelderegister	79
4.2.4 Indikatorenatlas des Statistischen Amtes München	80
4.2.5 Demografiebericht des Referats für Stadtplanung und Bauordnung	80
4.2.6 Standesämter	80
4.2.7 Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (IVENA)	80
4.2.8 Erfassung der selbstständigen/freiberuflichen Hebammen und Entbindungspfleger	80
4.2.9 Perinatalerfassung der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.	81
4.2.10 Krankenhausplan	81
4.2.11 Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser	82
4.2.12 Qualitätssicherung	83
4.2.13 Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)	84
4.2.14 Weitere Datenquellen	84
4.3 Primärdatenerhebung	85
4.3.1 Strukturierte Interviews	85
4.3.2 Fragebogen	86

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Altersverteilung der befragten Mütter	3
Abbildung 2:	Sprachkenntnisse der deutschen Sprache	3
Abbildung 3:	Höchster Schulabschluss der befragten Mütter	4
Abbildung 4:	Geburten ab 1950 bis 2015 und Planungsprognose bis 2035	10
Abbildung 5:	Entwicklung der allgemeinen Geburtenrate 2000 bis 2017	11
Abbildung 6:	Entwicklung der zusammengefassten Geburtenrate 2000 bis 2017	12
Abbildung 7:	Entwicklung des Anteils ausländischer Mütter 2000 bis 2017	13
Abbildung 8:	Entwicklung des Durchschnittsalters der Mütter zum Zeitpunkt der Entbindung.....	14
Abbildung 9:	Entwicklung des Anteils der Mütter über 35 Jahre von 2000 bis 2017	14
Abbildung 10:	Zufriedenheit insgesamt mit der medizinischen Versorgung während der Schwangerschaft.....	18
Abbildung 11:	Ausreichende Unterstützung in den ersten Wochen zu Hause nach der Geburt.....	19
Abbildung 12:	Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs	21
Abbildung 13:	Inanspruchnahme von weiteren Hebammenleistungen (außer Geburtsvorbereitungskurs)	22
Abbildung 14:	Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Frauenärztin/ einem Frauenarzt	23
Abbildung 15:	Probleme Termine bei der Frauenärztin/ dem Frauenarzt zu bekommen	23
Abbildung 16:	Anmeldung in der Entbindungseinrichtung und Gründe für eine fehlende Anmeldung	25
Abbildung 17:	Exemplarische Darstellung IVENA München.....	26
Abbildung 18:	Abgemeldete Einrichtungen für Geburtshilfe ab 36+0 SSW in den Jahren 2016 und 2017 im Vergleich	29
Abbildung 19:	Abgemeldete Einrichtungen für Geburtshilfe ab 36+0 SSW in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017 im Vergleich.....	29
Abbildung 20:	Abgemeldete Einrichtungen für Geburtshilfe ab 36+0 SSW in den Monaten Januar bis Dezember 2017	30
Abbildung 21:	Freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 32+0 bis 35+6 in den Jahren 2016 und 2017 im Vergleich	31
Abbildung 22:	Freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 32+0 bis 35+6 in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017 im Vergleich	32
Abbildung 23:	Anzahl und Anteil an Stunden pro Quartal ohne freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 32+0 bis 35+6 in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017.....	32
Abbildung 24:	Freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 32+0 bis 35+6 in den Monaten Januar bis Dezember 2017	33
Abbildung 25:	Anzahl Stunden pro Monat ohne freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 32+0 bis 35+6 in den Monaten Januar 2017 bis Dezember 2017.....	33
Abbildung 26:	Freie Kapazitäten für Entbindungen in der SSW 29+0 bis 31+6 in den Jahren 2016 und 2017 im Vergleich	34
Abbildung 27:	Freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 29+0 bis 31+6 in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017 im Vergleich	35
Abbildung 28:	Anzahl und Anteil an Stunden pro Quartal ohne freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 29+0 bis 31+6 in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017.....	35

Abbildung 29:	Freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 29+0 bis 31+6 in den Monaten Januar 2016 bis Dezember 2017.....	36
Abbildung 30:	Anzahl Stunden pro Monat ohne freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 29+0 bis 31+6 in den Monaten Januar 2017 bis Dezember 2017.....	36
Abbildung 31:	Freie Kapazitäten für Entbindungen in der Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6 in den Jahren 2016 und 2017 im Vergleich.....	37
Abbildung 32:	Freie Kapazitäten für Entbindungen der Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6 in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017	38
Abbildung 33:	Anzahl und Anteil an Stunden pro Quartal ohne freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6 in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017.....	38
Abbildung 34:	Freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6 in den Monaten Januar 2016 bis Dezember 2017.....	39
Abbildung 35:	Anzahl Stunden pro Monat ohne freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6 in den Monaten Januar 2017 bis Dezember 2017.....	39
Abbildung 36:	Freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Jahren 2016 und 2017 im Vergleich	41
Abbildung 37:	Freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017	41
Abbildung 38:	Anzahl Stunden pro Quartal ohne freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017	42
Abbildung 39:	Freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Monaten Januar bis Dezember 2017	42
Abbildung 40:	Anzahl Stunden pro Monat ohne freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Monaten Januar bis Dezember 2017	43
Abbildung 41:	Hypothetische Darstellung der NIPS-Kapazitäten pro Quartal ohne Berücksichtigung KUM Großhadern und KUM Frauenklinik Maistraße, welche ab Juli 2017 in IVENA aufgeführt werden	44
Abbildung 42:	Hypothetische Darstellung der Stunden pro Quartal ohne freie NIPS-Kapazitäten ohne Berücksichtigung KUM Großhadern und KUM Frauenklinik Maistraße, welche ab Juli 2017 in IVENA aufgeführt werden.....	44
Abbildung 43:	Freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Monaten Januar bis Dezember 2017 ohne Berücksichtigung von KUM Großhadern und KUM Frauenklinik Maistraße	45
Abbildung 44:	Anzahl Stunden pro Monat ohne freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Monaten Januar bis Dezember 2017 ohne Berücksichtigung von KUM Großhadern und KUM Frauenklinik Maistraße	45
Abbildung 45:	Wunsch nach einer Hebamme für die Nachsorge.....	46
Abbildung 46:	Schwangerschaftsmonat der ersten Kontaktaufnahme mit einer Nachsorgehebamme.....	47
Abbildung 47:	Anzahl der Kontakte bei der Suche nach einer Hebamme für die Nachsorge.....	47
Abbildung 48:	Schwierigkeit eine Hebamme für die Nachsorge zu finden (insgesamt)	48
Abbildung 49:	Schwierigkeit eine Hebamme für die Nachsorge zu finden bei Erst- oder Mehrgebärenden	49
Abbildung 50:	Suche nach einer Kinderärztin/ Kinderarzt.....	50
Abbildung 51:	Anzahl kontaktierter Kinderärzte	51
Abbildung 52:	Bedeutung und Häufigkeit der Nutzung verschiedener Informationsquellen während der Schwangerschaft allgemein.....	55

Abbildung 53:	Informationsquellen zu möglichen Entbindungskliniken oder alternativen Entbindungsmöglichkeiten	55
Abbildung 54:	Ausreichende Information über die geplante Entbindungseinrichtung	56
Abbildung 55:	Ausreichende Information über Hebammenleistungen nach der Geburt (insgesamt)	57
Abbildung 56:	Ausreichende Information über mögliche Hebammenleistungen nach der Geburt, unterschieden nach Erst- und Mehrgebärenden	57
Abbildung 57:	Wege um Kontaktadressen von Hebammen zu finden.....	58
Abbildung 58:	Wichtige Kriterien für die Wahl einer Hebamme	59
Abbildung 59:	Entscheidungsgründe für eine Entbindungseinrichtung.....	60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über Fallzahlen der Kliniken im Jahr 2015.....	15
Tabelle 2: Risikoadjustierte Kaiserschnitt-Raten im Jahr 2015.....	16
Tabelle 3: Übersicht über Hebammen in Münchner Kliniken 2015 und 2016.....	24
Tabelle 4: Neonatologische Intensivbehandlungsplätze nach Krankenhausplan.....	26
Tabelle 5: Übersicht der Behandlungseinrichtungen entsprechend Dokumentation IVENA.....	27

Abkürzungsverzeichnis

BAQ:	Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung
INM:	Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement
IVENA:	Interdisziplinärer Versorgungsnachweis
KUM:	Klinikum der Universität München
KVB:	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
NIPS:	Neonatologische Intensivpflegestation
RGU:	Referat für Gesundheit und Umwelt
SSW:	Schwangerschaftswoche
StKM:	Städtisches Klinikum München
ZIMAS:	Zentrales Informationsmanagement- und Analysesystem des Statistischen Amtes München

1 Einleitung

Das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) wurde vom Stadtrat beauftragt, ein medizinisches Versorgungsmanagement für den ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zu entwickeln, um anhand von aktuellen Daten kurz-, mittel- und langfristige Prognosen zur gesundheitlichen Entwicklung der Münchner Einwohnerinnen und Einwohner erstellen zu können. Bei Bedarf sollen anhand der Daten notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung entwickelt und gemeinsam mit Münchner Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und wichtigen Akteuren vor Ort umgesetzt werden. Für die erste Umsetzungsphase wurde die Versorgungskette „Rund um die Schwangerschaft und Geburt“ ausgewählt.

Das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) wurde mit der Konzeption und Konkretisierung der IT-gestützten Datenerhebung, der Datenauswertung sowie der Unterstützung bei der Ausarbeitung von Maßnahmen für die Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt beauftragt.

Mit Ablauf der Projektlaufzeit wurde durch das INM dieser Ergebnisbericht erstellt. Der Bericht besteht aus einem Teil mit den wichtigsten Ergebnissen und einem ausführlichen Anhang zur Methodik. Die wichtigsten Ergebnisse werden im nachfolgenden Abschnitt dargestellt.

2 Hinweise zu Datengrundlagen

Im Folgenden werden die für den Report verwendeten Datenquellen und deren Limitationen beschrieben.

Zum einen wurden bereits bestehende Datengrundlagen erschlossen. Da über diese nicht alle relevanten Aspekte abgebildet werden konnten, wurde außerdem eine Befragung von Müttern nach der Entbindung in den Münchner Kliniken sowie in einem Geburtshaus durchgeführt.

Frei zugängliche Daten wurden bei den zuständigen Stellen angefragt oder heruntergeladen. Zur Nutzung der Abmeldungen aus dem Interdisziplinären Versorgungsnachweis sowie zur Nutzung einzelner Merkmale aus der externen Qualitätssicherung wurden die Kliniken um das Einverständnis zur Verwendung der Daten für das Projekt Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt gebeten. 10 der 11 Münchner Entbindungskliniken gaben ihr Einverständnis zur regelmäßigen Datenübermittlung bis Ende 2022. Für das Geburtshaus besteht keine derartige Erhebungspflicht. Für die Übermittlung der Daten aus der externen Qualitätssicherung wurde das Vorhaben außerdem der Fachkommission für die Leistungsbereiche Gynäkologie / Geburtshilfe / Neonatologie / Mammachirurgie der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ) vorgestellt, welche der Übermittlung zustimmte.

Für die Mütterbefragung gaben dieselben 10 Münchner Entbindungskliniken sowie zusätzlich das Geburtshaus in der Fäustlestraße ihr Einverständnis zur Datenerhebung, ebenfalls bis Ende 2022.

2.1 Primärdaten

2.1.1 Beschreibung Datenkollektiv

Die Erhebung der Primärdaten (Mütterbefragung) erfolgte im März und April 2018. Insgesamt konnten 457 Fragebögen ausgewertet werden, davon 20 Online-Fragebögen. 434 Bögen wurden auf Deutsch ausgefüllt, 7 auf Englisch, jeweils 3 auf Spanisch, Rumänisch und Arabisch, jeweils 2 auf Französisch, Türkisch und Russisch, sowie ein Fragebogen auf Farsi.

Von den teilnehmenden Frauen waren 43,4 % zwischen 31 und 35 Jahre alt, 5,8 % waren 18 bis 25 Jahre alt und 4,3 % älter als 40 Jahre. Es nahm keine minderjährige Schwangere an der Befragung teil (Abbildung 1). Zum Vergleich: 2015 waren in München 1,2 % der Mütter bei Geburt ihres Kindes jünger als 20 Jahre.³

³ Statistische Ämter des Bundes und der Ämter, Regionaldatenbank, Statistik der Geburten, Indikator 12612-02-01-4; abrufbar unter <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online/logon> (letzter Zugriff 5.7.2018)

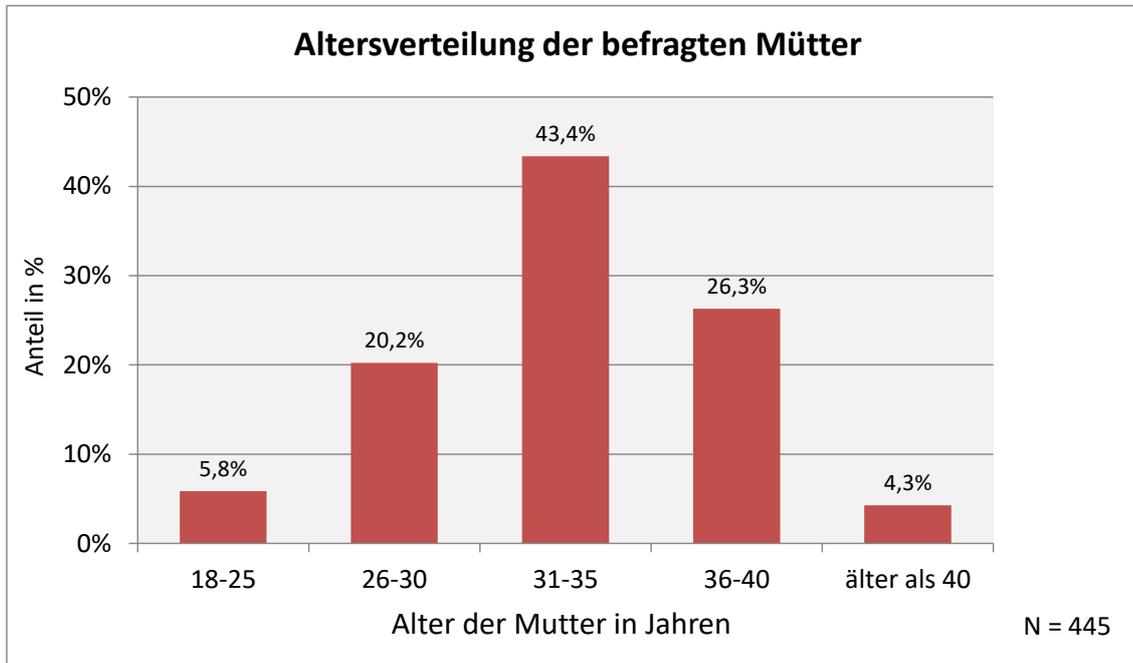


Abbildung 1: Altersverteilung der befragten Mütter

Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 42)

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmerinnen (84,4 %) gab an, Deutsch auf Muttersprachniveau zu beherrschen. 3,6 % hatten geringe, sehr geringe oder fehlende Deutschkenntnisse (Abbildung 2). 76 % der Frauen besaßen (auch) die deutsche Staatsangehörigkeit.

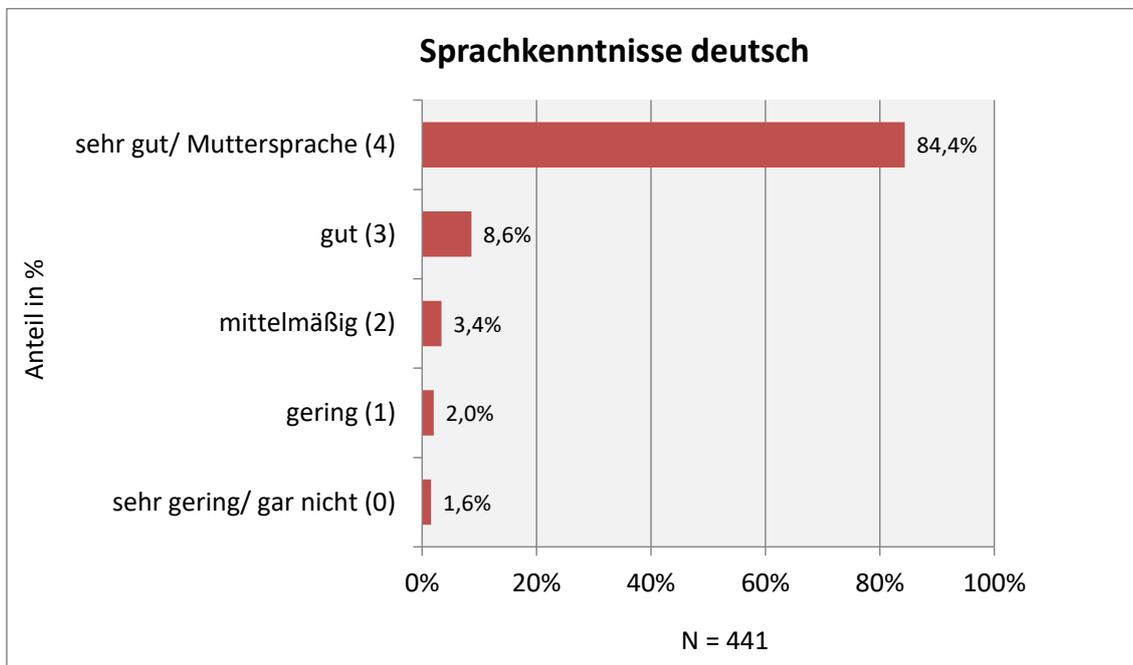


Abbildung 2: Sprachkenntnisse der deutschen Sprache

Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 49)

74,5 % der befragten Frauen gaben Abitur/ Fachhochschulreife als höchsten Schulabschluss an, 1,6 % hatten die Schule ohne Schulabschluss beendet, 6,4 % hatten Hauptschul-/ Mittelschulabschluss und

15,5 % einen Realschulabschluss/ Mittlere Reife (Abbildung 3). Zum Vergleich: Beim Zensus 2011 gaben 5 % der Frauen ab 15 Jahren in München an keinen Schulabschluss zu besitzen, 25 % hatten die Haupt-/ Volksschule beendet, 22 % die Realschule und 46 % besaßen Abitur/ Fachhochschulreife. In der Münchner Bevölkerungsbefragung von 2016 war jeweils 1 % der befragten Frauen ab 18 Jahren noch in schulischer Ausbildung bzw. hatte keinen schulischen Abschluss, 15 % hatte einen Haupt-/ Volksschulabschluss, 31 % hatte die Mittlere Reife/ Realschulabschluss/ Fachschulreife, 42 % hatte Abitur/ Fachhochschulreife und 10 % einen sonstigen Abschluss.⁴

Während beim Zensus und der Münchner Bevölkerungsbefragung alle Frauen in München befragt wurden, waren es bei der Mütterbefragung nur Frauen im gebärfähigen Alter. Der Anteil an Fachhochschul- oder Hochschulreife stieg bundesweit seit dem ersten Zensus 1976 jedoch kontinuierlich an. Beim Mikrozensus 2016 gaben in Orten mit mindestens 100.000 Einwohnern bereits 63,3 % der 20-25 Jährigen Fachhochschul- oder Hochschulreife als höchsten Schulabschluss an.⁵ Der hohe Anteil von Abiturientinnen in unserer Mütterbefragung kann teilweise mit dem im Schnitt geringeren Alter der befragten Frauen und dem höheren Bildungsniveau von jungen Frauen in Großstädten erklärt werden, wobei diese Gruppe dennoch überrepräsentiert ist.

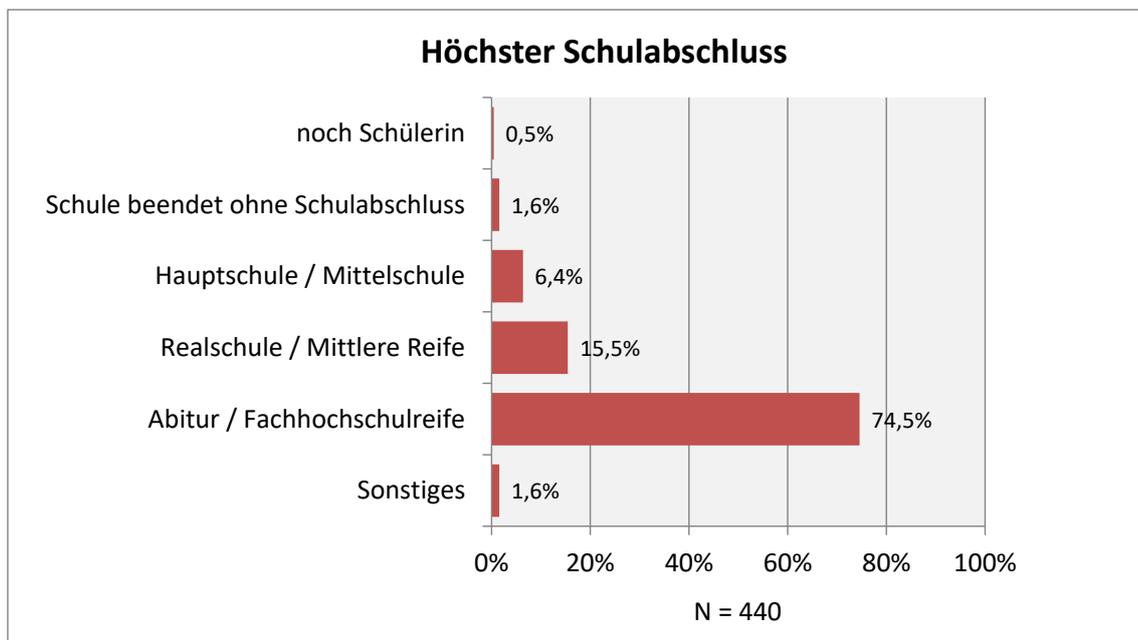


Abbildung 3: Höchster Schulabschluss der befragten Mütter

Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 51)

Von den befragten Frauen waren die meisten (83 %) gesetzlich krankenversichert, 16,5 % waren privat versichert, eine Person war nicht krankenversichert und niemand war im Ausland versichert. Zum Vergleich: Laut GKV Spitzenverband sind bundesweit 89 % der Versicherten Mitglied in einer gesetzlichen und 5,5 % Mitglied in einer privaten Krankenversicherung, 5,3 % sind

⁴ Bevölkerungsbefragung zur Stadtentwicklung 2016, INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung im Auftrag der Landeshauptstadt München

⁵ Statistisches Bundesamt, „Bildungsstand der Bevölkerung – Ergebnisse des Mikrozensus 2016“, abrufbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Bildungsstand/BildungsstandBevoelkerung>

Beihilfeempfänger⁶. Die letztlich realisierte Stichprobe ist damit aufgrund von Selbstselektion nicht repräsentativ für alle Mütter, die in München entbinden.

2.1.2 Datenanalyse

Als Maß für die Effekstärken wurden – abhängig vom Skalenniveau der betrachteten Kennwerte - Korrelationskoeffizienten und Cohens d bestimmt. Cohens d gibt an, um wie viele Standardabweichungen sich zwei Mittelwerte unterscheiden. Ein d von 1 bezeichnet demnach eine Differenz von einer Standardabweichung. Die Werte sind immer positiv und liegen in den meisten Fällen zwischen 0 und 3. Nach Cohen (1988)⁷ bezeichnet ein $d=0,20$ einen kleinen, $d=0,50$ einen mittleren und $d=0,80$ einen großen Effekt.

Der Korrelationskoeffizient r ist ein Maß für den Zusammenhang zwischen zwei Werten. Dieser kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Ein $r=0$ bedeutet, dass die beiden Werte nicht miteinander zusammenhängen. Je größer der positive Zusammenhang ist, desto stärker hängen die beiden Werte zusammen. Je höher ein Wert (z.B. die Körpergröße) ist, desto höher ist auch der zweite Wert (z.B. die Schuhgröße). Dies gilt umgekehrt für negative Korrelationen. Je größer der eine Wert (z.B. Bildungsgrad) ist, desto niedriger ist der andere Wert (z.B. Verständnisprobleme bei der Anmeldung zur Geburt). Nach Cohen (1988)⁷ bezeichnet ein $r=|0,10|$ einen kleinen, $r=|0,30|$ einen mittleren und $r=|0,50|$ einen großen Zusammenhang.

Es werden nur die Ergebnisse berichtet, die eine zumindest kleine Effektstärke ergaben (Cohens $d \geq 0,20$ bzw. Korrelationskoeffizienten $\geq |0,10|$). Da aufgrund von Selbstselektion Schwangere mit einem höheren Bildungsniveau in der Befragung überrepräsentiert sind, werden keine Singifikanztests berichtet.

⁶ GKV Spitzenverband, https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp

⁷ Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale: Erlbaum.

2.2 Sekundärdaten

Außerdem wurde recherchiert, ob bereits Daten zur Versorgungssituation rund um die Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt erfasst werden, und ob diese zu einem langfristigen Monitoring der Versorgungskette geeignet sind. Die Ergebnisse der Recherche und die Auswahl der Datenquellen werden im technischen Anhang ausführlich dargestellt. Folgende Datenquellen wurden zunächst als Basis für den Bericht und das Monitoring ausgewählt:

- ▶ Indikatorenatlas des Statistischen Amtes München der Stadt München, basierend auf dem zentralen Informationsmanagement- und Analysesystem des Statistischen Amtes München (ZIMAS)

Die Zahlen zur Geburtenentwicklung stützen sich auf den Indikatorenatlas des Statistischen Amtes München. Die Indikatoren stützen sich auf unterschiedliche Datenquellen, und werden in der ZIMAS-Datenbank automatisiert berechnet. Sie stehen in Form von Tabellen zum Download zur Verfügung. Die Auswertung nach Geschlecht basiert auf einem Auszug aus der ZIMAS Datenbank. Aufgrund eines Berechnungsfehlers zum Zeitpunkt des Datenabrufs ergab sich bei der Zahl der Geburten in den Jahren 2016 und 2017 eine leichte Abweichung zwischen den berechneten Werten im Indikatorenatlas des Statistischen Amtes München und den Originaldaten in der ZIMAS-Datenbank.

- ▶ Demografiebericht München - Analyse und Bevölkerungsprognose 2015 bis 2035

Die Prognose der Geburten wurde dem Demografiebericht des Referats für Stadtplanung und Bauordnung der Stadt München entnommen. Die Prognosen werden regelmäßig aktualisiert. Die entnommenen Zahlen entsprechen der Planungsprognose und basieren auf dem letzten verfügbaren Ausgangsjahr (2015).

- ▶ Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

Informationen zur Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wurden dem Versorgungsatlas der KVB entnommen (Stand August 2017). Es werden zwei Zählweisen unterschieden: die Personenzählung entspricht der absoluten Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, während die Zählung nach Anrechnung in der Bedarfsplanung den Tätigkeitsumfang anteilig berücksichtigt. Eine Zulassung mit einem vollen Versorgungsauftrag ist vollzeitlich, d.h. hauptberuflich auszuüben und wird mit dem Anrechnungsfaktor 1,0 in der Bedarfsplanung berücksichtigt. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte wird für Planungsbereiche berichtet, der gesamte Stadtkreis München stellt eine Planungsregion dar.

- ▶ Krankenhausplan

Der Krankenhausplan für den Freistaat Bayern wird vom Gesundheitsministerium unter Mitwirkung des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses aufgestellt. Die 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.

Während der Datenrecherche wurden Diskrepanzen zwischen dem Krankenhausplan und den tatsächlichen Kapazitäten berichtet. Auch Auskünfte der Kliniken auf der eigenen Homepage widersprechen zum Teil den Angaben im Krankenhausplan. Es ist somit davon auszugehen, dass die Angaben aus dem Krankenhausplan nicht immer die tatsächliche Anzahl der betriebenen Betten widerspiegeln kann.

- ▶ Interdisziplinärer Versorgungsnachweis IVENA

Über den interdisziplinären Versorgungsnachweis werden die Abmeldung der Fachbereiche der Kliniken von der ambulanten, stationären bzw. Notfallversorgung elektronisch erfasst. Die Abmeldungen der Fachbereiche Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde – Neonatologie von der Notfallversorgung wurden analysiert. Eine Unterscheidung nach Schwangerschaftswoche ist im System inzwischen möglich. Während der Projektlaufzeit wurde berichtet, dass am Klinikum der Universität München alle drei NIPS-Einheiten nur gemeinsam abgemeldet werden können, weshalb während des Projekts die Möglichkeit der einzelnen Abmeldung geschaffen wurde. Bei der Interpretation muss berücksichtigt werden, dass die Abmeldung in den Kliniken unterschiedlich gehandhabt wird, und Fehler bei der Dokumentation der An- und Abmeldung (z.B. unbeabsichtigte Abmeldung, keine vollständige Abmeldung aller Einheiten, keine Wiederanmeldung) in IVENA entstehen können.

Um dem Versorgungsmanagement des RGU weitgehende Flexibilität hinsichtlich der zeitlichen Differenzierung der Auswertungen zu ermöglichen, wurden Abbildungen für Jahre, Quartale und Monate generiert. Je nachdem, in welcher Zeitreihe die Daten zukünftig ausgewertet und dargestellt werden sollen, kann der entsprechende Abbildungstyp ausgewählt werden.

- ▶ Nach der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern erhobene Daten für den Leistungsbereich Geburtshilfe

Anhand festgelegter Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität müssen die entsprechenden Daten durch die Leistungserbringer verpflichtend erhoben werden. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung standen diese Daten noch nicht zur Verfügung, sollen aber zukünftig in das Versorgungsmanagement eingebunden werden.

- ▶ Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Seit 2005 sind Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, in Qualitätsberichten über ihre Arbeit zu informieren. Qualitätsberichte geben einen Überblick über die Strukturen und Leistungen der Krankenhäuser. Die Informationen aus den Qualitätsberichten werden standardisiert erhoben und sind somit über Standorte hinweg vergleichbar. Die angegebenen Zahlen zur personellen Ausstattung sind aber unpräzise, insbesondere bei der Erfassung nach Stichtag, und lassen nicht immer Rückschlüsse auf die Personalsituation im Gesamtjahr zu. Auch eine Zuordnung zu bestimmten Aufgabengebieten, wie beispielsweise die Tätigkeit im Bereich der Geburtshilfe innerhalb der übergeordneten Fachabteilung Gynäkologie und Geburtshilfe, ist für die meisten Berufsgruppen nicht möglich. Dennoch geben die Qualitätsberichte einen Anhalt für die Entwicklung der Krankenhausstrukturen und Qualitätsindikatoren. Berichtsinhalte ändern sich über die Jahre und sind dann unter Umständen nur noch eingeschränkt vergleichbar. Auch können die Berichte Eingabefehler enthalten. So sind die Angaben aus den Qualitätsberichten zum Geburtsmodus möglicherweise fehlerbehaftet, insbesondere wenn die Zahl der Geburten und Kaiserschnittentbindungen über die Diagnosen und Prozeduren extrahiert wird.⁸

⁸ Junghänel K. et al. Kaiserschnitte in deutschen Krankenhäusern: Wie zuverlässig sind Routinedaten aus dem strukturierten Qualitätsbericht für die Bestimmung der Kaiserschnitttraten? Gesundheitswesen 2015; 77: 278–283.

2.3 Lückenhafte Datenlage

Die Datenrecherche zeigte, dass bedingt durch einen hohen Erfassungsaufwand, der eingeschränkten Datenqualität sowie Regelungen des Datenschutzes, nicht zu allen relevanten Fragestellungen datenbasierte Aussagen getroffen werden konnten. Im Folgenden werden diese dargestellt:

▶ Schwangerschaftsabbruch

In der Statistik der Schwangerschaftsabbrüche werden Abbrüche lediglich nach dem Bundesland des Wohnorts sowie dem Bundesland, in dem der Eingriff durchgeführt wird, erfasst. So kann die Auswertung lediglich bis auf die Ebene der Bundesländer erfolgen. Die auskunftspflichtigen Stellen sind dem Statistischen Amt zwar bekannt, da es sich um ein Hilfsmerkmal handelt dürfen diese weder statistisch ausgewertet noch deren Zahl veröffentlicht werden.

▶ Zahl der Hebammen

Zuverlässige Aussagen zu Kapazitäten von Hebammen sind auf der Grundlage bestehender Datenquellen 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 erfolgen laut Aussage des in München zuständigen Sachgebiets im Referat für Gesundheit und Umwelt (Infektionshygiene/Medizinalwesen) nur unzuverlässig. In Krankenhäusern festangestellte und seit 2015 auch Beleghebammen müssen gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser dort ausgewiesen werden. Eine Zuordnung zu Fachabteilungen ist beim Einsatz von fachabteilungs- oder stationsübergreifendem Personal nicht möglich. Beleghebammen werden lediglich zum Stichtag 31. Dezember, und nur als Personen, ohne Angaben zum Arbeitsumfang, erfasst.

Eine Abschätzung der Situation ist nur mit Hilfe zusätzlicher Studien und Befragungen oder durch eine erhebliche Verbesserung der Erfassung möglich. Als Annäherung an die Situation in den Kliniken könnte außerdem eine regelmäßige Abfrage des Anteils der ausgeschriebenen, aber nicht besetzten Stellen an den Kliniken dienen.

▶ Verlegungen auf Grund von Kapazitätsengpässe

Die Gründe für Verlegungen sind vielfältig und machen eine differenzierte Betrachtung notwendig. Zum Beispiel können neben kapazitätsbedingten Verlegungen auch nicht planbare Verlegungen mit medizinischer Voraussetzung und Verlegung, bei denen Schwangere trotz vorliegenden Indikation nicht in ein Krankenhaus der adäquaten Versorgungsstufe eingewiesen wurden (vgl. S1 Leitlinie Verlegung von Früh- und Reifgeborenen in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe), sowie Verlegungen in wohnortnahe Krankenhäuser mit niedrigerer Versorgungsstufe auftreten. Welche Verlegungen ausschließlich durch Kapazitätsengpässe bedingt sind können über die recherchierten Datenquelle nicht zuverlässig abgebildet werden.

▶ Abweisung in Kliniken

Für Patientinnen die mit dem Rettungsdienst das Krankenhaus erreichen ist eventuell eine Ermittlung der Abweisungen über die Leitstellendokumentation möglich. Zu Abweisungen von Schwangeren, die nicht mit dem Rettungsdienst in die Klinik kommen, liegen keine Angaben vor. Zum Teil werden diese Fälle bereits klinikintern dokumentiert. Eine standardisierte Erfassung über alle Münchner Kliniken hinweg könnte z.B. über eine strukturierte Eingabe per Eingabemaske aufgebaut werden. Dies ist aber mit zusätzlichem Dokumentationsaufwand verbunden.

► Beschreibung der Bettenkapazitäten und Gründe für Kapazitätsengpässe der Kliniken

Da die Verfügbarkeit von Betten, deren Auslastungen und Gründe für Engpässe täglich schwanken, und Betten zum Teil indikationsunabhängig belegt werden, sollten Bettenkapazitäten und Gründe für Engpässe möglichst über eine schichtbezogene Dokumentation abgebildet werden. Eine Annäherung an die Gründe für mangelnde Kapazitäten könnte durch die Überarbeitung der Abmeldegründe im IVENA-System erfolgen. Eine Neudefinition der Abmeldegründe wurde während des Projekts angedacht. Da eine Neudefinition der Gründe alle Münchner Kliniken und ggf. auch andere Fachbereiche betrifft, muss diese sorgfältig erfolgen. Dabei sollten Vertreter und Vertreterinnen unterschiedliche Kliniken und, sofern diese betroffen sind, auch anderer Fachbereiche, z.B. über einen Workshop, eingebunden werden. Im Rahmen des Gutachtens wurde eine Neudefinition der Abmeldegründe vorgeschlagen, die als Diskussionsgrundlage dienen könnte.

3 Ergebnisse

3.1 Bedarf und Zufriedenheit

3.1.1 Geburtenentwicklung

Der Verlauf der Geburtenentwicklung in München seit 1950 bis 2015 (Abbildung 4) zeigt die „Babyboom“-Phase ab Mitte der 50-er Jahre, die Ende der 60-er Jahre mit dem „Pillenknick“ endete. Nach einem Tief im Jahr 1978 stieg die Zahl der Geburten der Münchnerinnen allmählich wieder an. Im Jahr 2015, auf welches die aktuellste Planungsprognose aufbaut, lag die Zahl der Geburten nah am bisherigen Höchststand aus dem Jahr 1966. Nach der Prognose wird sich der generelle Trend des Geburtenanstiegs in München auch in den nächsten Jahren fortsetzen. Die Ergebnisse der Prognosen zeigen, dass ab dem Jahr 2015 bis 2035 aufgrund der hohen Zuwanderung mit einem Anstieg der Geburten um bis zu 19 % zu rechnen ist (obere Schätzung des Demografieberichtes). Eine zusätzlich höhere Kinderzahl pro Frau verstärkt diese Entwicklung.⁹

Die Geburtenzahl im aktuellsten vorliegenden Jahr (2017) lag bei 17.629, was im Vergleich zu 2016 einem leichten Rückgang von ca. 3 % entsprach.¹⁰

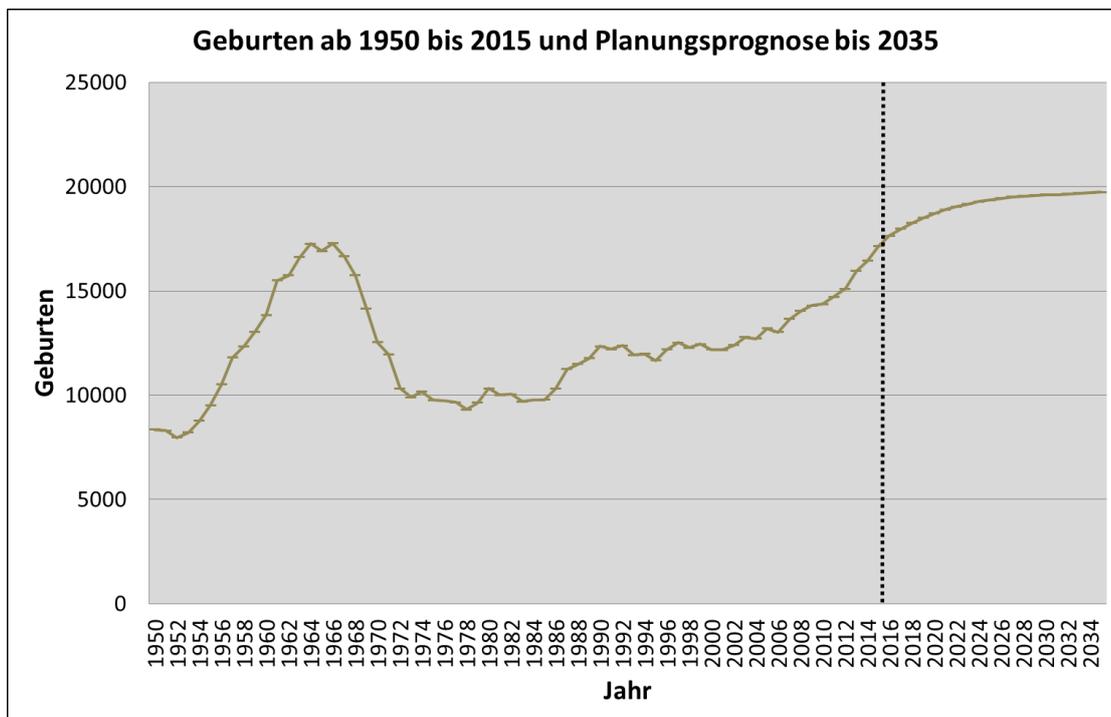


Abbildung 4: Geburten ab 1950 bis 2015 und Planungsprognose bis 2035

Quelle: Demografiebericht München: Teil 1, 2015 bis 2035

⁹ Landeshauptstadt München Referat für Stadtplanung und Bauordnung. Demographiebericht München – Teil 1. Analyse und Bevölkerungsprognose 2015 bis 2035

¹⁰ Zentrales Informationsmanagement- und Analysesystem des statistisches Amtes der Landeshauptstadt München

Die allgemeine Geburtenrate gibt an, wie viele Geburten pro Jahr auf 1.000 Frauen mit Hauptwohnsitz in München im Alter von 15 bis 44 Jahren (gebärfähiges Alter) entfallen. Die allgemeine Geburtenrate lag im Jahr 2000 bei 45,3 und stieg auf 52,0 im Jahr 2017 (vgl. Abbildung 5). Es zeigten sich Unterschiede zwischen der deutschen und ausländischen Bevölkerung: das Ausgangsniveau der deutschen Frauen im Jahr 2000 lag bei 39,2, das Ausgangsniveau der ausländischen Frauen bei 63,0. Über die Jahre näherten sich die Raten immer weiter an, nur im Jahr 2017 ging die Entwicklung wieder leicht auseinander.

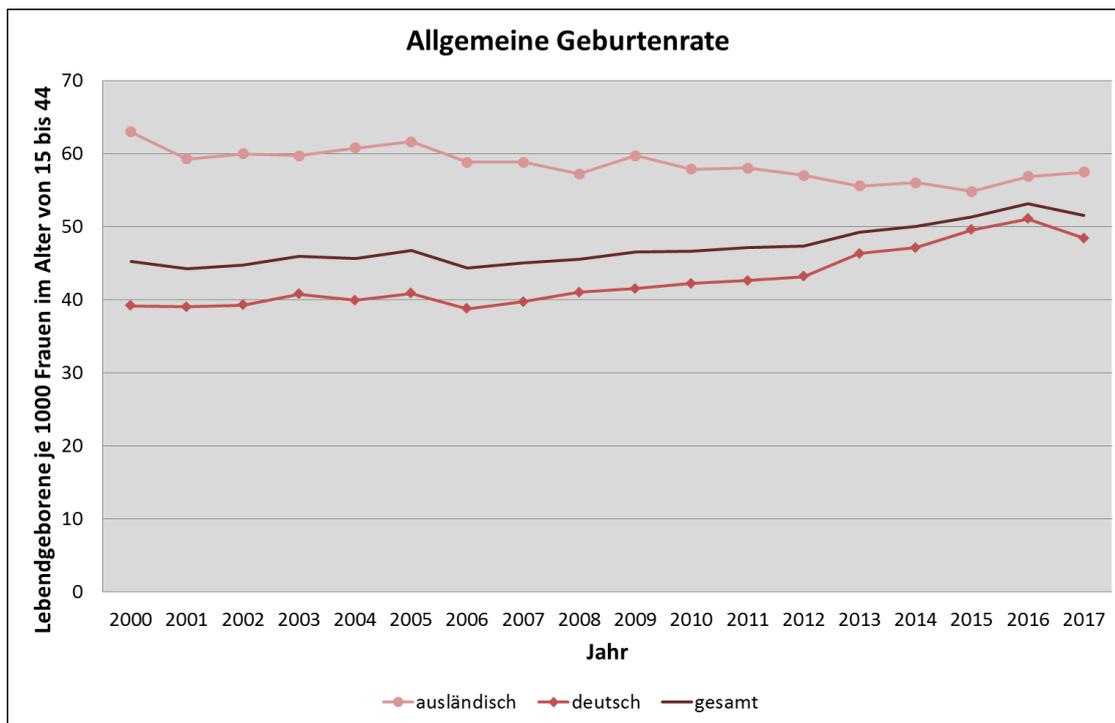


Abbildung 5: Entwicklung der allgemeinen Geburtenrate 2000 bis 2017

Quelle: Indikatorenatlas des Statistischen Amtes München, abgerufen am 15.05.2018

Die zusammengefasste Geburtenrate gibt an, wie viele Kinder eine Frau im gebärfähigem Alter (15- unter 45 Jahren) durchschnittlich im Laufe ihres Lebens hypothetisch zur Welt bringen würde, wenn ihr Geburtenverhalten für den gesamten Zeitraum ihrer fruchtbaren Lebensphase mit dem aller Frauen im Alter zwischen 15- unter 45 Jahren übereinstimmen würde.¹¹ Im Jahr 2017 lag die zusammengefasste Geburtenrate in München bei ca. 1,3 Kindern je Frau (vgl. Abbildung 6). Für deutsche Frauen zeigte sich eine leicht steigende Tendenz, während sich für ausländische Frauen eine leicht sinkende Tendenz zeigte. Insgesamt war ein Trend zu einer etwas höheren Kinderzahl pro Frau feststellbar.

¹¹ Definition des Statistischen Amtes München

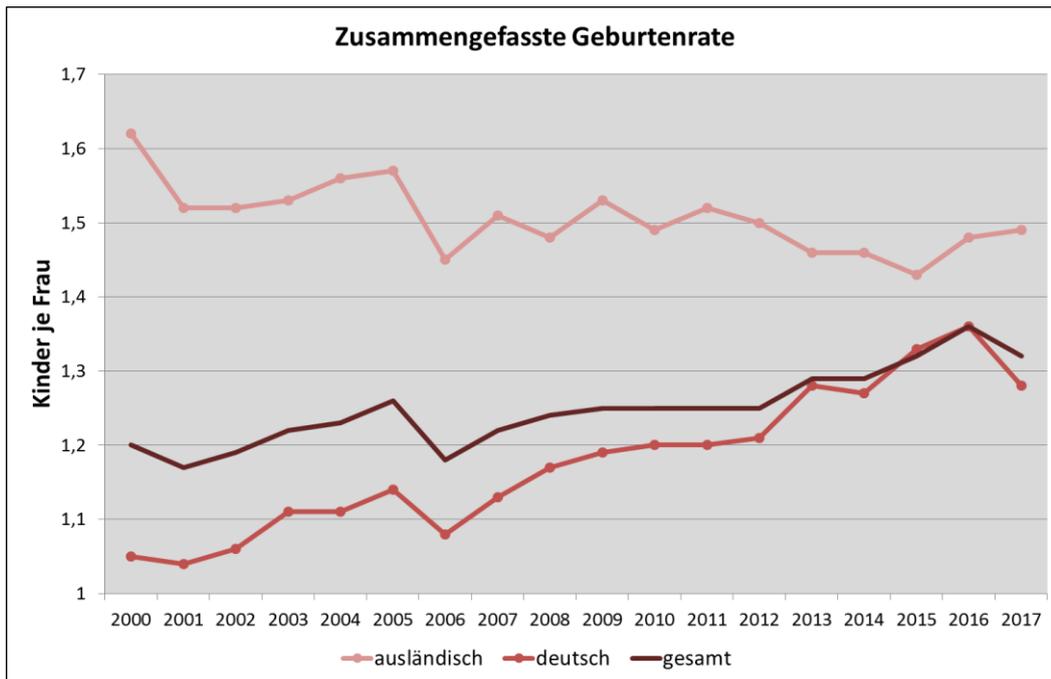


Abbildung 6: Entwicklung der zusammengefassten Geburtenrate 2000 bis 2017

Quelle: Indikatorenatlas des Statistischen Amtes München, abgerufen am 15.05.2018

66 % der Frauen zwischen 15 und 45 Jahren waren zum Stichtag 31.12.2017 deutsche Staatsangehörige¹². Die Zahl der Lebendgeborenen mit deutscher Mutter war in München im gesamten Zeitraum höher als die Zahl der Lebendgeborenen mit ausländischer Mutter. Der Anteil der Lebendgeborenen mit ausländischer Mutter stieg dabei seit dem Jahr 2000 leicht von 36 % auf 39 % (vgl. Abbildung 7).

¹² Bevölkerung nach Altersgruppen und Migrationshintergrund, Statistisches Amt München

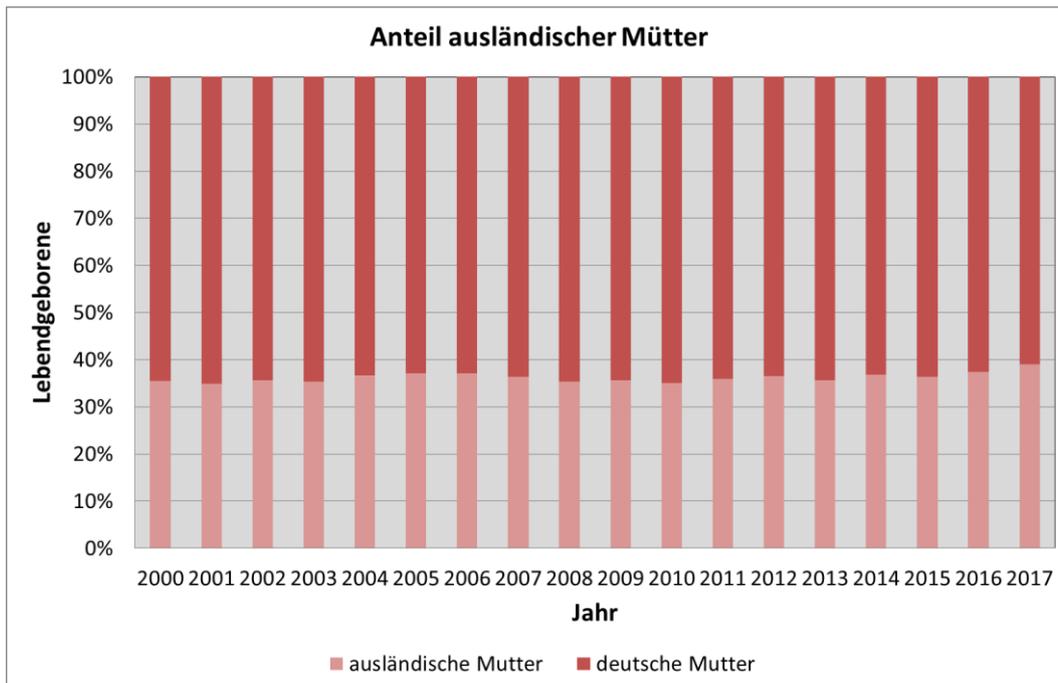


Abbildung 7: Entwicklung des Anteils ausländischer Mütter 2000 bis 2017

Quelle: Indikatorenatlas des Statistischen Amtes München, abgerufen am 15.05.2018

3.1.2 Alter der Mütter zum Zeitpunkt der Entbindung

Abbildung 8 zeigt, dass das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt eines Kindes im Zeitraum 2000 bis 2017 zunahm. 2017 lag es bei der ersten Geburt bei 31,3 Jahren, bei der Betrachtung aller Geburten bei 33 Jahren. Das Durchschnittsalter ausländischer Mütter bei der Entbindung lag im Jahr 2000 3,5 Jahre, 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 nahm über die Jahre zu und lag im Jahr 2017 bei 35 % (40 % bei deutschen, 26 % bei ausländischen Müttern; Abbildung 9). Insgesamt ist ein Trend zu einem höheren Alter der Mütter sowohl bei der ersten Geburt als auch bei Betrachtung aller Geburten erkennbar.

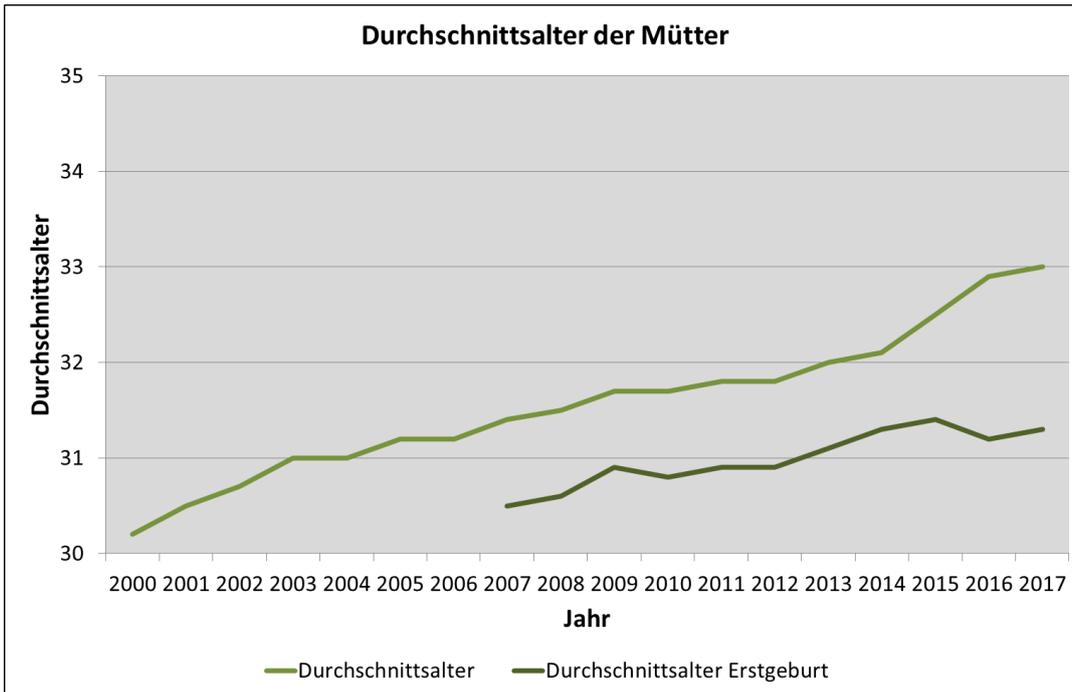


Abbildung 8: Entwicklung des Durchschnittsalters der Mütter zum Zeitpunkt der Entbindung
 Quelle: Indikatorenatlas des Statistischen Amtes München, abgerufen am 15.05.2018

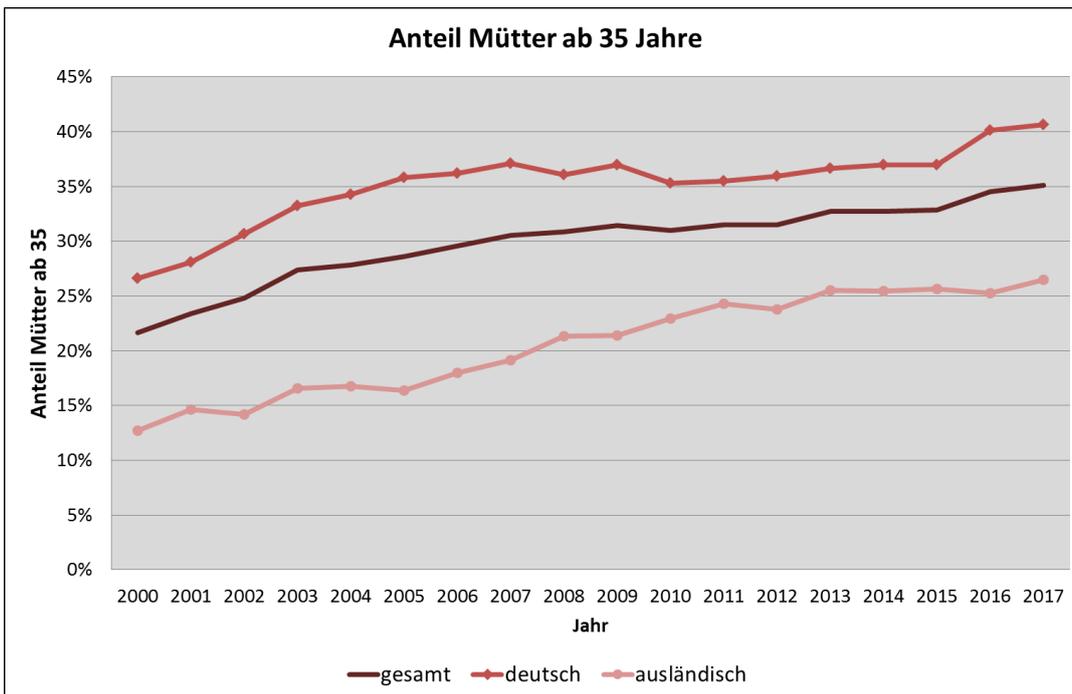


Abbildung 9: Entwicklung des Anteils der Mütter über 35 Jahre von 2000 bis 2017
 Quelle: Indikatorenatlas des Statistischen Amtes München, abgerufen am 15.05.2018

3.1.3 Frühgeborene und Kaiserschnittentbindungen

Die nachfolgende Tabelle enthält Angaben zur Anzahl der Geburten, Anzahl der Kaiserschnittentbindungen und Anzahl der Frühgeborenen in den Münchner Kliniken. Die Anzahl der Frühgeborenen bezieht sich auf alle Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis 35+0 SSW, unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme geboren wurden.¹³ Die Zahlen wurden aus der Berechnung der Qualitätsindikatoren der Qualitätsberichte der Krankenhäuser extrahiert. Wenn keine Fälle vorliegen, entfallen die Angaben.

Im Jahr 2015 wurden in Münchner Kliniken demnach 21.508 Geburten betreut. In 904 Fällen (4 %) handelte es sich um Frühgeborene bis zur 36. SSW. Der Bundesdurchschnitt lag 2015 bei 11 %. Zum Vergleich: Bayernweit lag der Anteil von Frühgeborenen bis zur 36. SSW im Jahr 2015 bei 3 %.¹⁴ In drei Münchner Entbindungskliniken (Frauenklinik München West, HELIOS Klinikum München West und Klinikum Neuperlach) wurden 2015 keine Frühgeborenen unterhalb der 36. SSW entbunden, da diese Kliniken aufgrund der Qualitätssicherung-Richtlinie für Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) entsprechend ihrer Versorgungsstufe nur Schwangere ab der 36. SSW versorgen.

Der Anteil der Kaiserschnittentbindungen an allen Geburten lag in den Münchner Entbindungskliniken zwischen 17 % und 48 %; der Durchschnitt für München insgesamt lag bei 34 % und somit etwas über dem Bundesdurchschnitt von 31 %.

Tabelle 1: Übersicht über Fallzahlen der Kliniken im Jahr 2015

	Anzahl Geburten	Anzahl Kaiserschnitte	Anteil Kaiserschnitte	Anzahl Frühgeborene	Anteil Frühgeborene
Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH	2.454	1.023	42%	15	1%
Frauenklinik München West GmbH u. Co. KG	765	368	48%	-	-
HELIOS Klinikum München West	647	191	30%	-	-
Klinikum der Universität München	3.635	1.026	28%	300	8%
Klinikum Dritter Orden	2.617	1.084	41%	180	7%
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität M.	1.790	643	36%	70	4%
Rotkreuzklinikum München gGmbH	3.784	1.455	38%	123	3%
Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Harlaching	2.255	667	30%	113	5%
Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Neuperlach	1.285	219	17%	-	-
Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing	2.276	586	26%	103	5%
Gesamt (München)	21.508	7.262	34%	904	4%
Bundesdurchschnitt	713.563	224.197	31%	25.763	11%

Quellen: Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2015; Bundesdurchschnitt aus: Bundesauswertung Geburtshilfe 2015, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

¹³ Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Qualitätssicherungsverfahren Geburtshilfe

¹⁴ Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ), Auswertung 2015 Geburtshilfe

Den 21.508 Geburten in Münchner Kliniken im Jahr 2015 standen 17.143 Lebendgeborene, die in München gemeldet wurden, gegenüber. Die Münchner Kliniken betreuen somit auch Frauen mit Wohnsitz außerhalb von München. Im Jahr 2015 ergab sich eine Differenz von 4.365 Geburten (20% der Gesamtgeburtenzahl).

Um die Werte zwischen Kliniken vergleichbar zu machen, müssen von den Krankenhäusern nicht beeinflussbare patientenbezogenen Risiken – wie z.B. ein hoher Anteil an Patientinnen mit einer Mehrlingsschwangerschaft – berücksichtigt werden. Deswegen wird für den Qualitätsindikator Kaiserschnittgeburten eine Risikoadjustierung vorgenommen, indem eine erwartete Rate, bei der die unterschiedlichen Risiken für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen der Patientinnen berücksichtigt werden, berechnet wird. Das Verhältnis der Kaiserschnittgeburten unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle (beobachtete Rate zu erwarteter Rate) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist in Tabelle 2 dargestellt. Jedes Jahr wird ein Referenzbereich festgelegt, der angibt, ob das Ergebnis eines Indikators statistisch auffällig ist. Im Jahr 2015 wurde ein Ergebnis über 1,24 als auffällig eingestuft, wobei generell ein Ergebnis umso besser ist, je niedriger der Wert ist.

Tabelle 2: Risikoadjustierte Kaiserschnitt-Raten im Jahr 2015

	Ergebnis (Beobachtete Rate / Erwartete Rate)	Konfidenzintervall
Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH	1,21	1,16 - 1,27
Frauenklinik München West GmbH u. Co. KG	1,57	1,45 - 1,68
HELIOS Klinikum München West	0,93	0,83 - 1,05
Klinikum der Universität München	0,77	0,73 - 0,81
Klinikum Dritter Orden	1,17	1,12 - 1,22
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München	1,06	1,00 - 1,13
Rotkreuzklinikum München gGmbH	1,06	1,02 - 1,10
Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Harlaching	0,92	0,86 - 0,98
Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Neuperlach	0,58	0,51 - 0,65
Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing	0,81	0,76 - 0,87
Bundesdurchschnitt	0,97	0,97 - 0,98

Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2015; Bundesdurchschnitt aus: Bundesauswertung Geburtshilfe 2015, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

3.1.4 Wohlbefinden und Zufriedenheit

Zur Abschätzung des allgemeinen Wohlbefindens zwei Wochen vor der Entbindung wurde der standardisierte WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden¹⁵ in die Mütterbefragung integriert. Dieser besteht aus fünf Teilfragen, die verschiedene Aspekte des Wohlbefindens abdecken (z.B. „In den letzten zwei Wochen vor der Geburt war ich froh und guter Laune“, „In den letzten zwei Wochen vor der Geburt habe ich mich energisch und aktiv gefühlt“). Die Teilfragen konnten auf einer sechsstufigen Skala von 0 = „zu keinem Zeitpunkt“ bis 5 = „die ganze Zeit“ beantwortet werden. Im Gegensatz zu der originalen Formulierung, wurde als Zeitraum die letzten zwei Wochen vor der Entbindung gewählt und nicht die letzten zwei Wochen vor Ausfüllen des Fragebogens, um eine höhere Vergleichbarkeit herzustellen und den Einfluss der Entbindungsumstände möglichst gering zu halten. Aus den fünf Teilfragen wurden für jede Frau der Mittelwert und die Standardabweichung ihrer Punkte berechnet, ggf. gerundet und so das durchschnittliche individuelle Wohlbefinden ermittelt.

Ein Drittel der befragten Frauen (32,9 %) gab Wohlbefinden im Durchschnitt in „etwas weniger als der Hälfte der Zeit“ an (2 Punkte), 27,1 % gaben Wohlbefinden „ab und zu“ an (1 Punkt), 23,3 % Wohlbefinden in „etwas mehr als der Hälfte der Zeit“ (3 Punkte), 10,9 % Wohlbefinden „meistens“ (4 Punkte), 4,7 % Wohlbefinden „zu keinem Zeitpunkt“ (0 Punkte) und 1,1 % Wohlbefinden „die ganze Zeit“ (5 Punkte).

Über alle Fragebögen hinweg lag der Mittelwert des Wohlbefindens bei 2,88 (Standardabweichung 1,07). Das Wohlbefinden von Schwangeren, die bereits mindestens ein Kind haben, war zwei Wochen vor der Entbindung tendenziell etwas niedriger als das von Schwangeren, die ihr erstes Kind erwarteten ($d=0,17$)¹⁶.

Die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung wurde auf Basis von drei Fragen analog zu Raposo et al. (2009)¹⁷ erhoben. Die Skala besteht aus drei Einzelfragen zur Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung während der gesamten Schwangerschaft (6-stufige Skala zwischen „höchst zufrieden“(5) und „gar nicht zufrieden“(0)) und der Übereinstimmung der medizinischen Versorgung mit den Erwartungen und den Bedürfnissen der Mütter (jeweils 6-stufige Skala zwischen „viel besser als erwartet“(5) und „viel schlechter als erwartet“(0)). Aus diesen drei Fragen wurde der Mittelwert berechnet und gerundet. Die Skala verfügt über eine hohe Reliabilität (Cronbachs alpha = .87), was bedeutet, dass alle drei Fragen inhaltlich ähnliche Aspekte abfragen und daher die Auswertung über einen Mittelwert zulässig ist.

Dabei zeigte sich überwiegend eine sehr große oder große Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung bei 74 % der Befragten (Abbildung 10). Der Mittelwert lag bei 3,91 (Standardabweichung 0,84). Frauen, die zum ersten Mal ein Kind bekommen hatten, berichteten eine leicht niedrigere Zufriedenheit als Frauen, die bereits mindestens das zweite Kind bekommen hatten ($d=0,21$).

¹⁵ WHO-5 Fragebogen abrufbar unter https://www.psychiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WH05_German.pdf

¹⁶ Zur Methodik siehe Abschnitt 2.1.2

¹⁷ Raposo ML, Alves HM, Duarte PA. Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: a patient's satisfaction index. *Serv Bus.* 1. März 2009;3(1):85-100.

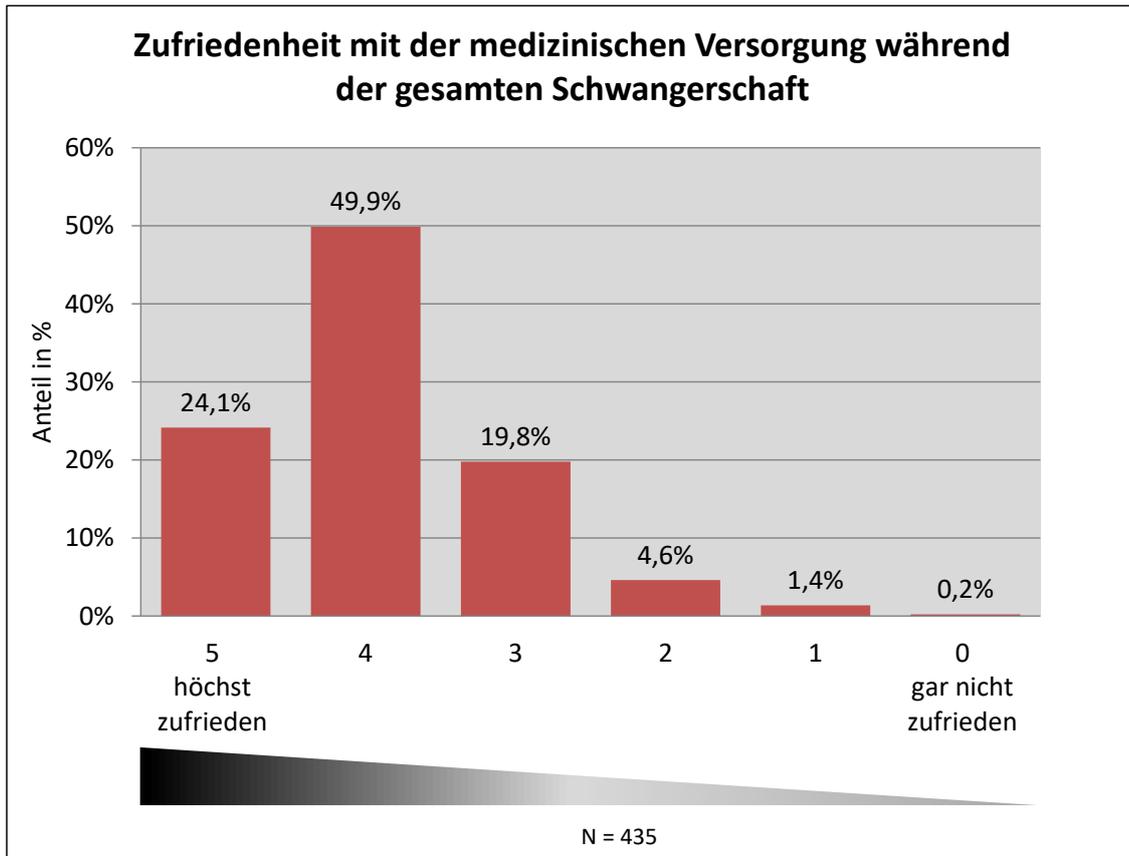


Abbildung 10: Zufriedenheit insgesamt mit der medizinischen Versorgung während der Schwangerschaft
Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB41)

Weiterhin wurde abgefragt, ob die Frauen das Gefühl hatten, dass sie in den ersten Wochen zu Hause mit dem Baby genug Unterstützung erhalten werden (Abbildung 11). Auch hier gab eine Mehrheit von 78 % an, dass diese Aussage zutrifft oder voll und ganz zutrifft (Stufe (4) und (5)), weitere 14,2 % gaben an, dass dies eher zutrifft (Stufe (3)). Der Mittelwert lag bei 4,02 (Standardabweichung 1,09).

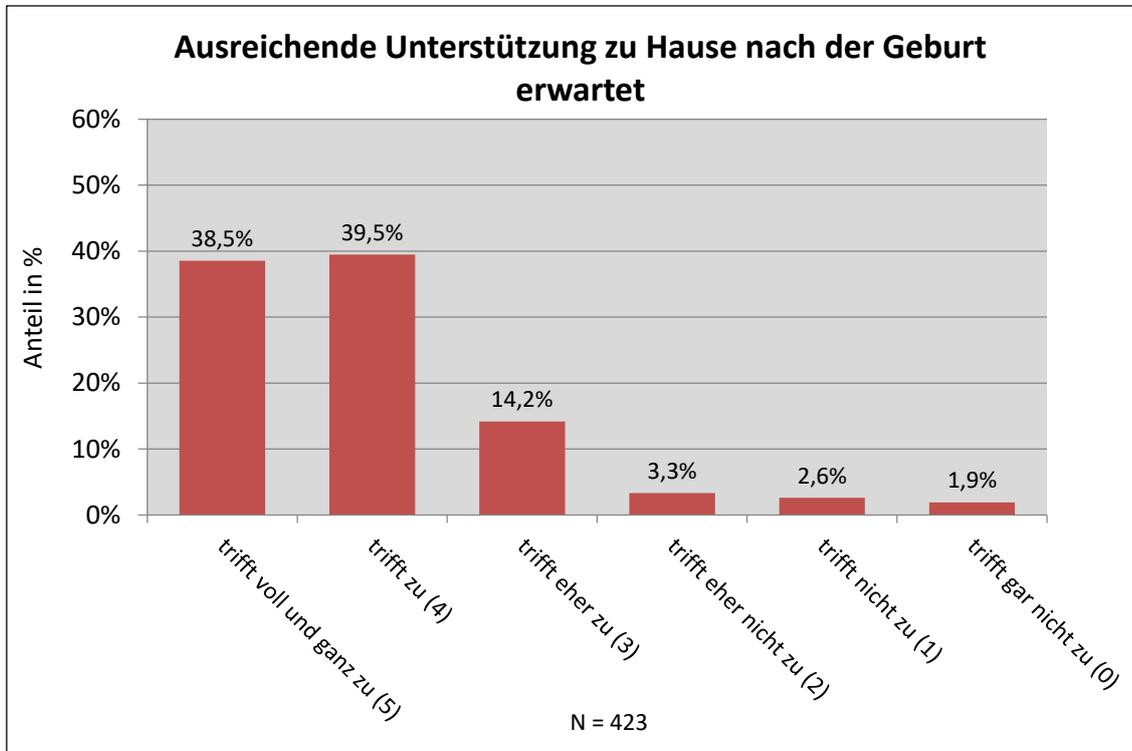


Abbildung 11: Ausreichende Unterstützung in den ersten Wochen zu Hause nach der Geburt
Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB27)

3.1.5 Fazit

Die Anzahl der Geburten stellt eine wichtige Kennzahl zur Abschätzung des Bedarfs an Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt dar. In München stieg die Geburtenzahl seit 1978 kontinuierlich an, mit einem leichten Rückgang von ca. 3% zwischen 2016 und 2017. Prognostisch ist, nach der oberen Schätzung Demografiebericht München, ein weiterer Anstieg der Geburtenzahlen bis 2035 um bis zu 19% zu erwarten. Ebenso ist, bedingt durch eine steigende zusammengefasste Geburtenrate der deutschen Frauen, ein Trend zu einer etwas höheren Kinderzahl pro Frau feststellbar.

In den Münchner Entbindungskliniken machen Geburten von Frauen mit Wohnsitz außerhalb von München einen relevanten Anteil der Gesamtgeburtenzahl aus (ca. 20% in 2015). Im Falle von weiteren Schließungen von Entbindungseinrichtungen im Münchner Einzugsgebiet ist davon auszugehen, dass die Zahl der in München zu betreuenden Entbindungen zukünftig weiter ansteigen wird - zusätzlich zur Geburtensteigerung bei den Einwohnerinnen Münchens - mit einem nachfolgend erhöhten Bedarf an Entbindungskapazitäten in München.

Das Alter der Mütter bei Geburt nahm in den letzten Jahren weiter zu, sowohl bei der ersten Schwangerschaft als auch insgesamt. Da Erstgebärende über 35 Jahren als Risikoschwangere eingestuft werden, ist mit einem weiter steigenden Anteil von Frauen mit erhöhtem Betreuungsaufwand während der Schwangerschaft und Geburt zu rechnen.

Im Jahr 2015 waren 904 der 21.508 in Münchner Krankenhäusern geborenen Kinder Frühgeborene bis zur 36. SSW, was 4 % aller Entbindungen entsprach. Frühgeborene, insbesondere unter 32 SSW, weisen eine erhöhte Morbidität und Mortalität auf und benötigen daher eine qualifizierte und intensive Betreuung. In Deutschland war der Anteil von Frühgeburten insgesamt zwischen 2004 und 2010 zwar rückläufig, der Anteil von Frühgeborenen unter 32 SSW lag 2010 jedoch im europäischen Vergleich an zweiter Stelle.¹⁸ Perspektivisch muss daher von einem anhaltend hohen Bedarf an spezialisierter Versorgung von Risikokindern ausgegangen werden.

Bei den Kaiserschnittraten gab es 2015 deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken, auch nach Risikoadjustierung, wobei die Hälfte der Münchner Kliniken eine niedrigere Kaiserschnitttrate als der Bundesdurchschnitt aufwies. Frauen sind nach Kaiserschnittentbindungen in der Regel länger im Krankenhaus und es kommt bei Mutter und Kind gehäuft zu Komplikationen im Vergleich zu einer natürlichen Geburt¹⁹. Somit hat eine hohe Kaiserschnitttrate direkte und indirekte Auswirkungen auf Bettenkapazitäten und die - teilweise auch langfristige - Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen.

Bei der Mütterbefragung zeigte sich eine mehrheitlich große Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung insgesamt während der Schwangerschaft und Geburt. Weiterhin hatte die Mehrheit der Frauen das Gefühl, dass sie in den ersten Wochen mit dem Baby zu Hause genug Unterstützung erhalten werden.

¹⁸ European Perinatal Health Report (EPhR) 2010, abrufbar unter <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>

¹⁹ Pressemitteilung Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), DGGG-Kongress 2012 „Kaiserschnitt oder natürliche Geburt – Keine schwierige Entscheidung?“

3.2 Kapazitäten

3.2.1 In der Schwangerschaft

3.2.1.1 Geburtsvorbereitung

51 % der Frauen aus der Mütterbefragung hatten in der aktuellen Schwangerschaft an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen (Abbildung 12). Hauptgrund für eine Nicht-Teilnahme war, dass sie bereits in der letzten Schwangerschaft einen Kurs absolviert hatten (49,1 % der Nicht-Teilnehmerinnen). Somit hat die Mehrheit der Schwangeren zumindest einmal an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen. Weitere Gründe für eine Nicht-Teilnahme waren, dass die Frau keinen Kurs machen wollte (25,2 %), dass sie keinen Platz bekommen hatte (6,0 %), dass sie nicht wusste, wer solche Kurse anbietet (3,7 %) und dass sie kein Geld für den Kurs ausgeben wollte (2,8 %). Dabei ist zu beachten, dass die Kosten für Geburtsvorbereitungskurse in der Regel von der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Zuzahlung übernommen werden.

Bei den sonstigen Gründen (13,3 %) wurde 5 mal (2,2 %) angegeben, dass die Entbindung vor dem geplanten Kurs stattgefunden hat, genauso häufig wurden medizinische Gründe wie Krankheit oder Bettruhe genannt, 4 Frauen (1,8 %) hielten solche Kurse nicht für sinnvoll, 3 Frauen machten stattdessen einen anderen Kurs und für 2 Frauen waren die angebotenen Kurse zu ungünstigen Uhrzeiten wegen fehlender Betreuung für die anderen Kinder.

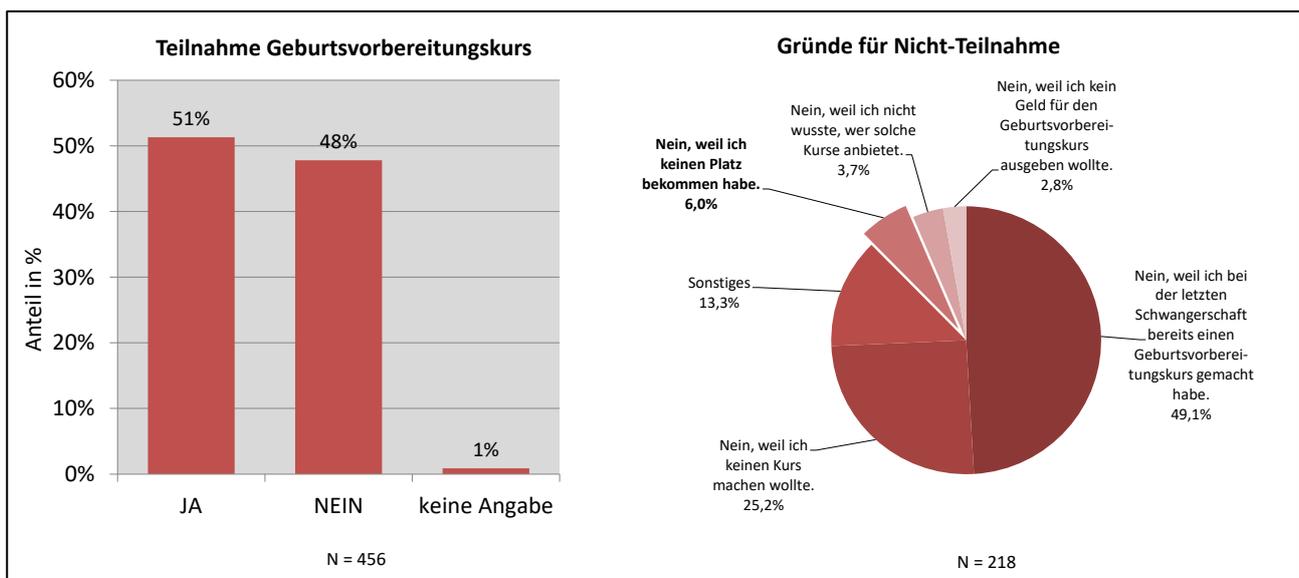


Abbildung 12: Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs

Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 17)

Abgesehen vom Geburtsvorbereitungskurs nahmen 67 % der Teilnehmerinnen der Mütterbefragung weitere Leistungen von Hebammen in Anspruch. Von denjenigen, die keine weiteren Leistungen in Anspruch nahmen, hielten 36,8 % die Betreuung durch die Ärztin/ den Arzt für ausreichend oder hatten kein Interesse (26,3 %). 12,3 % hatten keine Zeit für weitere Hebammenleistungen und 11,7 % gaben an, dass sie keinen Platz bekommen hatten. Weiteren 7,6 % war das Angebot nicht bekannt und 4,1 % konnten es sich finanziell nicht leisten (Abbildung 13). Diese weiteren Leistungen umfassen zum Beispiel persönliche oder telefonische Beratung durch eine Hebamme, weitere Kurse wie Kinderpflege, Vorsorgeuntersuchungen durch eine Hebamme oder alternative Verfahren wie z.B. Akupunktur. Diese Hebammenleistungen sind optional und falls gewünscht zum Teil privat zu finanzieren.

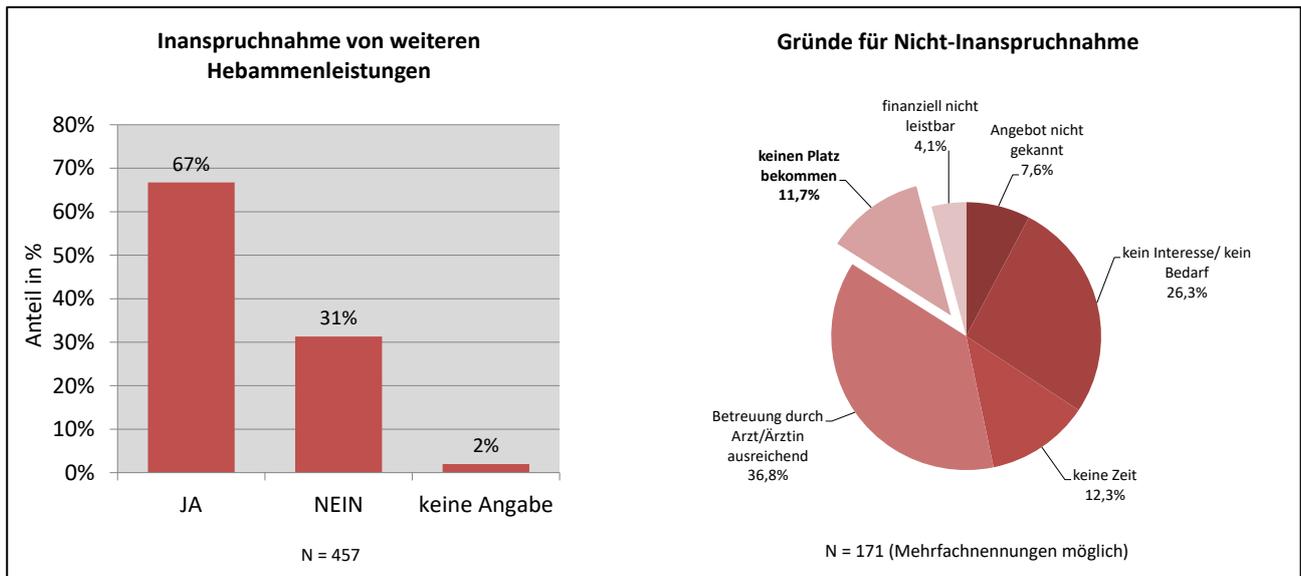


Abbildung 13: Inanspruchnahme von weiteren Hebammenleistungen (außer Geburtsvorbereitungskurs)

Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 18)

3.2.1.2 Gynäkologische Betreuung

Zum Stichtag 10.08.2017 arbeiteten in der Stadt München 370 Frauenärzte/Frauenärztinnen mit Kassenzulassung. In der Bedarfsplanung werden nicht alle Ärzte in vollem Umfang angerechnet. Manche Ärzte werden, z.B. auf Grund eines geringeren Tätigkeitsumfangs, nur anteilig berücksichtigt. Die Zählung nach Anrechnung in der Bedarfsplanung ergibt eine Zahl von 294 Frauenärzten.²⁰ Dies entsprach ca. 50 Frauenärzten/Frauenärztinnen je 100.000 Einwohnerinnen. 28,1 % der Frauenärzte/Frauenärztinnen in der Stadt München waren 60 Jahre oder älter.

In der Mütterbefragung zeigte sich, dass die Schwangeren bei der Suche nach einer Frauenärztin/ einem Frauenarzt kaum Schwierigkeiten hatten, weder insgesamt (Mittelwert 0,84, Standardabweichung 1,30) noch bei der gesonderten Betrachtung von Erst- oder Mehrgebärenden (Mittelwert 0,9 bzw. 0,8; Standardabweichung jeweils 1,3) (Abbildung 14). Ebenso wenig gab es Schwierigkeiten, Termine bei der Frauenärztin/ dem Frauenarzt zu erhalten (Mittelwert 0,80, Standardabweichung 1,21) (Abbildung 15).

²⁰ Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

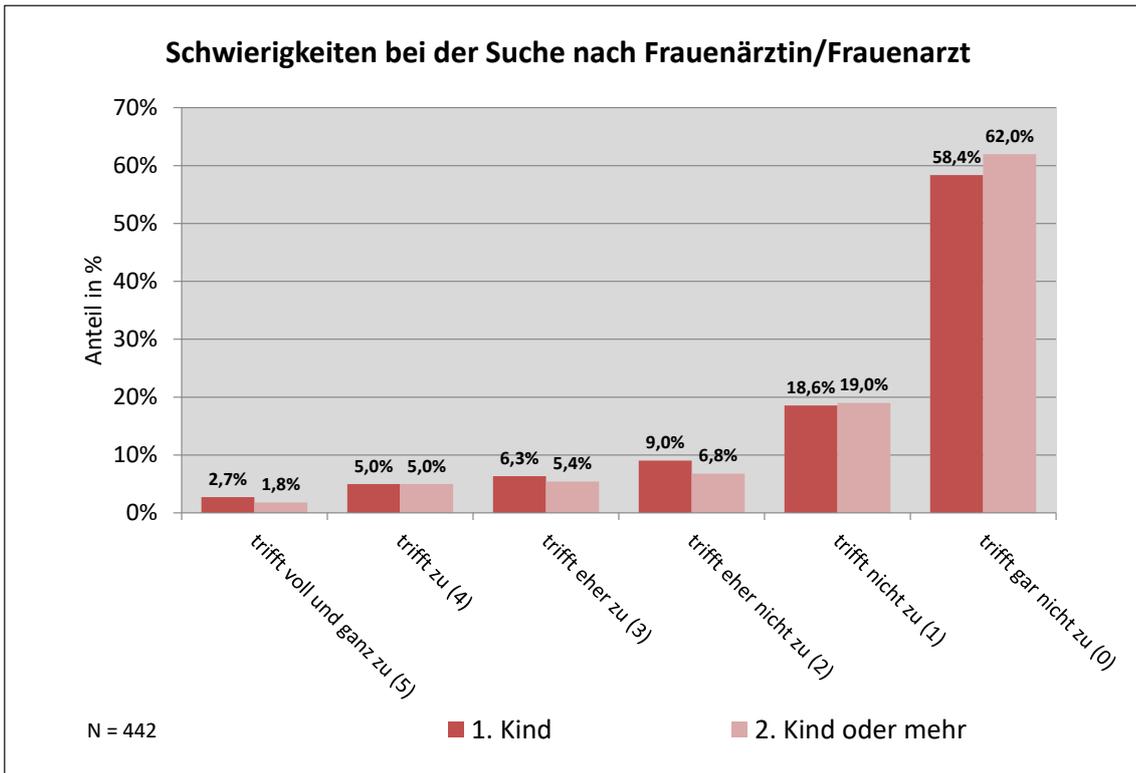


Abbildung 14: Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Frauenärztin/ einem Frauenarzt
 Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 15A)

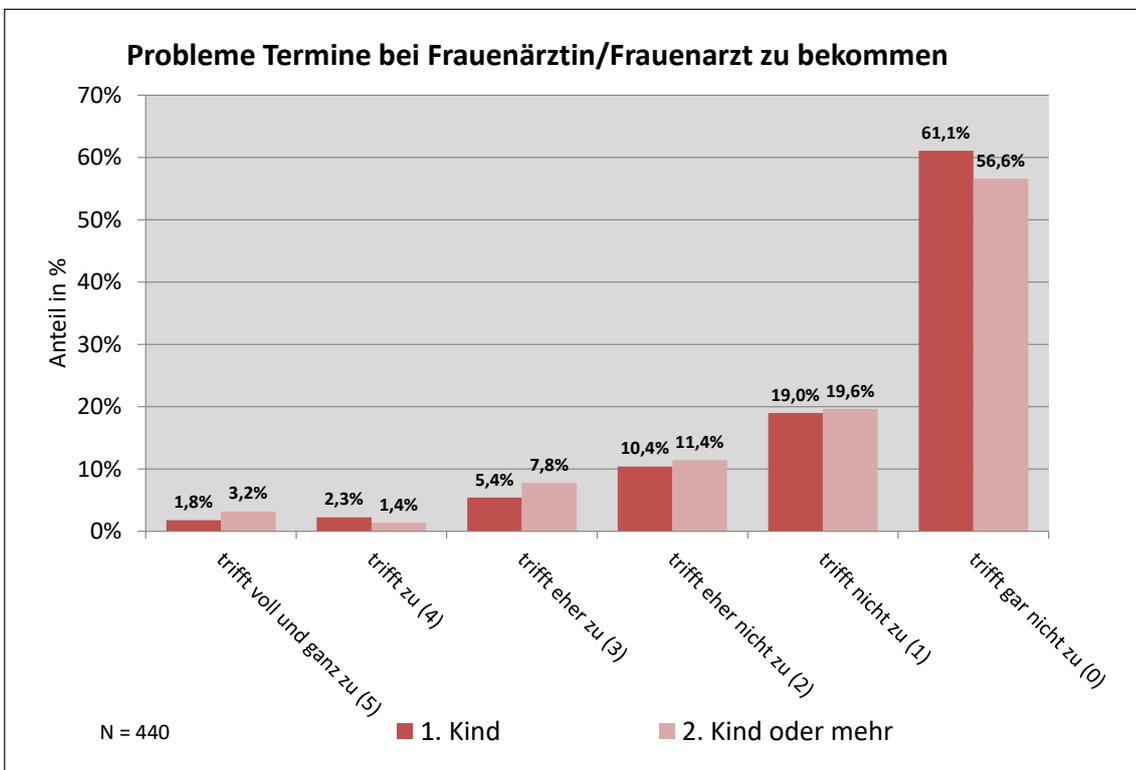


Abbildung 15: Probleme Termine bei der Frauenärztin/ dem Frauenarzt zu bekommen
 Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 15B)

3.2.2 Entbindung

3.2.2.1 Personal in Kliniken entsprechend Qualitätsberichten

Die nachfolgende Tabelle zeigt die in den Qualitätsberichten ausgewiesene Zahl der Hebammen für die Jahre 2015 und 2016. Im Berichtsjahr 2015 konnten erstmals Beleghebammen, also Hebammen, die freiberuflich in einer Geburtsklinik mit (teilweisem) Belegsystem arbeiten, in vollen Personen gesondert ausgewiesen werden. Da zuvor die Beleghebammen von manchen Kliniken zu den Vollkräften gerechnet wurden und von anderen Kliniken nicht, sind Angaben, die vor dem Jahr 2015 gemacht wurden nicht vergleichbar und werden hier nicht dargestellt.

Tabelle 3: Übersicht über Hebammen in Münchner Kliniken 2015 und 2016

	Hebammen (Angabe muss in Vollkräften erfolgen)		Beleghebammen (Angabe muss in Personen erfolgen)	
	2015	2016	2015	2016
Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH	2	0	15	19
Frauenklinik München West GmbH u. Co. KG	5	0	6	7
HELIOS Klinikum München West	0	0	10	10
Klinikum der Universität München	45,8	44,3	0	0
Klinikum Dritter Orden	1*	1,28*	k.A.	k.A.
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität M.	24	17,46	k.A.	k.A.
Rotkreuzklinikum München gGmbH	6,86	6,08	25	25
Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Harlaching	18,73	20,23	0	0
Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Neuperlach	11,7	10,99	0	k.A.
Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing	38	34	k.A.	k.A.
Summe	153,09	134,34	56	61

* Die weiteren Hebammen in der Geburtshilfe sind auf freiberuflicher Basis tätig

Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2015 und 2016

Im Jahr 2016 arbeiteten in den Münchner Kliniken laut Qualitätsberichten 134,34 festangestellte und 61 Beleghebammen. Im Vergleich zu 2015 waren dies 18,75 Vollkräfte weniger und 5 Belegkräfte mehr. Jedoch wurden nicht alle Beleghebammen exakt ausgewiesen. So berichtet das Klinikum Dritter Orden nur „weitere Hebammen auf freiberuflicher Basis“. Auch der Arbeitsumfang der Beleghebammen ist nicht bekannt. Somit stehen keine verlässlichen Angaben zur Zahl der an den Kliniken tätigen Hebammen zur Verfügung. Der Anteil der durch Beleghebammen betreuten Geburten konnte für München derzeit nicht ermittelt werden. Bundesweit lag der Anteil der Belegkräfte in 2016 bei 16,0 %. Die Geburtshilfe in bayerischen Krankenhäusern arbeitete mit einem Belegkräfteanteil von 51,1 %.²¹

Die aus den Qualitätsberichten extrahierten Angaben zum Personal auf den neonatologischen Stationen werden nicht dargestellt, da die Zuordnung zur Neonatologie für die meisten Kliniken nicht möglich und die Anzahl des Personals mit speziellen Qualifikationen nicht extrahierbar war.

²¹ Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung zur Zahl der Woche vom 24.04.2018. Abrufbar unter:

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2018/PD18_17_p002.html

3.2.2.2 Kapazitäten bei der Entbindung entsprechend Mütterbefragung

Die meisten Frauen (92 %) waren in der Entbindungseinrichtung angemeldet, in der sie entbunden haben. Der Hauptgrund für eine Nicht-Anmeldung war, dass die Klinik, in der man eigentlich angemeldet war, keinen Platz zum Zeitpunkt der Geburt hatte (34,8 % von 23 nicht angemeldeten Frauen) (Abbildung 16).

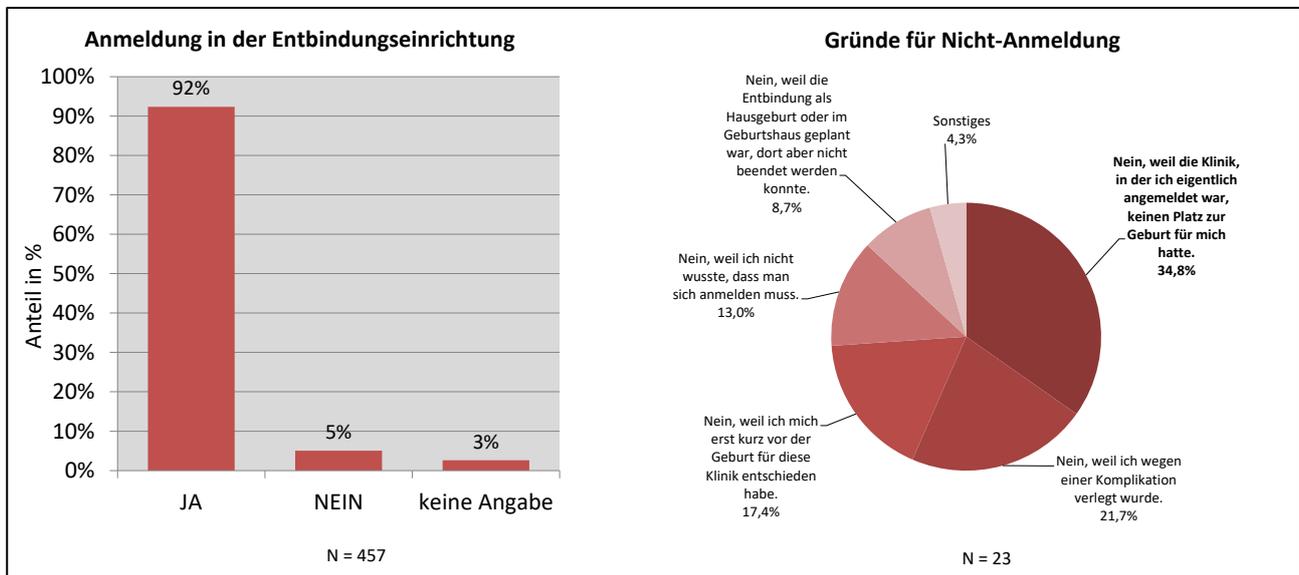


Abbildung 16: Anmeldung in der Entbindungseinrichtung und Gründe für eine fehlende Anmeldung

Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 21)

3.2.3 Neonatologische Intensivbehandlungsplätze nach Krankenhausplan

Der Krankenhausplan enthält eine Übersicht über bedarfsgerechte Kinder-Intensivstationen mit neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen zur stationären Versorgung von Risiko-Neugeborenen. Im Vergleich zum Krankenhausplan 2010, welcher eine Zahl von 68 Betten auswies, werden im Krankenhausplan 2018 bereits 16 Betten mehr ausgewiesen (Tabelle 4). Jedoch erhöhte sich in dieser Zeit auch die Zahl der Geburten um ca. 3.300 Geburten. Zudem weist der Krankenhausplan eine rein planerische Bettenzahl aus, welche von der tatsächlichen Anzahl und Verfügbarkeit abweichen kann.

Tabelle 4: Neonatologische Intensivbehandlungsplätze nach Krankenhausplan

Klinik	Versorgungsstufe	Plätze
Dr. von Haunersches Kinderspital der LMU München	Perinatalzentrum Level 1	7
Frauenklinik der LMU München, Campus Großhadern	Perinatalzentrum Level 1	9
Frauenklinik Maistraße der LMU München, Campus Innenstadt	Perinatalzentrum Level 1	7
Klinikum Dritter Orden	Perinatalzentrum Level 1	11
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität M.	Perinatalzentrum Level 1	6
Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Harlaching	Perinatalzentrum Level 1	11
Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing	Perinatalzentrum Level 1	23
Rotkreuzklinikum München gGmbH	Perinatalzentrum Level 2	6
Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH	Perinataler Schwerpunkt	4
Summe		84

Quelle: Krankenhausplan Stand 01.01.2018

3.2.4 Interdisziplinärer Versorgungsnachweis München (IVENA)

Durch die Integrierte Leitstelle München wird im Auftrag des Rettungszweckverbandes München, in Zusammenarbeit mit den Münchener Kliniken eine kontinuierlich aktualisierte Versorgungsübersicht geführt, in der die verfügbaren und nicht verfügbaren Versorgungseinrichtungen in einer zentralen Datenbank erfasst und über ein entsprechendes Internetportal dargestellt werden. Die in der Leitstelle dokumentierten Ab- und Anmeldungen der Geburtshilfeeinrichtungen und NIPS-Einrichtungen können im Rahmen des Versorgungsmanagements abgefragt und hinsichtlich der Fragestellung „Kapazitäten“ ausgewertet werden. Im Fokus stehen dabei die in München insgesamt zur Verfügung stehenden freien Kapazitäten.

Die nachfolgende Abbildung zeigt eine im Internet visualisierte Momentaufnahme von IVENA München für Geburtshilfeeinrichtungen ab der 36. Schwangerschaftswoche. In 10-Minuten-Rastern wird der Zeitverlauf dargestellt. Für jede Klinik mit Versorgungseinrichtung der gewählten Kategorie (hier Geburtshilfeeinrichtungen ab der 36. Schwangerschaftswoche) wird eine Linie im Diagramm dargestellt. Rote Einträge entsprechen einer Abmeldung/Sperrung der Einrichtung für das rot dargestellte Zeitintervall.

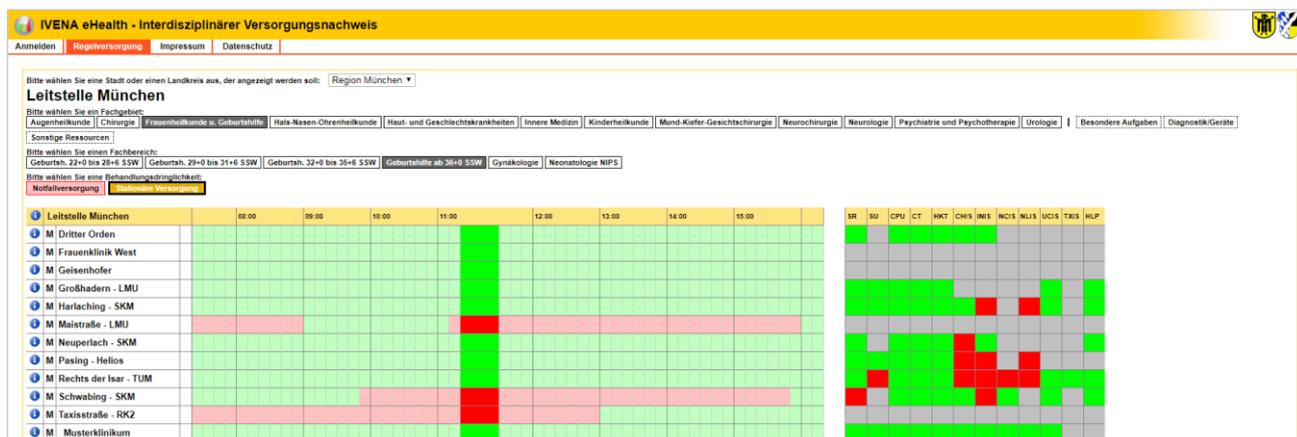


Abbildung 17: Exemplarische Darstellung IVENA München

Quelle: Frei zugängliche Internetanwendung „www.ivena-muenchen.de“

Kategorisierung der Fachbereiche

Im Rahmen der Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt sind vier Kategorien der Geburtshilfe (je nach SSW) sowie die neonatologischen Intensivstationen (NIPS) relevant. Im Projekt wurden daher zunächst die bestehenden und in IVENA aufgeführten Einrichtungen erhoben (vgl. Tabelle 5) und als Berechnungsgrundlage für die Verfügbarkeit nach SSW in die Datenbank überführt.²²

Tabelle 5: Übersicht der Behandlungseinrichtungen entsprechend Dokumentation IVENA

Klinik	Geburtshilfe				NIPS
	ab SSW 36	SSW 32 bis 35	SSW 29 bis 31	SSW 22 bis 28	
Frauenklinik Dr. Geisenhofer	ja	ja	nein	nein	nein
Frauenklinik München West	ja	nein	nein	nein	nein
HELIOS Klinikum München West	ja	nein	nein	nein	nein
Klinikum der Universität München - Dr. von Haunersches Kinderspital	nein	nein	nein	nein	ja
Klinikum der Universität München - Frauenklinik, Campus Innenstadt	ja	ja	ja	ja	ab 07/2017
Klinikum der Universität München - Klinikum Großhadern	ja	ja	ja	ja	ab 07/2017
Klinikum Dritter Orden	ja	ja	ja	ja	ja
Rotkreuzklinikum München - Frauenklinik in der Taxisstrasse	ja	ja	ja	ja	ja
Städtisches Klinikum München - Klinikum Harlaching	ja	ja	ja	ja	ja
Städtisches Klinikum München - Klinikum Neuperlach	ja	nein	nein	nein	nein
Städtisches Klinikum München - Klinikum Schwabing	ja	ja	ja	ja	ja
Technische Universität München - Klinikum rechts der Isar	ja	ja	ja	ja	ja
Anzahl Einrichtungen (05/2018)	11	8	7	7	8

Quelle: IVENA München

Für Entbindungen ab der 37. SSW werden derzeit (Stand Mai 2018) elf Geburtshilfeeinrichtungen in IVENA aufgeführt. Für Entbindungen vor der 37. SSW sind in IVENA acht (SSW 32+0 bis SSW 35+6)

²² Zukünftig ist die Übersicht der Einrichtungen kontinuierlich anhand der Darstellungen in IVENA zu aktualisieren.

bzw. sieben Einrichtungen (SSW 22+0 bis SSW 31+6) enthalten. In den Jahren 2016 und 2017 kam es in Bezug auf die in IVENA enthaltenen Geburtshilfeeinrichtungen zu keinen Veränderungen.

Eine relevante Änderung, welche auch Auswirkungen auf die Ergebnisse der Analysen hatte, bedeutete hingegen die Übernahme der NIPS-Einrichtungen am Klinikum Großhadern sowie in der Frauenklinik Innenstadt in der Maistraße in das IVENA-System ab Juli 2017. Ab diesem Zeitpunkt waren in IVENA dementsprechend acht statt zuvor sechs NIPS-Einrichtungen enthalten.

Die nachfolgenden Darstellungen der IVENA-Verfügbarkeiten bzw. IVENA-Abmeldungen sind entsprechend der genannten Einrichtungsarten gegliedert. Es wurden dabei Abbildungen für Jahre, Quartale und Monate generiert.

3.2.4.1 Geburtshilfe ab 37. SSW

Für die Kategorie Geburtshilfe ab SSW 36+0 waren in IVENA München im gesamten Zeitraum der Jahre 2016 und 2017 elf Einrichtungen hinterlegt.

Die Auswertungen zeigten, dass in den vergangenen acht Quartalen zu keinem Zeitpunkt weniger als vier Geburtshilfeeinrichtungen für Schwangere ab der 37. Schwangerschaftswoche in IVENA verfügbar waren. Dementsprechend waren zu jedem Zeitpunkt in den Jahren 2016 und 2017 mindestens vier Einrichtungen (zumindest für Transporte durch den Rettungsdienst) aufnahmebereit.

Auf der anderen Seite wurden Einrichtungen der Geburtshilfe ab der 37. SSW durchaus häufig durch die Kliniken abgemeldet. Lediglich zu einem Fünftel der Zeit im Jahr 2017 waren keine Einrichtungen dieser Kategorie abgemeldet. In knapp der Hälfte der Zeit waren zwei oder mehr Einrichtungen im System IVENA gesperrt und in 10 % der Zeit des Jahres 2017 waren vier und mehr der elf im System geführten Geburtshilfeeinrichtungen abgemeldet.

Die nachfolgenden Auswertungen zeigen die Abmeldungen differenziert nach Quartalen für die Jahre 2016 und 2017 sowie nach Monaten des Jahres 2017.

Insgesamt kann für die Geburtshilfe ab der 37. SSW festgestellt werden, dass trotz häufiger Abmeldungen einzelner Kliniken rund um die Uhr und zu allen Tagen entsprechend IVENA mehrere geeignete Einrichtungen verfügbar waren.

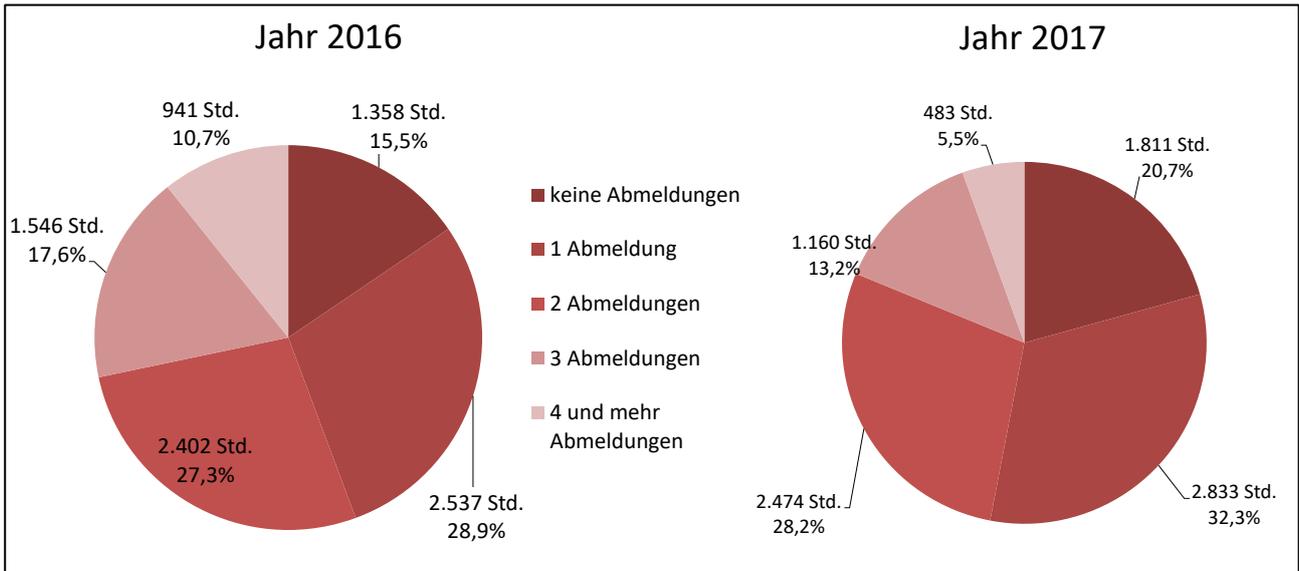


Abbildung 18: Abgemeldete Einrichtungen für Geburtshilfe ab 36+0 SSW in den Jahren 2016 und 2017 im Vergleich

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt elf Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

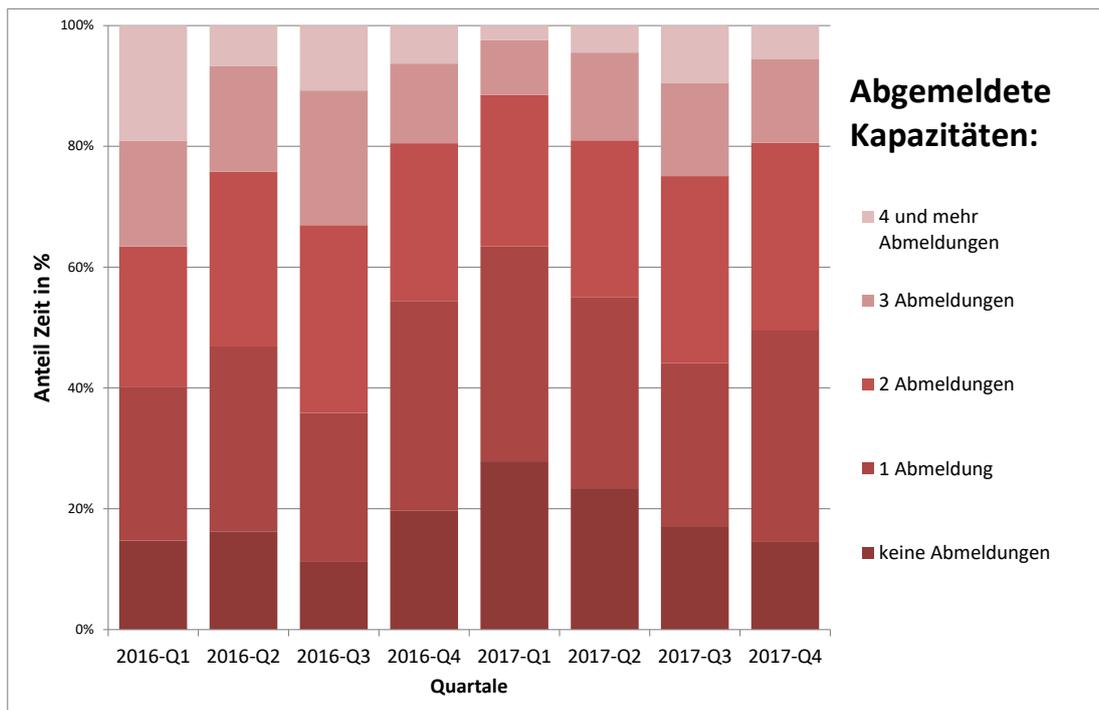


Abbildung 19: Abgemeldete Einrichtungen für Geburtshilfe ab 36+0 SSW in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017 im Vergleich

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt elf Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

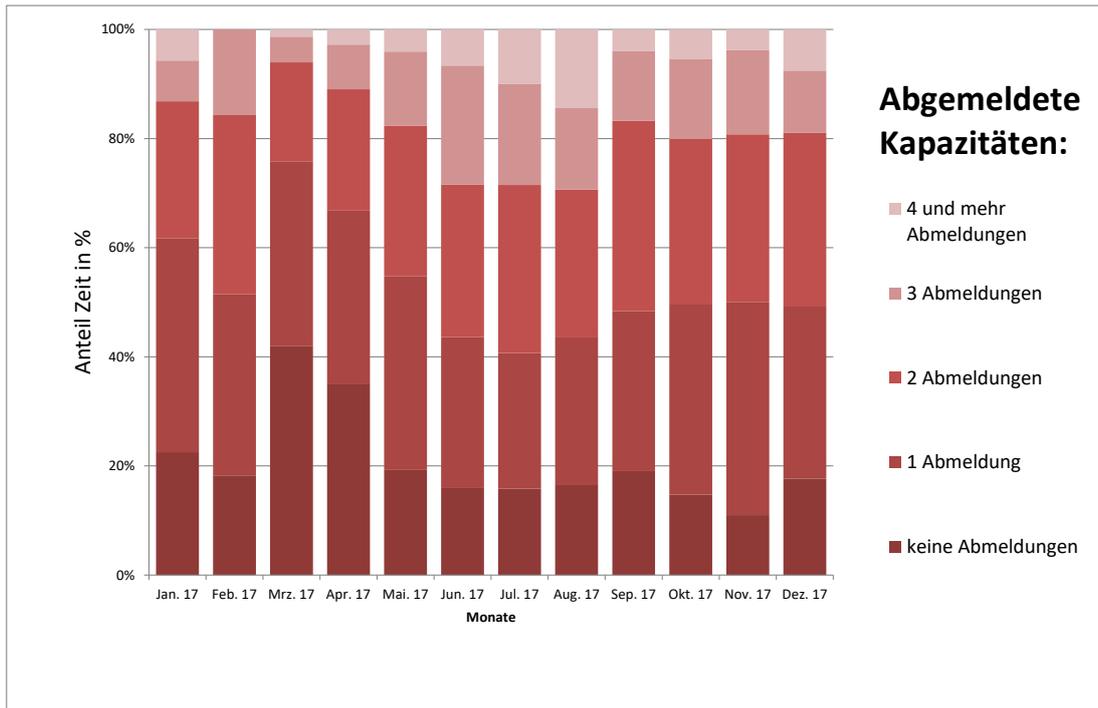


Abbildung 20: Abgemeldete Einrichtungen für Geburtshilfe ab 36+0 SSW in den Monaten Januar bis Dezember 2017

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt elf Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

3.2.4.2 Geburtshilfe SSW 32+0 bis 35+6

Für die Kategorie Geburtshilfe SSW 32+0 bis 35+6 waren in IVENA München im gesamten Zeitraum der Jahre 2016 und 2017 acht Einrichtungen hinterlegt.

Während für Einrichtungen der Geburtshilfe ab der 37. SSW zu keinem Zeitpunkt in den Jahren 2016 und 2017 keine freien Kapazitäten in IVENA dokumentiert wurden, stellte sich die in den nachfolgenden Abbildungen dargestellte Situation für die Geburtshilfe in der 33. bis 36. SSW anders dar: Im Jahr 2017 gab es an 176 Stunden bzw. 2,0 % des Gesamtjahres keine freien Kapazitäten in dieser Kategorie. Im Jahr zuvor lag der Anteil bei 215 Stunden bzw. 2,4 %. Bei etwa 5 % bis 6 % der beiden Jahre war genau eine Geburtshilfeeinrichtung dieser Kategorie verfügbar.

Die Auswertung der Zeitreihe der vergangenen beiden Jahre (2016 und 2017) zeigt, dass die Zeitintervalle ohne freie bzw. mit nur wenigen freien Kapazitäten ab dem zweiten Quartal 2016 begannen und bis zum Ende 2017 tendenziell zunahmen. Im vierten Quartal 2017 standen entsprechend IVENA an 70 Stunden keine Kapazitäten dieser Kategorie zur Verfügung, mit Schwerpunkt im Monat Dezember 2017 mit 46 Stunden.

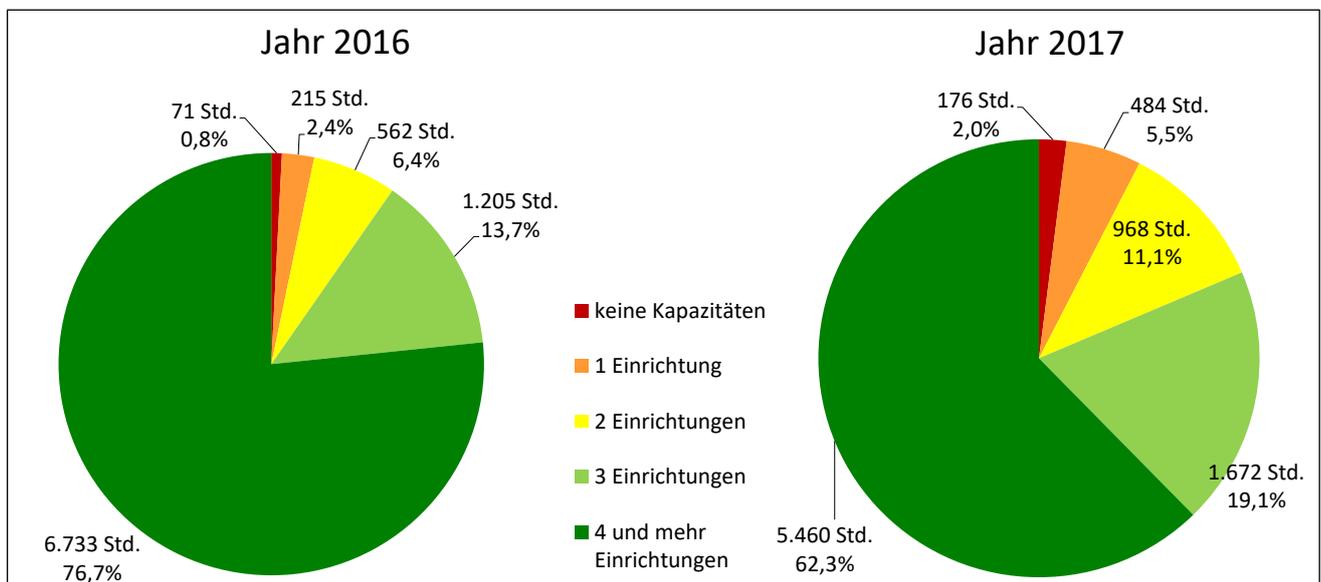


Abbildung 21: Freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 32+0 bis 35+6 in den Jahren 2016 und 2017 im Vergleich
Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt acht Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

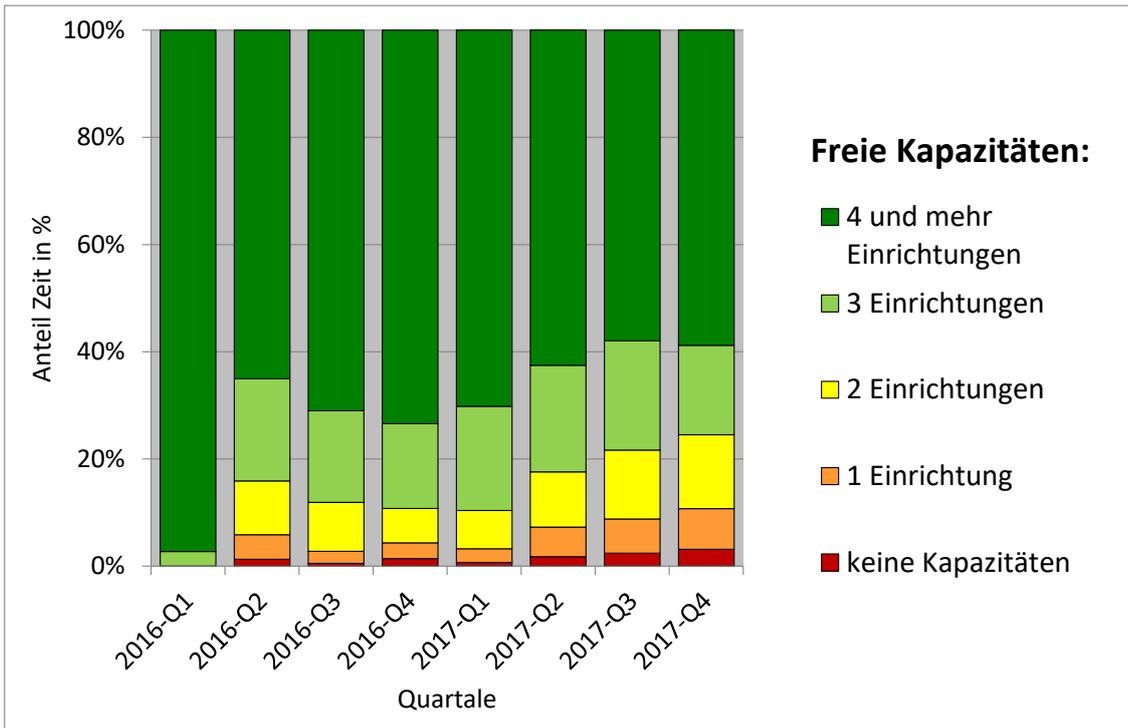


Abbildung 22: Freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 32+0 bis 35+6 in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017 im Vergleich

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt acht Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

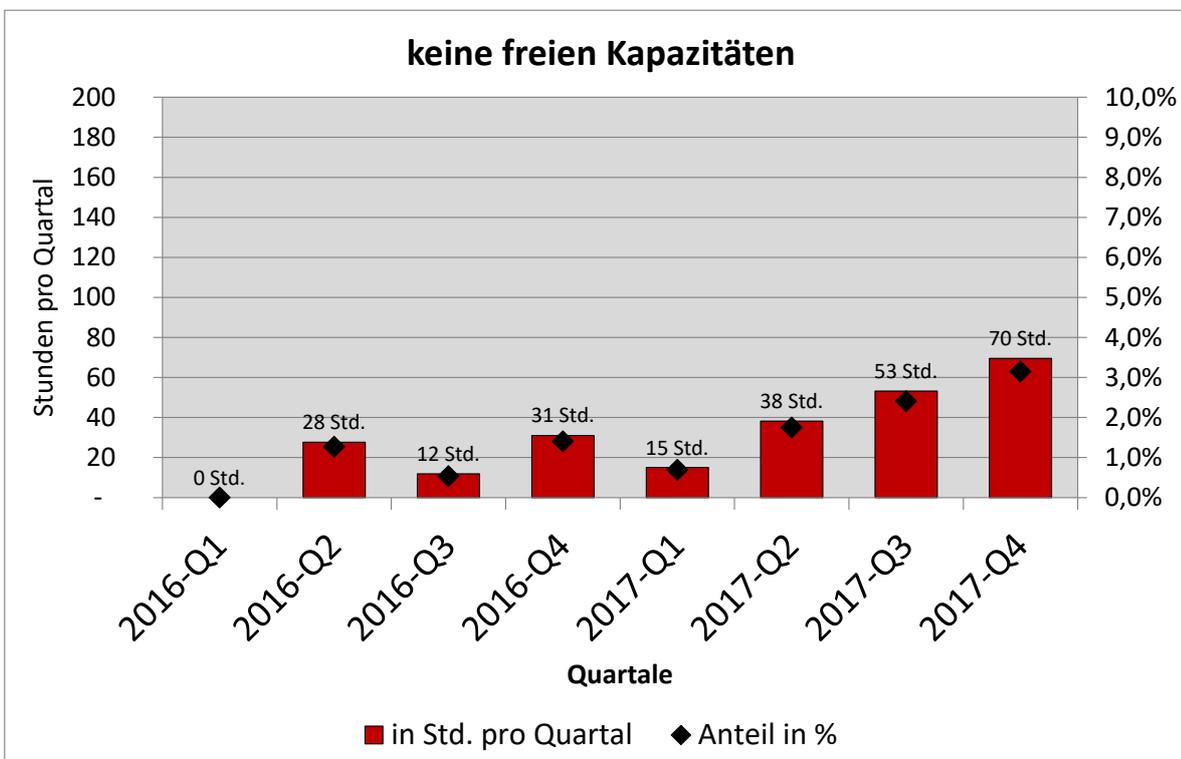


Abbildung 23: Anzahl und Anteil an Stunden pro Quartal ohne freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 32+0 bis 35+6 in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt acht Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

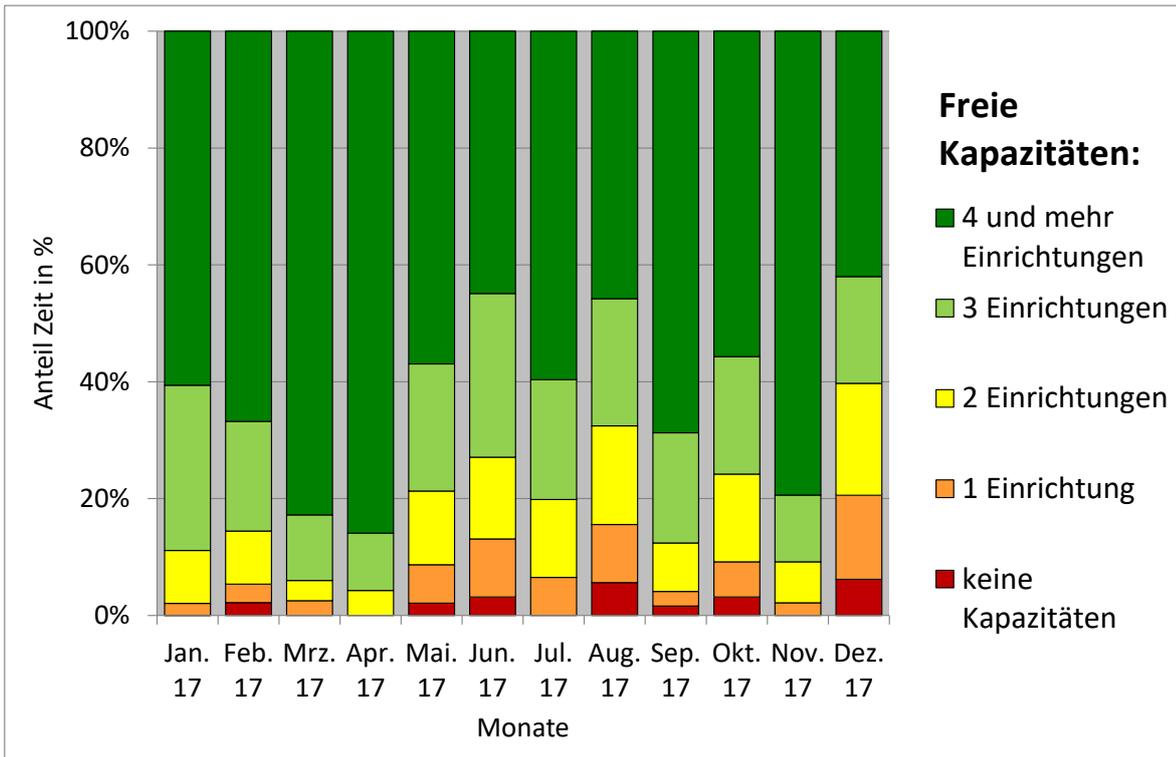


Abbildung 24: Freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 32+0 bis 35+6 in den Monaten Januar bis Dezember 2017
 Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt acht Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

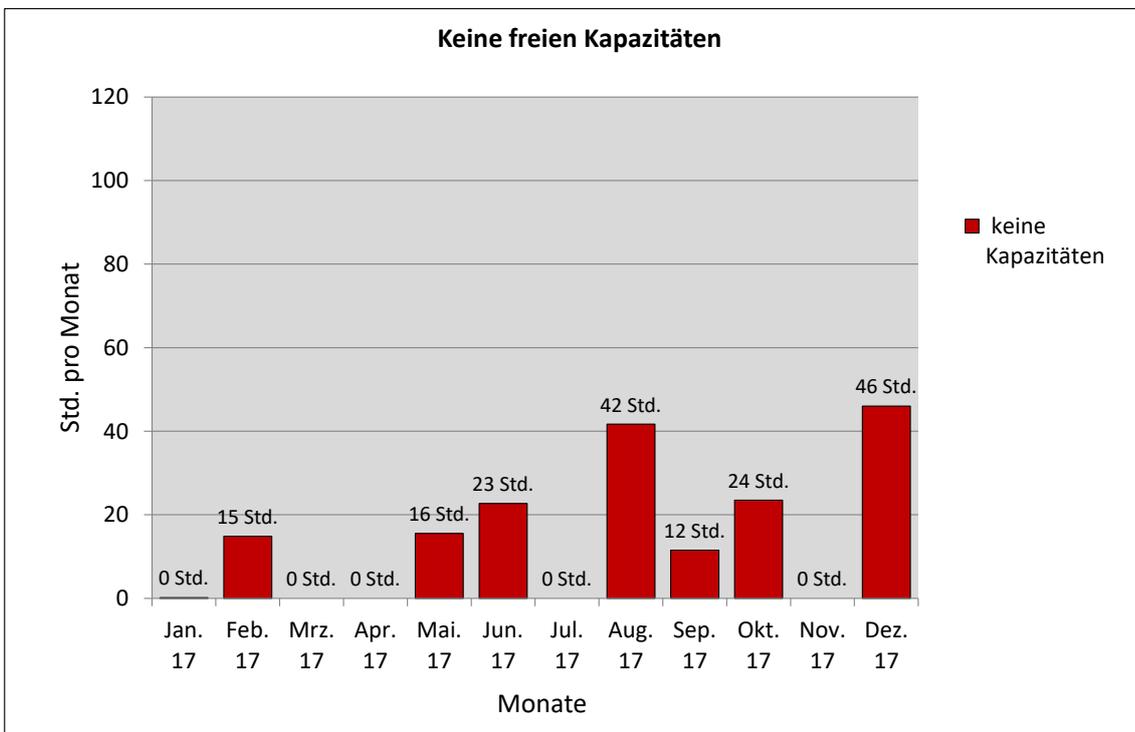


Abbildung 25: Anzahl Stunden pro Monat ohne freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 32+0 bis 35+6 in den Monaten Januar 2017 bis Dezember 2017
 Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt acht Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

3.2.4.3 Geburtshilfe SSW 29+0 bis 31+6

Für die Kategorie Geburtshilfe SSW 29+0 bis 31+6 waren in IVENA München im gesamten Zeitraum der Jahre 2016 und 2017 sieben Einrichtungen hinterlegt.

Die Situation für die Geburtshilfeeinrichtungen der SSW 29+0 bis 31+6 ist in den nachfolgenden Abbildungen dargestellt. Im Jahr 2017 gab es an 157 Stunden (1,8 %) keine freien Kapazitäten für die Geburtshilfe in dieser Kategorie. Im Jahr 2016 lag der entsprechende Wert bei 66 Stunden (0,7 %). Bei etwa einem Viertel des Jahres 2017 standen nach der Dokumentation in IVENA höchstens 2 Einrichtungen zur Verfügung. Im Jahr 2016 lag dieser Wert bei etwa 10 %.

Die Auswertung der Zeitreihe der Jahre 2016 und 2017 zeigt für Einrichtungen der Geburtshilfe SSW 29+0 bis 31+6, dass die Intervalle mit fehlenden bzw. knappen Kapazitäten ab dem zweiten Quartal 2016 auftraten und sich bis Ende 2017 tendenziell verstärkten. Ab dem zweiten Quartal 2017 wurden in IVENA etwa 50 Stunden pro Quartal erfasst, in denen keine freien Kapazitäten verfügbar waren. Der Monat mit den meisten Stunden ohne freie Kapazitäten waren der August 2017 (Ferienmonat) und der Dezember 2017 (Feiertage und Weihnachtsferien).

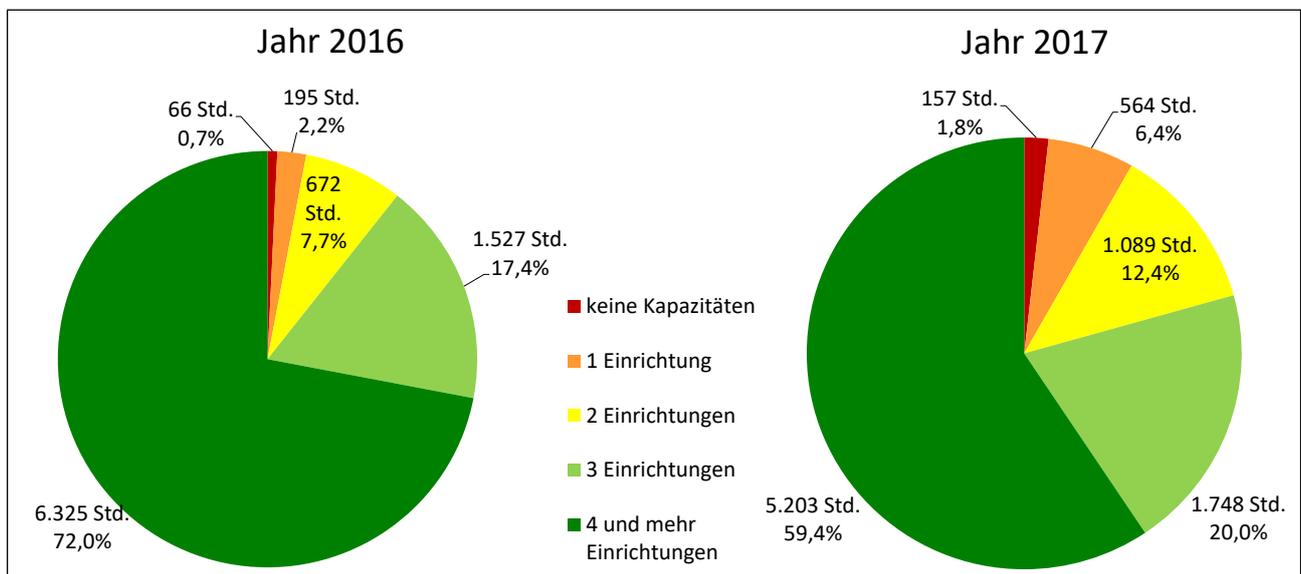


Abbildung 26 Freie Kapazitäten für Entbindungen in der SSW 29+0 bis 31+6 in den Jahren 2016 und 2017 im Vergleich

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt sieben Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

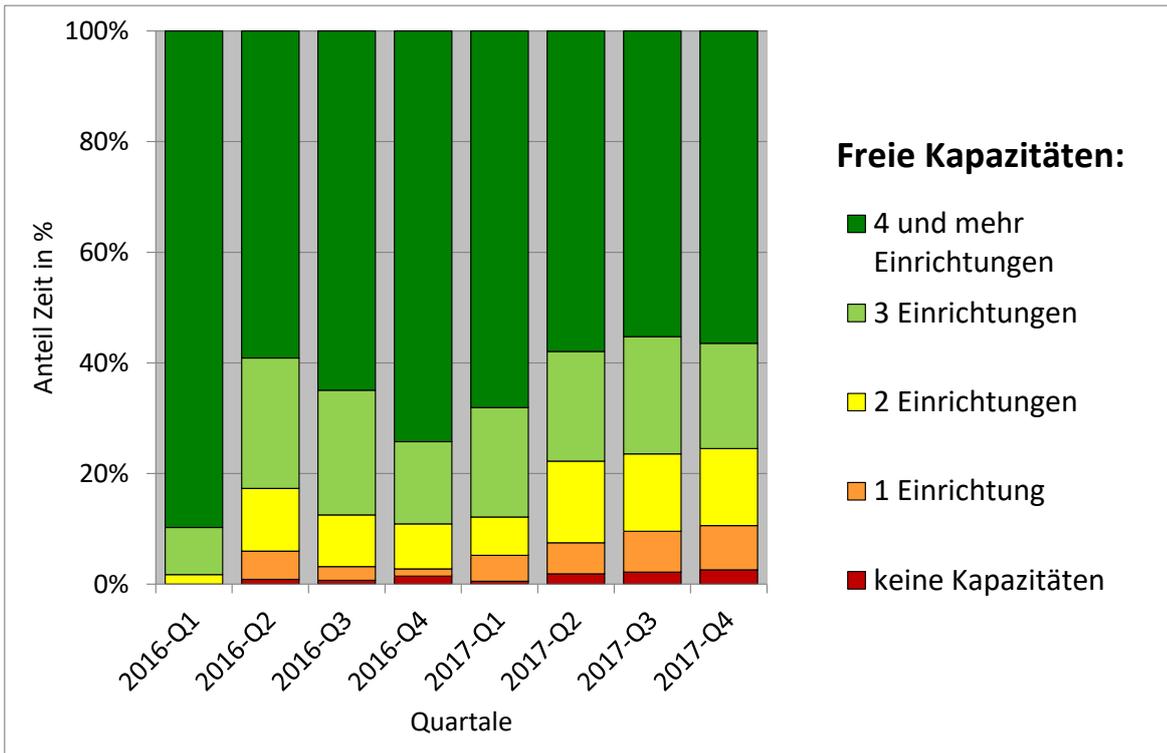


Abbildung 27: Freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 29+0 bis 31+6 in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017 im Vergleich

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt sieben Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

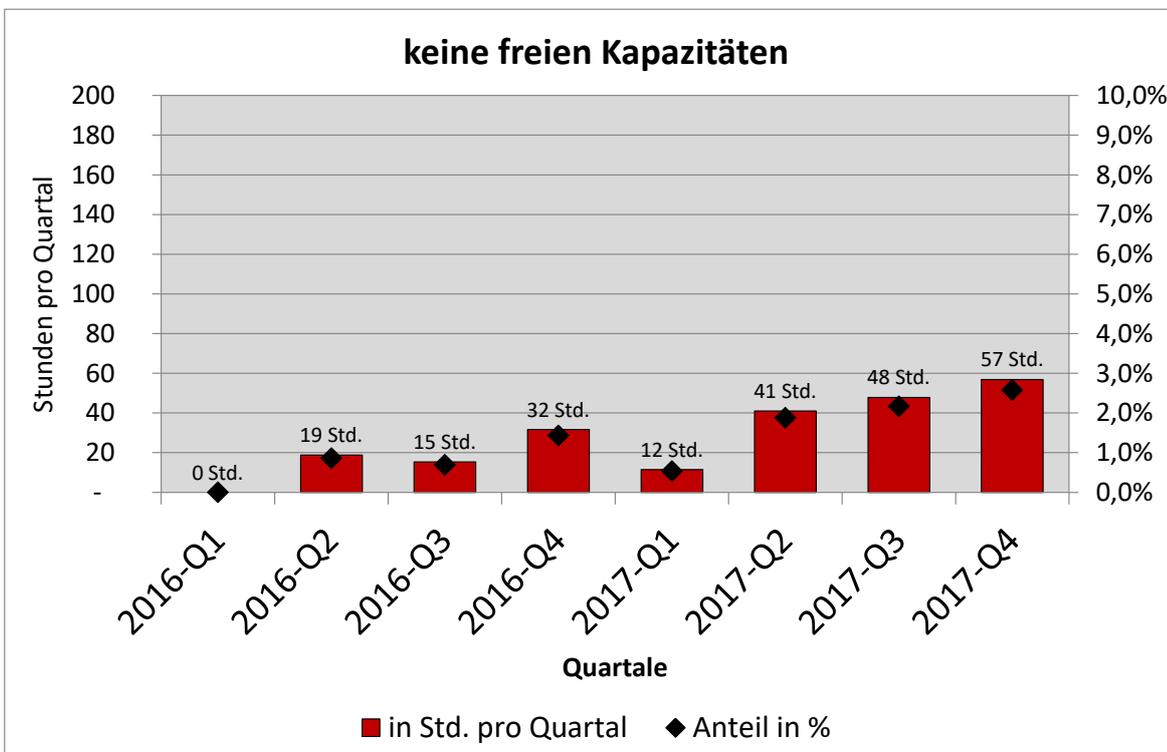


Abbildung 28: Anzahl und Anteil an Stunden pro Quartal ohne freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 29+0 bis 31+6 in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt sieben Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

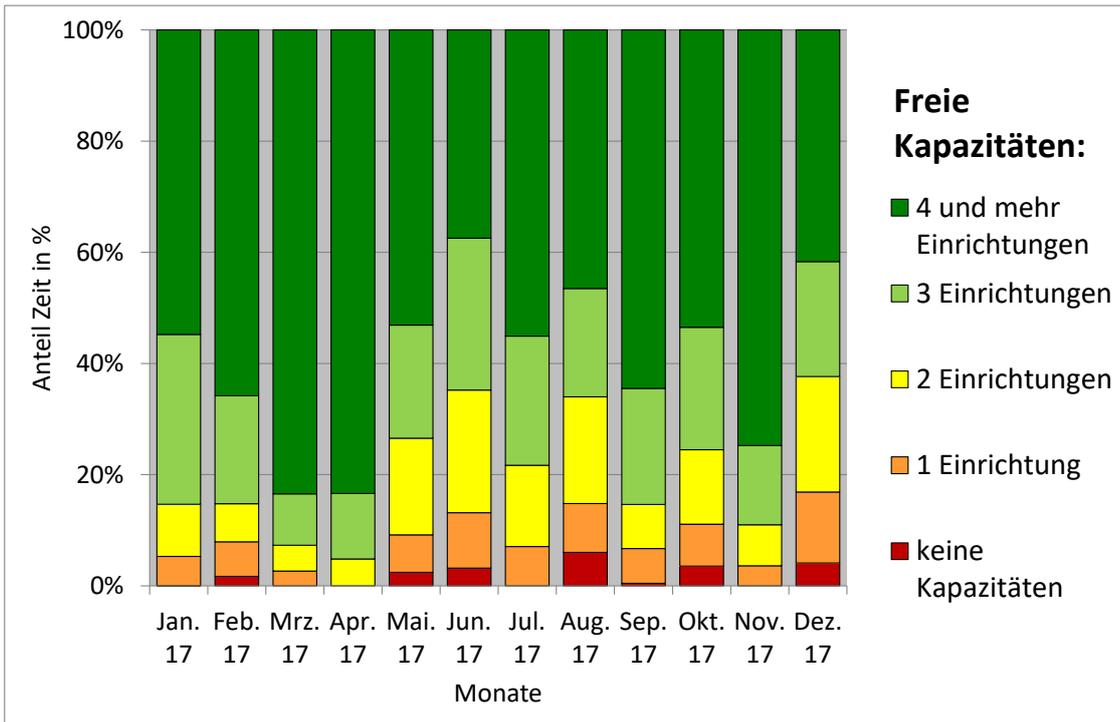


Abbildung 29: Freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 29+0 bis 31+6 in den Monaten Januar 2016 bis Dezember 2017

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt sieben Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

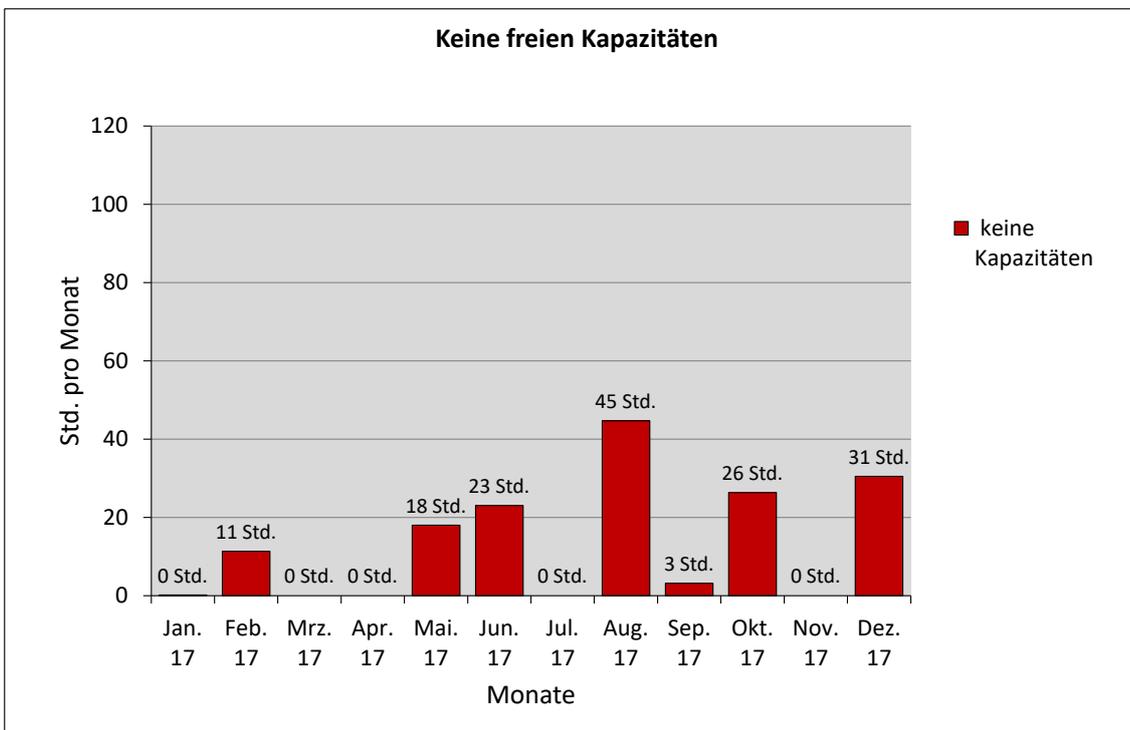


Abbildung 30: Anzahl Stunden pro Monat ohne freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 29+0 bis 31+6 in den Monaten Januar 2017 bis Dezember 2017

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt sieben Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

3.2.4.4 Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6

Die Kategorie Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6 ist die frühestmögliche Kategorie im Sinne des Schwangerschaftsverlaufs bzw. einer möglichen Frühgeburt. In IVENA waren für diese Kategorie im gesamten Zeitraum der Jahre 2016 und 2017 sieben Einrichtungen hinterlegt, von denen alle über Einrichtungen für die neonatologische Intensivbehandlung verfügten.²³

Aufgrund der notwendigen Kooperation zwischen der Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6 und der neonatologischen Intensivpflegestationen (NIPS) waren die Abmeldungen und Verfügbarkeiten beider Kategorie oft miteinander verbunden: Sofern die NIPS nicht aufnahmebereit waren, mussten die Entbindungseinrichtungen für Frühgeborene ebenfalls abgemeldet werden.

Im Jahr 2017 wurden in IVENA 162 Stunden erfasst, in denen keine freien Kapazitäten für SSW 22+0 bis 28+6 verfügbar waren (1,8 % des Jahres 2017). Bei weiteren 579 Stunden des Jahres 2017 war nur eine Einrichtung aufnahmebereit (6,6 %).

Die zeitliche Verteilung der Zeitintervalle ohne freie Kapazitäten zeigt, dass sich diese auf die letzten drei Quartale des zweijährigen Beobachtungszeitraumes konzentrierten, in denen etwa 50 Stunden pro Quartal keine freien Kapazitäten in IVENA ausgewiesen waren. Im dritten Quartal 2017 entfielen 44 von 56 Stunden ohne Kapazitäten auf den Ferienmonat August 2017.

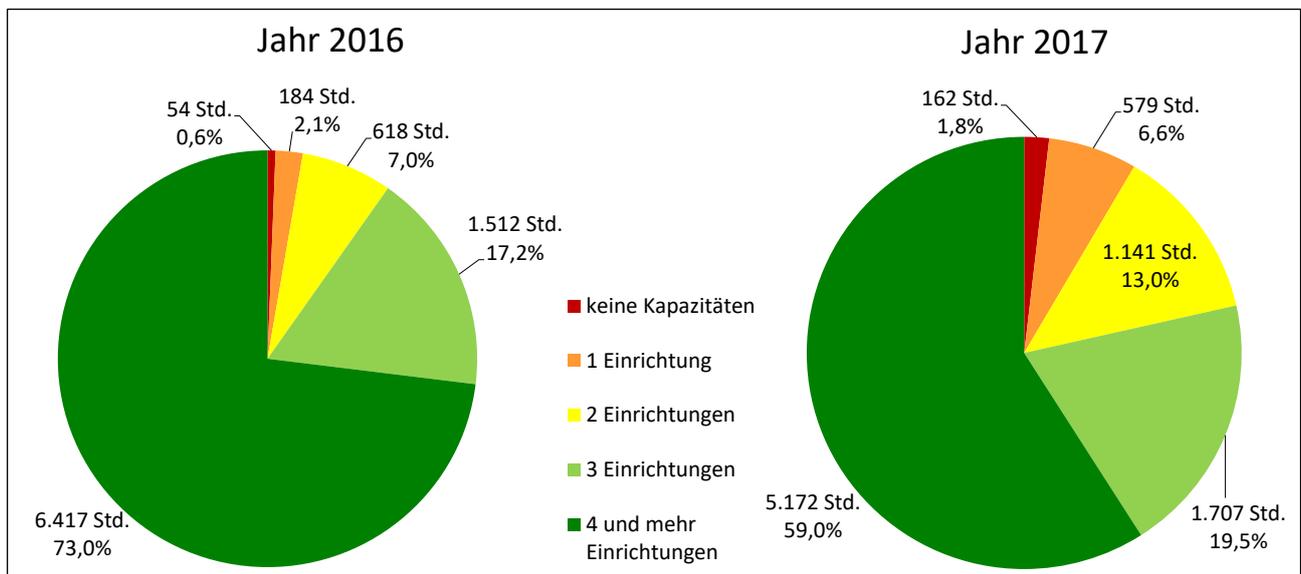


Abbildung 31: Freie Kapazitäten für Entbindungen in der Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6 in den Jahren 2016 und 2017 im Vergleich

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt sieben Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

²³ Am Dr. von Haunerschen Kinderspital besteht eine NIPS ohne Entbindungseinrichtung.

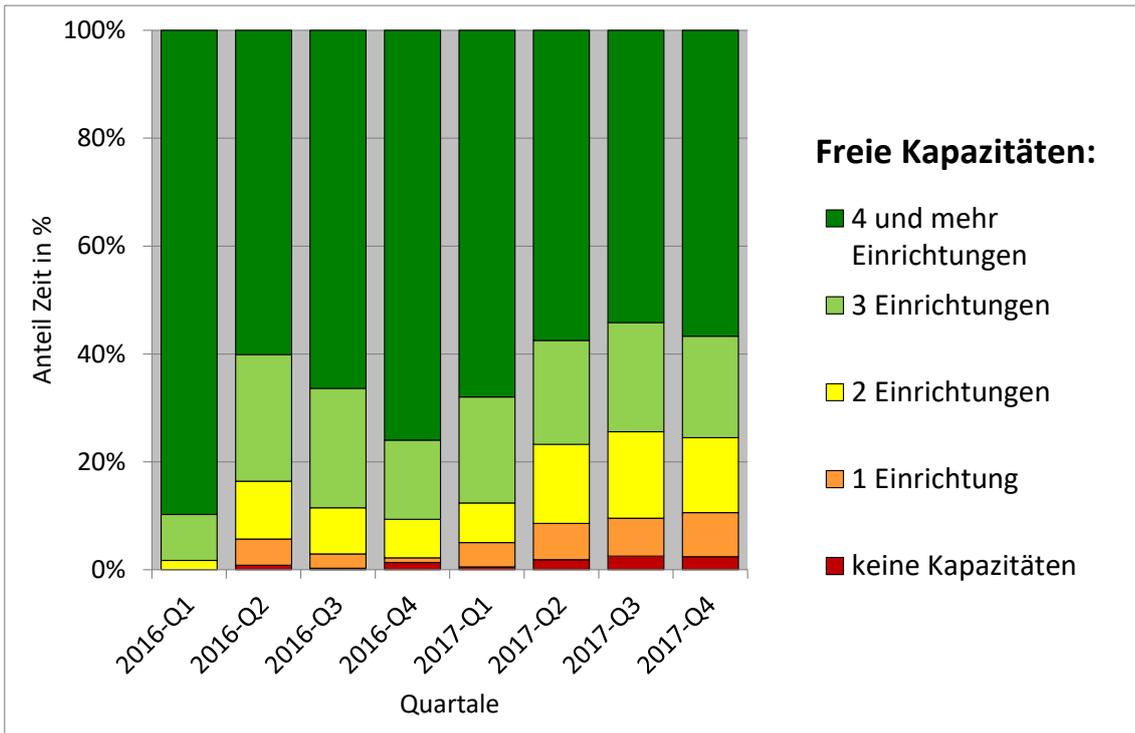


Abbildung 32: Freie Kapazitäten für Entbindungen der Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6 in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt sieben Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

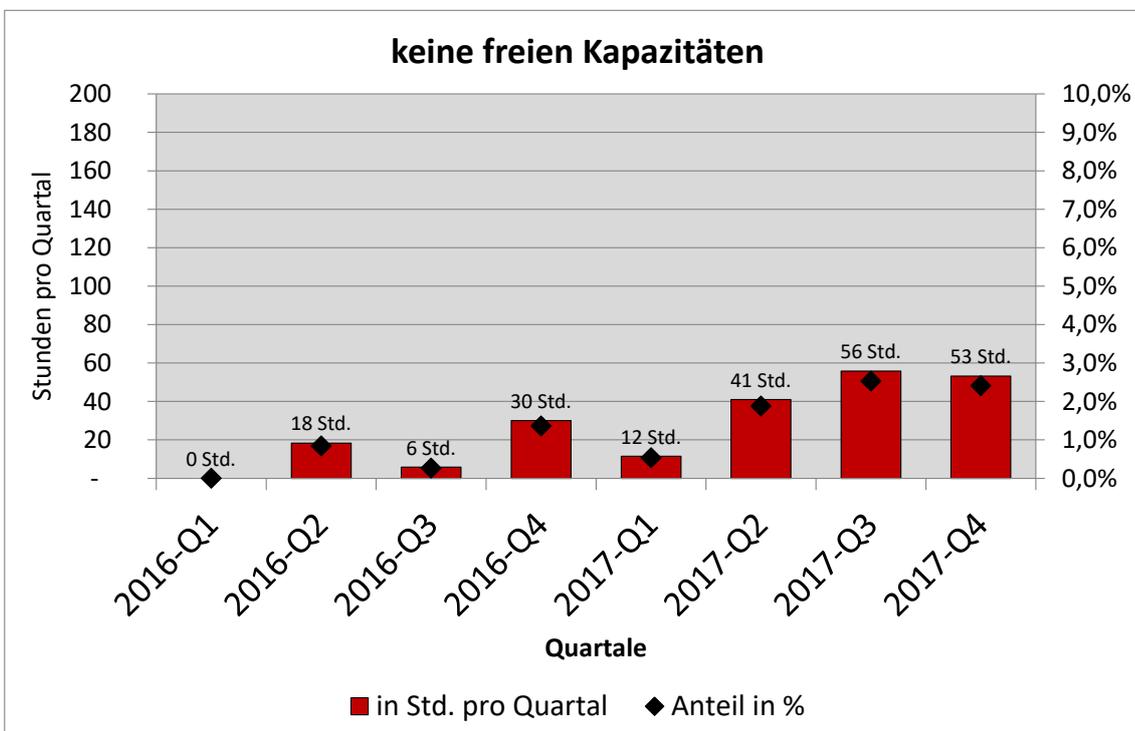


Abbildung 33: Anzahl und Anteil an Stunden pro Quartal ohne freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6 in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt sieben Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

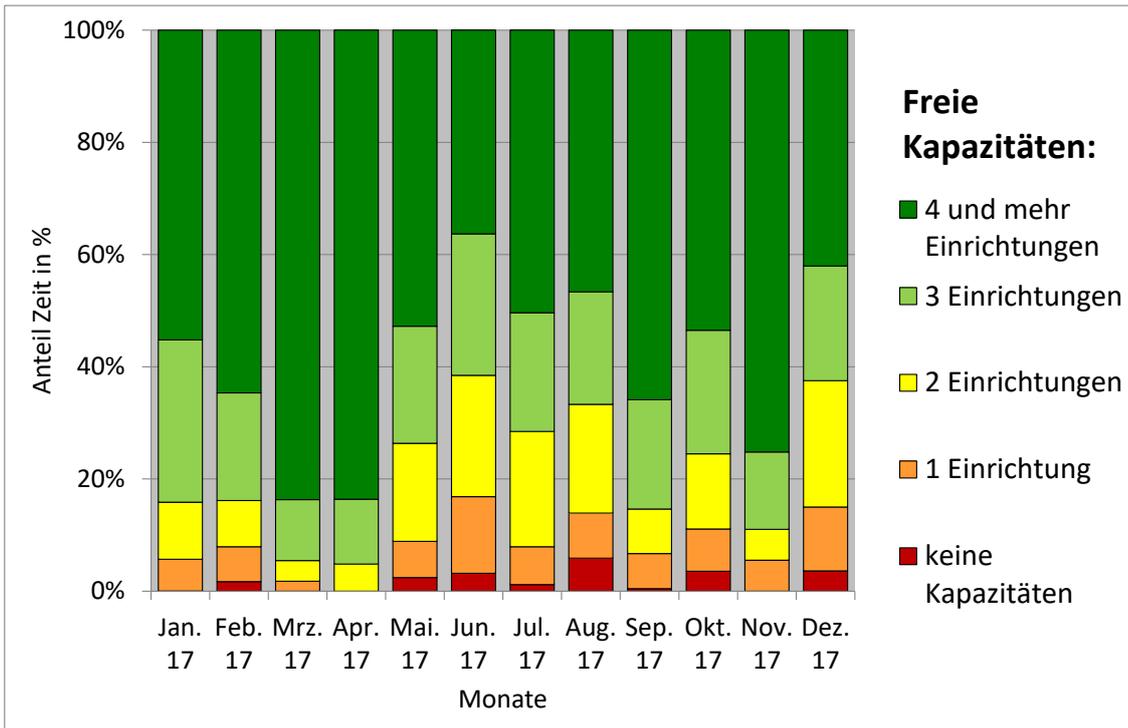


Abbildung 34: Freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6 in den Monaten Januar 2016 bis Dezember 2017

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt sieben Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

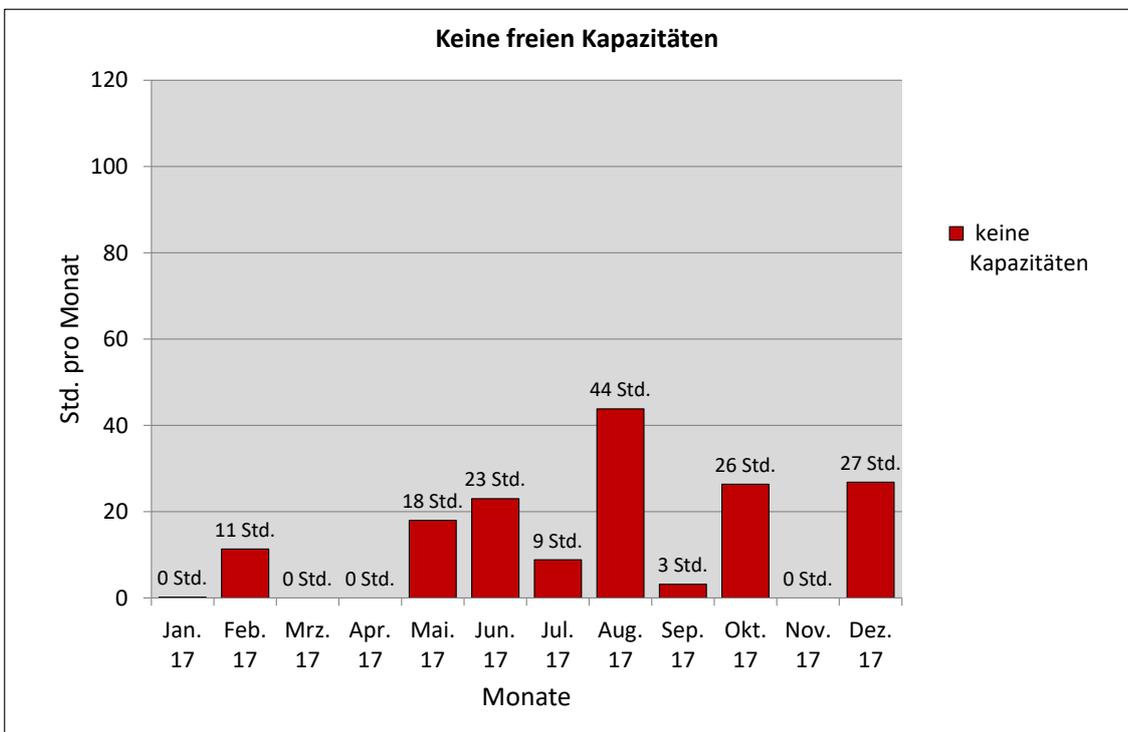


Abbildung 35: Anzahl Stunden pro Monat ohne freie Kapazitäten für Geburtshilfe SSW 22+0 bis 28+6 in den Monaten Januar 2017 bis Dezember 2017

Quelle: IVENA München. Im Beobachtungszeitraum waren insgesamt sieben Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

3.2.4.5 Neugeborenen-Intensivpflegestation NIPS

Derzeit sind in IVENA insgesamt acht NIPS hinterlegt. Diesbezüglich ist zu beachten, dass die dem Klinikum der Universität München (KUM) zugeordneten NIPS am Klinikum Großhadern und in der Frauenklinik Maistraße bis Ende Juni 2017 in IVENA nicht gesondert aufgeführt waren und lediglich sechs NIPS-Stationen angezeigt wurden. Dies änderte sich ab Juli 2017, nach einem im Rahmen dieses Projektes durchgeführten Arbeitstreffen mit Vertretern der Kliniken und des Rettungszweckverbandes München.

Aufgrund der Änderung der in IVENA angezeigten Kapazitäten ist davon auszugehen, dass ab Juli 2017 aus der Sicht der mit IVENA disponierenden Leitstellenmitarbeiter eine Erhöhung der Kapazitäten und damit eine Verbesserung der Situation erfolgten. Allerdings kam es nicht zu einer realen Erhöhung der NIPS-Kapazitäten ab Juli 2017, sondern lediglich zu einer Änderung der Darstellung der potenziell geeigneten Stationen.

Dies könnte dazu geführt haben, dass zwar in IVENA alle bis Juni 2017 enthaltenen sechs NIPS abgemeldet waren, die beiden NIPS in Großhadern und in der Maistraße hingegen aufnahmebereit waren, was in IVENA jedoch nicht ersichtlich war.

Insgesamt sind die Ergebnisse der NIPS-Dokumentation in IVENA daher nur bedingt aussagekräftig und sollten gemeinsam mit den Auswertungen für die Geburtshilfe von 22+0. bis 28+6. SSW betrachtet werden, da diese Kategorie in IVENA bereits ab 2016 getrennt dokumentiert wurde.

Die Auswertungen der in IVENA dokumentierten Abmeldungen der NIPS zeigen, dass vor allem im ersten Halbjahr 2017 Zeitintervalle ohne freie Kapazitäten auftraten (108 bzw. 121 Stunden pro Quartal). Inwieweit in diesen Quartalen die nicht in IVENA geführten weiteren NIPS-Stationen abgemeldet waren ist unklar.

Ab dem zweiten Halbjahr 2017 entspannte sich die Situation (zumindest aus IVENA-Sicht) deutlich, da die o. g. beiden NIPS-Einrichtungen mit in IVENA aufgenommen wurden und bis Ende 2017 nur vergleichsweise selten Abmeldungen dieser Stationen dokumentiert wurden.

Unter Berücksichtigung der Abmeldungen von NIPS und den Einrichtungen für Frühgeborene in der 23. bis 29. SSW ist dennoch davon auszugehen, dass es im Bereich NIPS bzw. der Versorgung sehr kleiner Frühgeborener bis zum Ende des Jahres 2017 zu relevanten Kapazitätsengpässen kam.

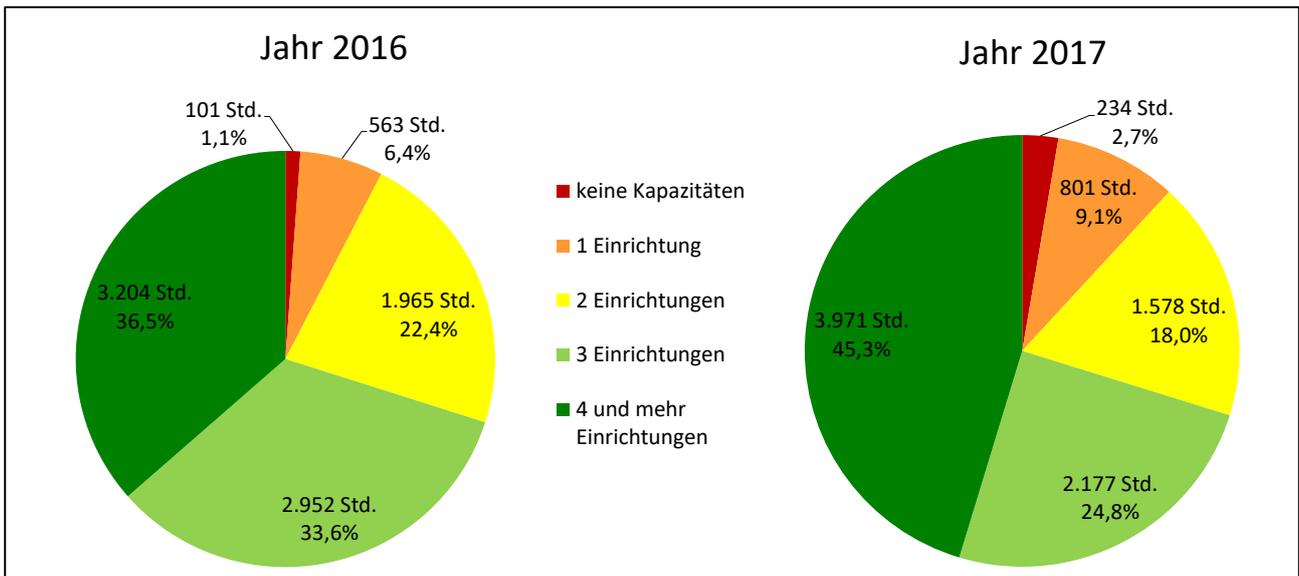


Abbildung 36: Freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Jahren 2016 und 2017 im Vergleich
 Quelle: IVENA München. Bis Juni 2017 waren sechs Einrichtungen und ab Juli 2017 waren acht Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

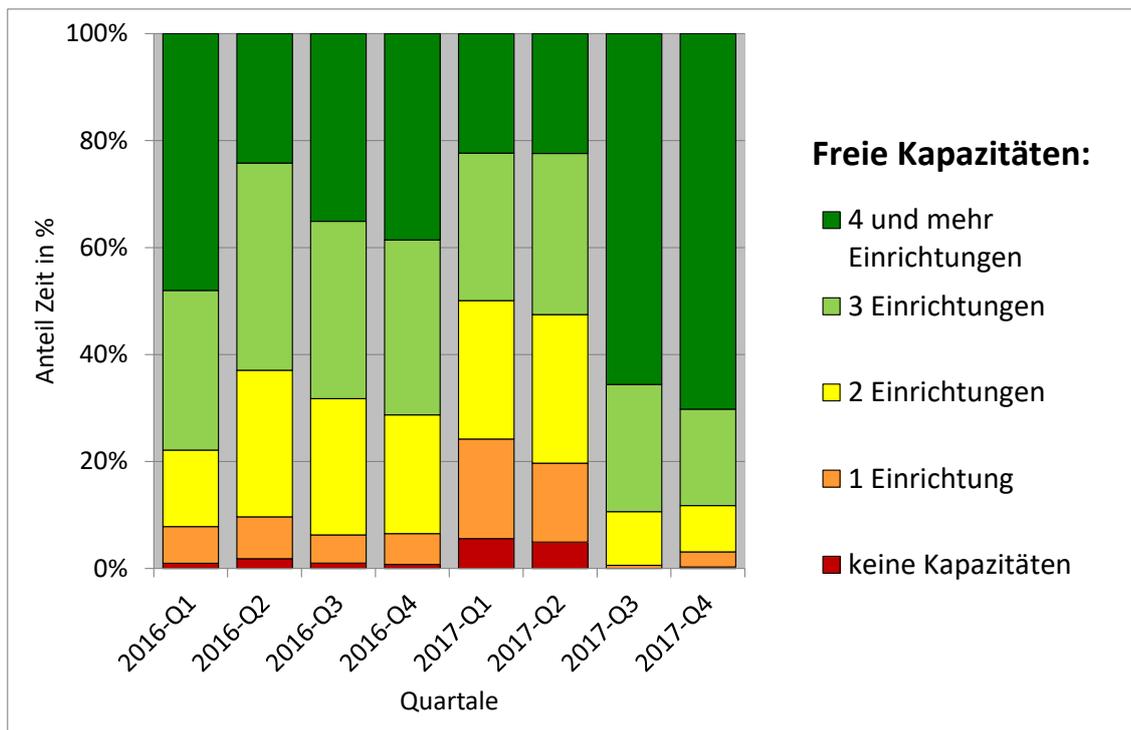


Abbildung 37: Freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017
 Quelle: IVENA München. Bis Juni 2017 waren sechs Einrichtungen und ab Juli 2017 waren acht Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

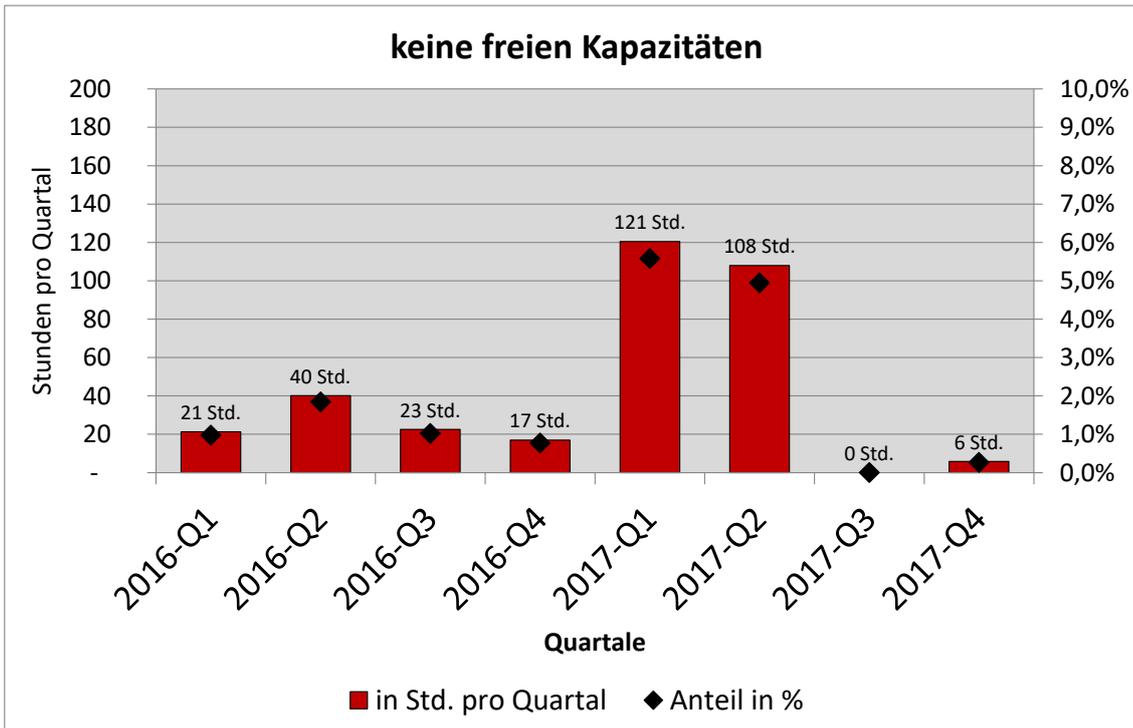


Abbildung 38: Anzahl Stunden pro Quartal ohne freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Quartalen Q1 2016 bis Q4 2017

Quelle: IVENA München. Bis Juni 2017 waren sechs Einrichtungen und ab Juli 2017 waren acht Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

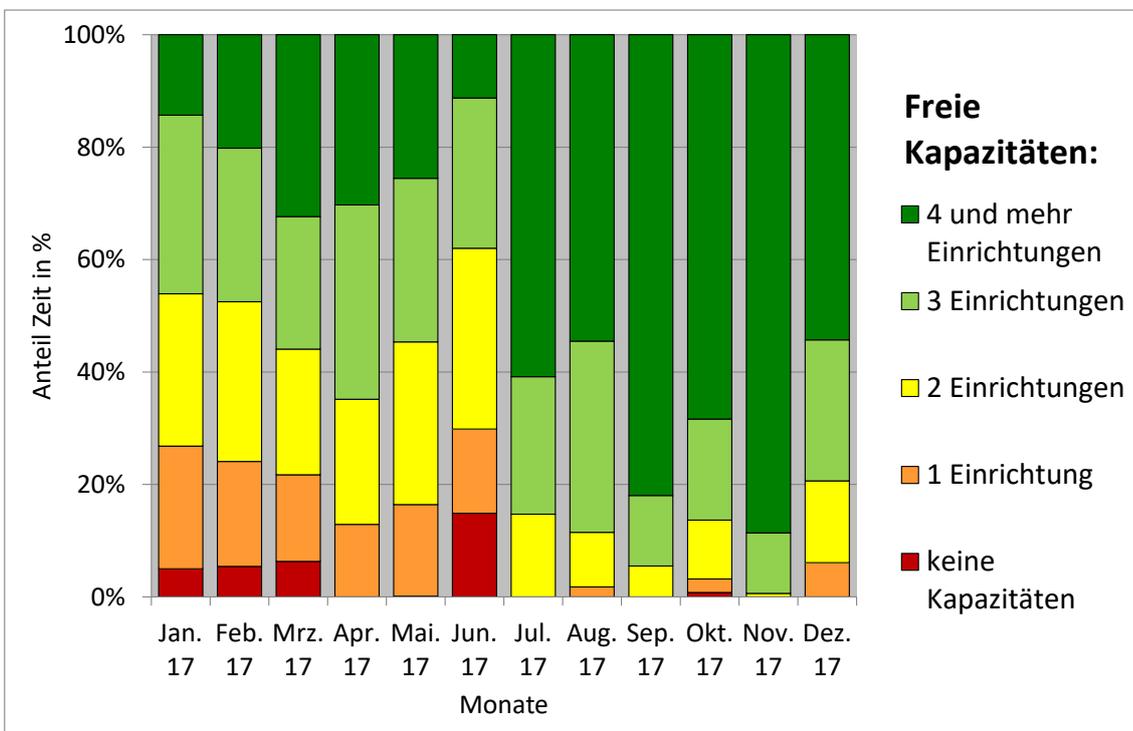


Abbildung 39: Freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Monaten Januar bis Dezember 2017

Quelle: IVENA München. Bis Juni 2017 waren sechs Einrichtungen und ab Juli 2017 waren acht Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

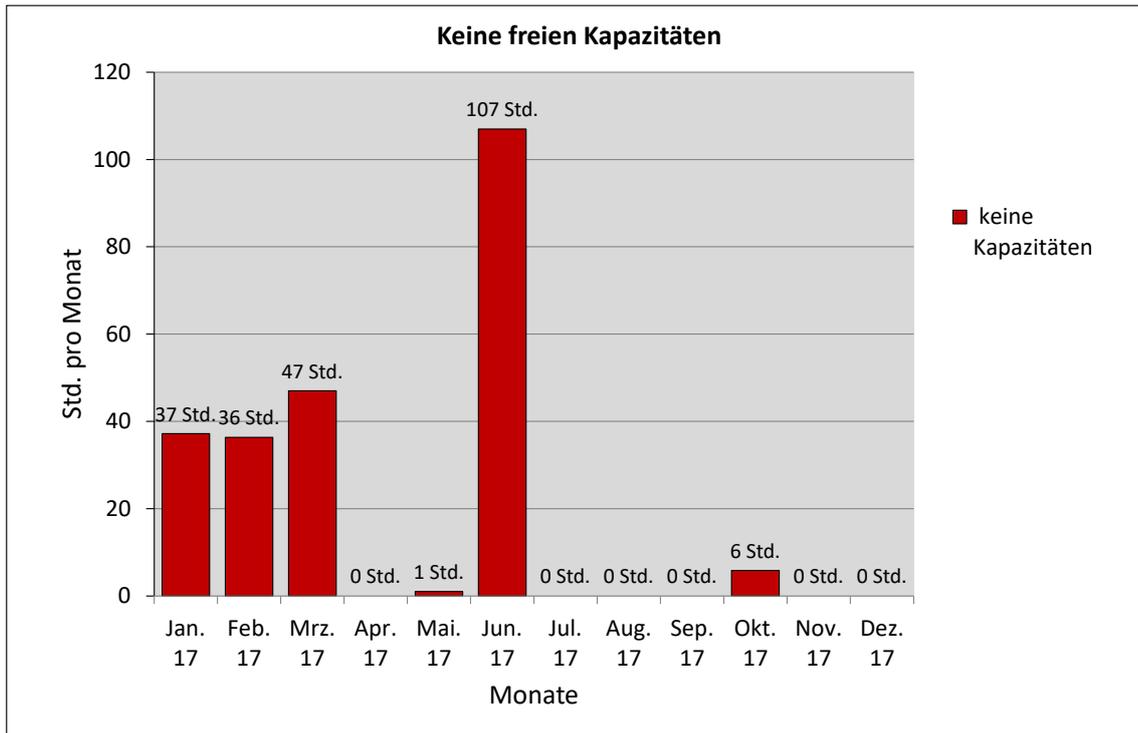


Abbildung 40: Anzahl Stunden pro Monat ohne freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Monaten Januar bis Dezember 2017

Quelle: IVENA München. Bis Juni 2017 waren sechs Einrichtungen und ab Juli 2017 waren acht Einrichtungen in IVENA hinterlegt.

Hypothetische Darstellung der NIPS-Kapazitäten pro Quartal ohne Berücksichtigung KUM Großhadern und KUM Frauenklinik Maistraße

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die Situation aus IVENA-Sicht unter der fiktiven Annahme, dass die NIPS-Einrichtungen am Klinikum Großhadern und in der Frauenklinik Maistraße nicht in die IVENA-Dokumentation übernommen worden wären. Sowohl deren Verfügbarkeit als auch deren Abmeldungen im zweiten Halbjahr 2017 blieben bei den nachfolgenden Darstellungen unberücksichtigt. Die Auswertungen zeigen, dass sich die Kapazitätsengpässe im Bereich NIPS dann nicht verbessert, sondern sogar weiter erhöht hätten.

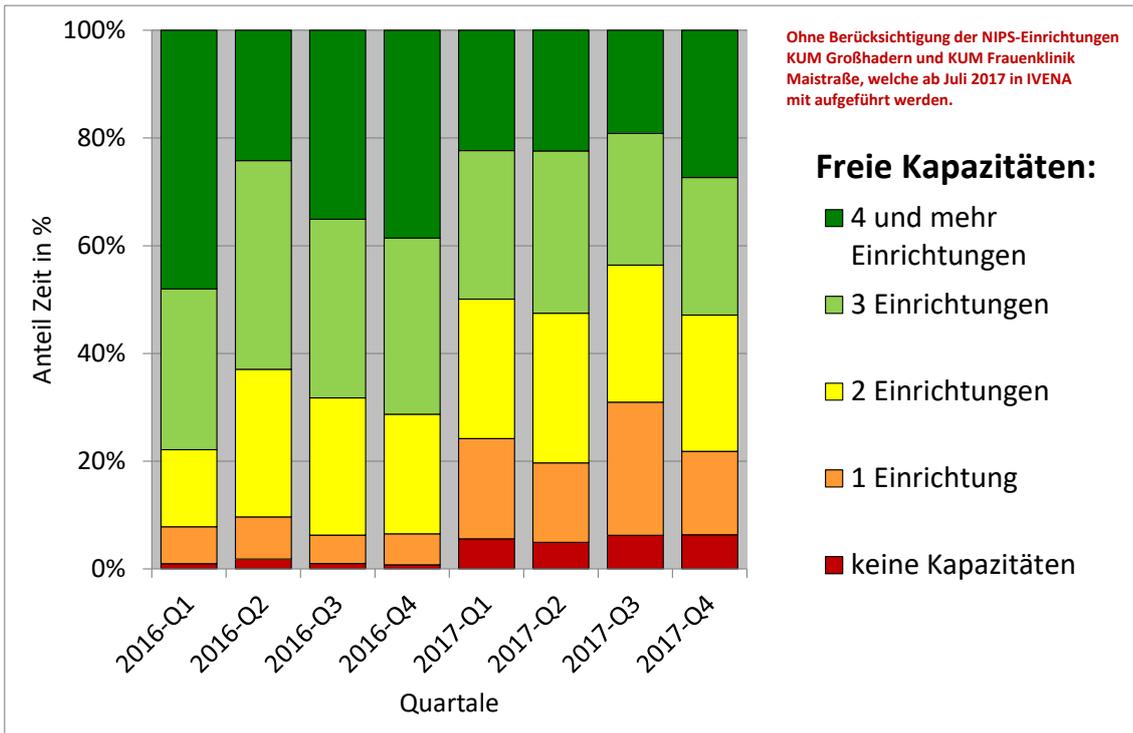


Abbildung 41: Hypothetische Darstellung der NIPS-Kapazitäten pro Quartal ohne Berücksichtigung KUM Großhadern und KUM Frauenklinik Maistraße, welche ab Juli 2017 in IVENA aufgeführt werden
 Quelle: Eigene Berechnung auf Basis IVENA München.

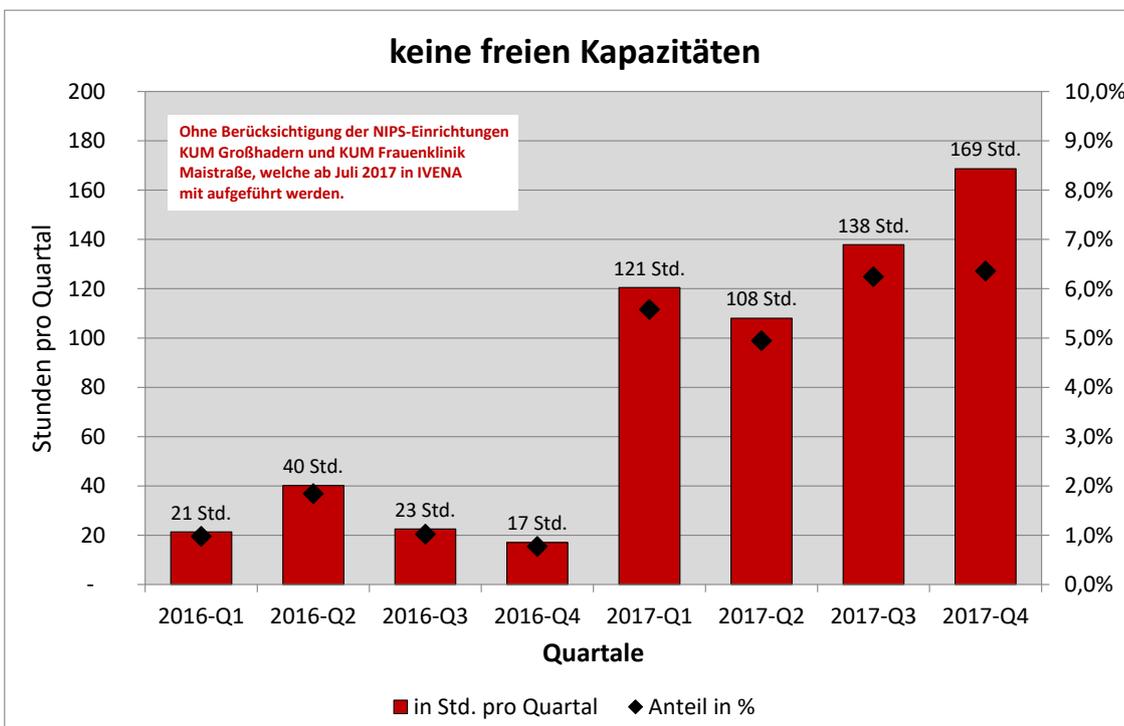


Abbildung 42: Hypothetische Darstellung der Stunden pro Quartal ohne freie NIPS-Kapazitäten ohne Berücksichtigung KUM Großhadern und KUM Frauenklinik Maistraße, welche ab Juli 2017 in IVENA aufgeführt werden
 Quelle: Eigene Berechnung auf Basis IVENA München.

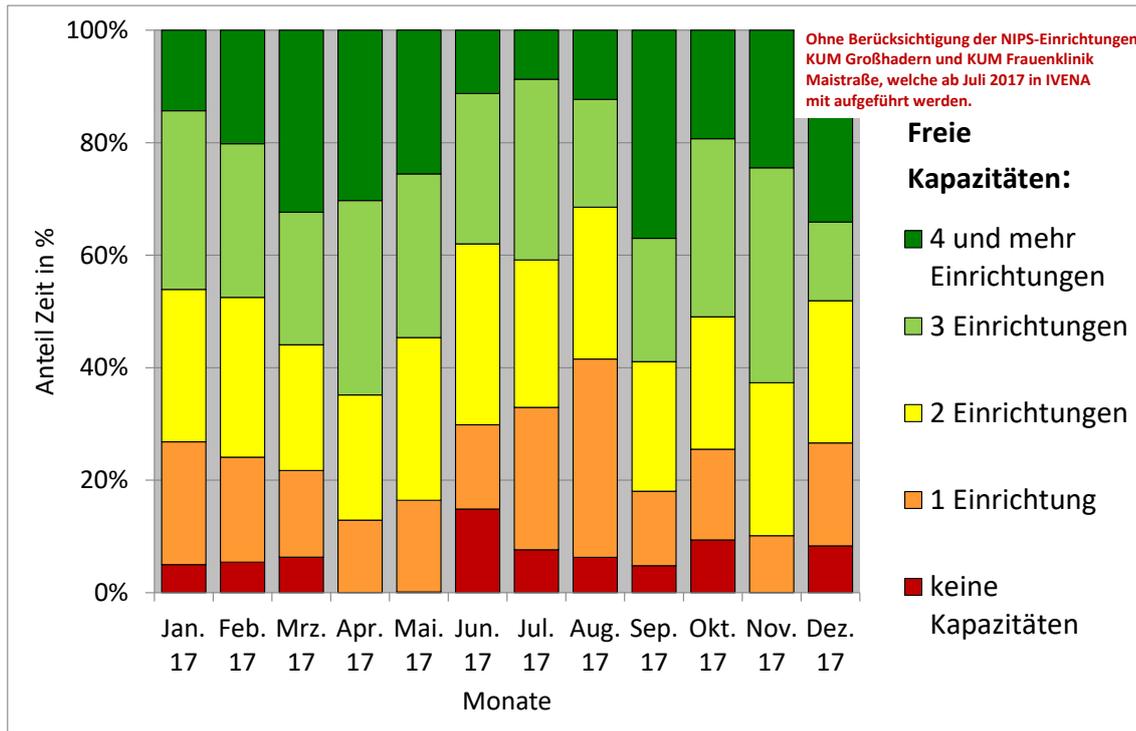


Abbildung 43: Freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Monaten Januar bis Dezember 2017 ohne Berücksichtigung von KUM Großhadern und KUM Frauenklinik Maistraße

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis IVENA München.

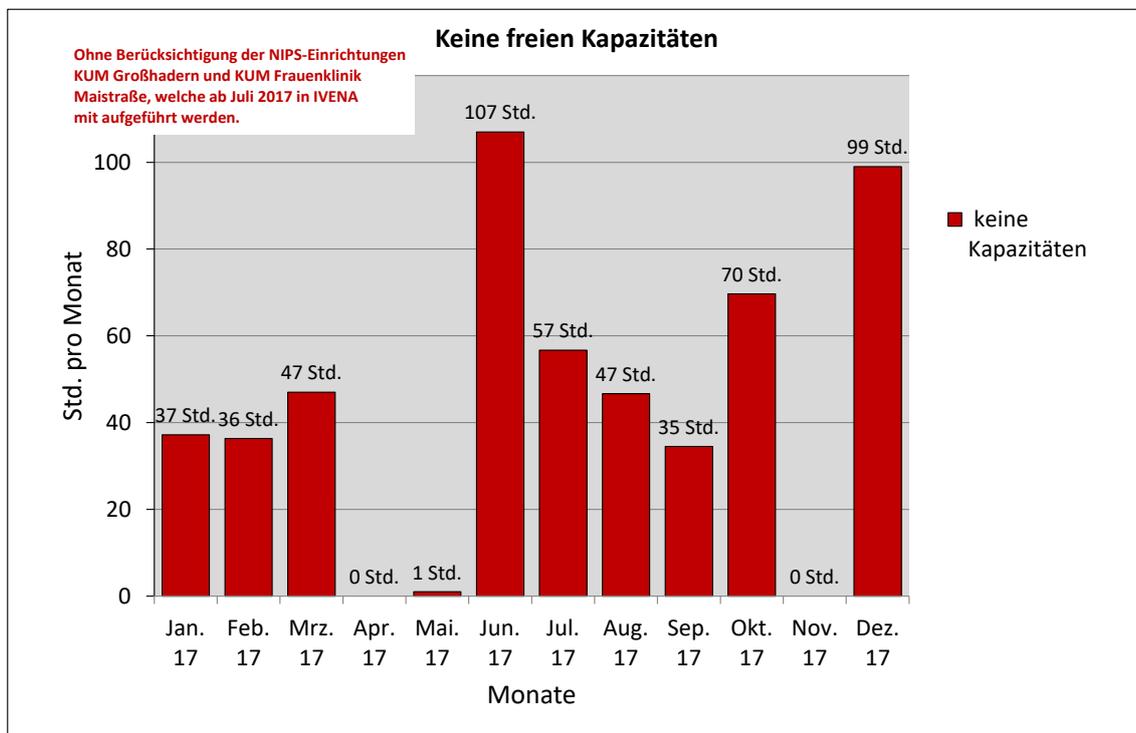


Abbildung 44: Anzahl Stunden pro Monat ohne freie Kapazitäten in NIPS-Einrichtungen in den Monaten Januar bis Dezember 2017 ohne Berücksichtigung von KUM Großhadern und KUM Frauenklinik Maistraße

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis IVENA München.

3.2.5 Nach der Geburt

3.2.5.1 Hebamme für die Nachsorge

Eine Betreuung durch eine Nachsorge-Hebamme wird von 90 % der befragten Mütter gewünscht (Abbildung 45). Die meisten nahmen um den dritten Schwangerschaftsmonat erstmals Kontakt mit einer Hebamme zur Nachsorge auf (Abbildung 46). 40,4 % der Frauen erhielten bereits bei der ersten Kontaktaufnahme eine Zusage, während 18,2 % der Frauen 6 bis 15 Hebammen und 7,2 % mehr als 15 Hebammen kontaktieren mussten (Abbildung 47). Im Mittel wurden 5,3 Hebammen (Standardabweichung 7,6) kontaktiert. Dabei ergab sich ein Unterschied zwischen Erstgebärenden (Mittelwert 6,6) und Frauen, die bereits ein oder mehrere Kinder hatten (Mittelwert 3,6, $d=0,40$). 8 Frauen (2,5 %) gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Hebamme gefunden zu haben, obwohl sie bereits Hebammen kontaktiert hatten. Es bestand kein Zusammenhang zwischen Beginn der Suche und Zahl der kontaktierten Hebammen, auch nicht wenn nur Frauen, die zum ersten Mal entbunden haben, berücksichtigt wurden. Zum Vergleich: In der Münchener Mütterbefragung der Arbeitsgemeinschaft für angewandte Sozialforschung GmbH (AgaS)²⁴ von 2013 hatte ein ähnlicher Prozentsatz von Frauen (3 %) angegeben, keine Hebamme für die Nachsorge gefunden zu haben, obwohl sie sich darum bemüht hatten.

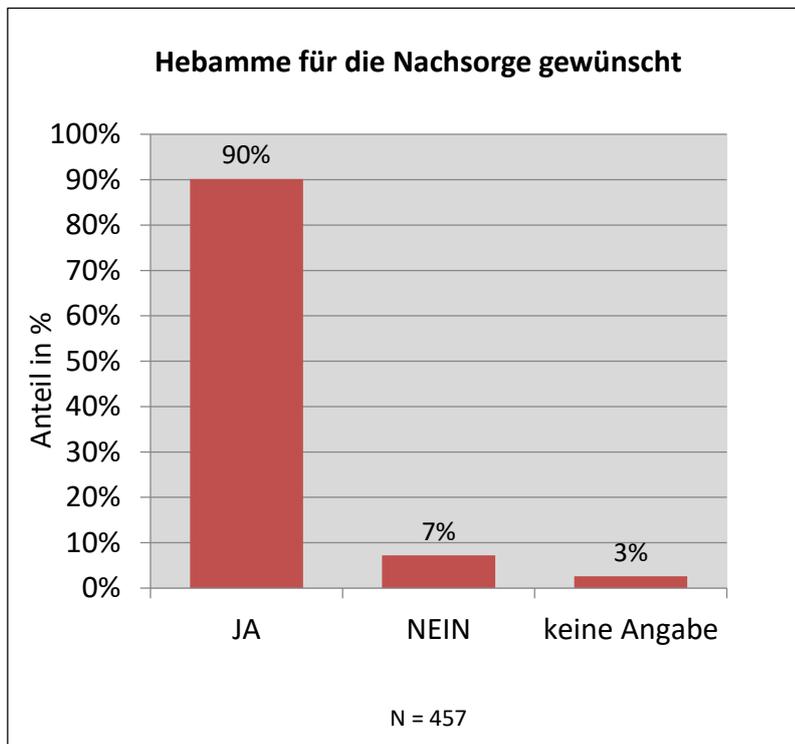


Abbildung 45: Wunsch nach einer Hebamme für die Nachsorge

Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 32A)

²⁴ AgaS, Hebammenversorgung in München, Teil B, Münchner Mütterbefragung 2013, abrufbar unter https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Gesundheitsfoerderung/Frauengesundheit/Schwangerschaft_und_Geburt/Geburtshilfe.html

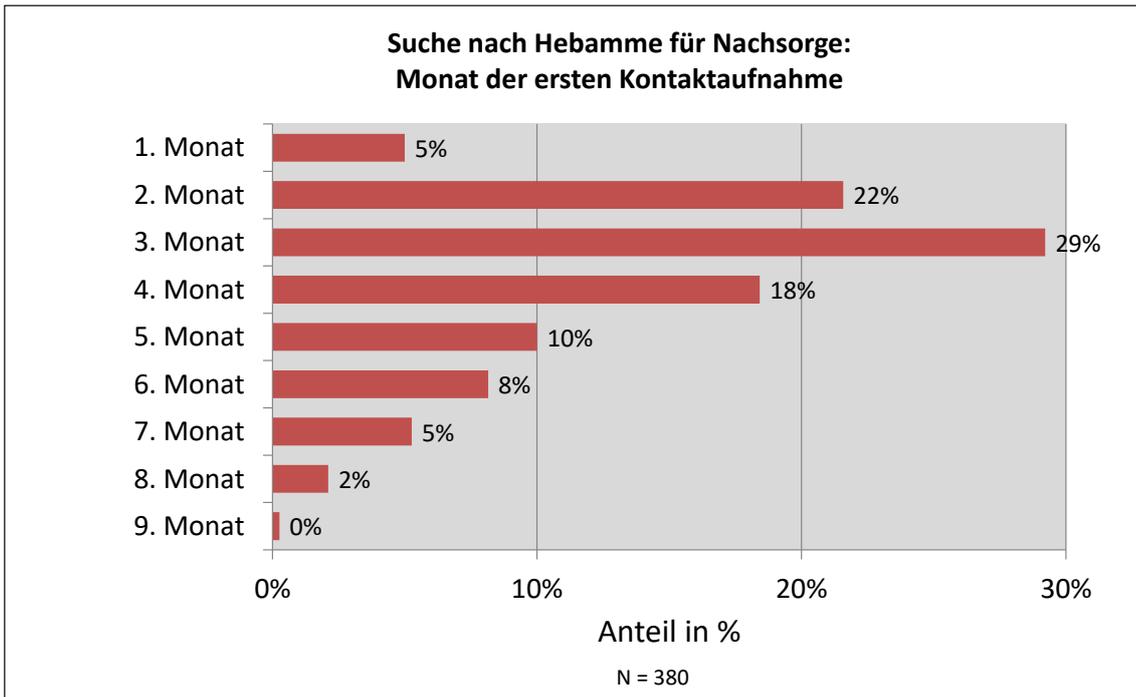


Abbildung 46: Schwangerschaftsmonat der ersten Kontaktaufnahme mit einer Nachsorgehebamme
 Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 33)

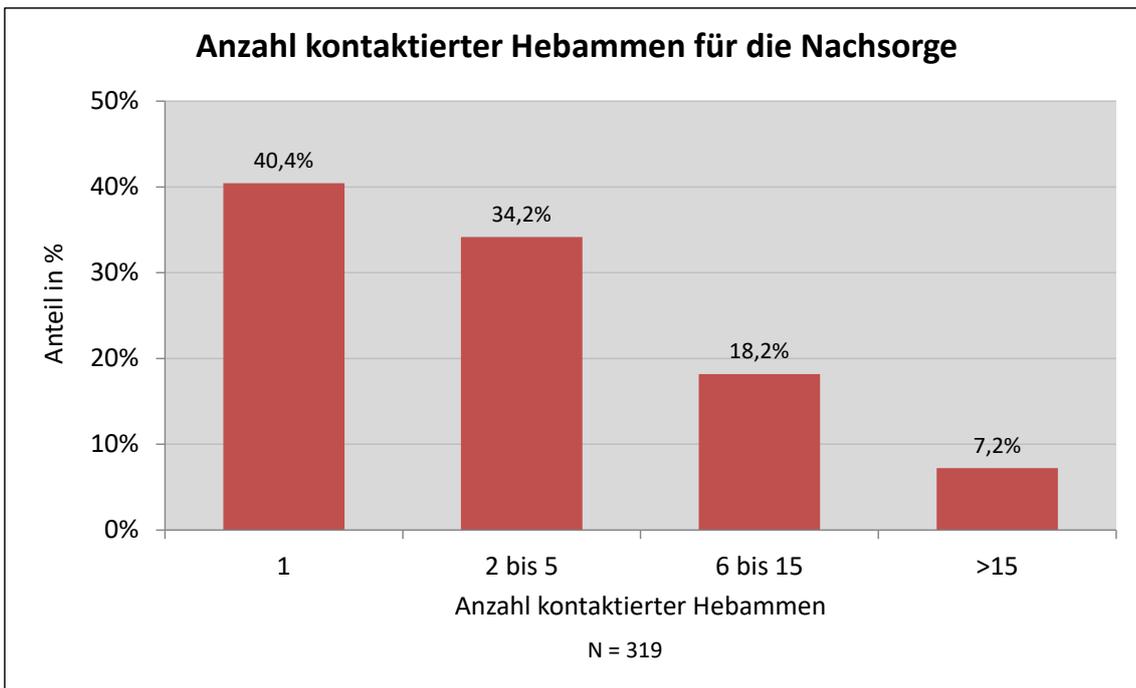


Abbildung 47: Anzahl der Kontakte bei der Suche nach einer Hebamme für die Nachsorge
 Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 34)

Insgesamt stimmten 20,7 % der teilnehmenden Frauen der Aussage voll und ganz zu, dass sie Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Hebamme für die Nachsorge hatten. Für weitere 13,3 % und 12,9 % traf die Aussage zu bzw. eher zu. Demgegenüber gaben 40,9 % an, dass dies nicht oder gar

nicht zutrefte (Abbildung 48). Der Mittelwert für Schwierigkeiten bei der Hebammensuche lag bei 2,4 (Standardabweichung 1,9). Frauen, die das erste Kind bekommen haben, gaben deutlich mehr Probleme bei der Hebammensuche an ($d=0,42$, Abbildung 49). Der Mittelwert lag für Erstgebärende bei 2,8 (Standardabweichung 1,8), während er bei Frauen, die bereits mindestens ein zweites Kind entbunden haben, bei 2,0 (Standardabweichung 1,9) lag. Je mehr Hebammen kontaktiert wurden, desto eher gaben die Frauen an, Schwierigkeiten bei der Suche gehabt zu haben ($r=0,58$ insgesamt, $r=0,60$ bei erster Entbindung).²⁵ Es gab keinen Zusammenhang zwischen wahrgenommenen Schwierigkeiten und dem Beginn der Hebammensuche.

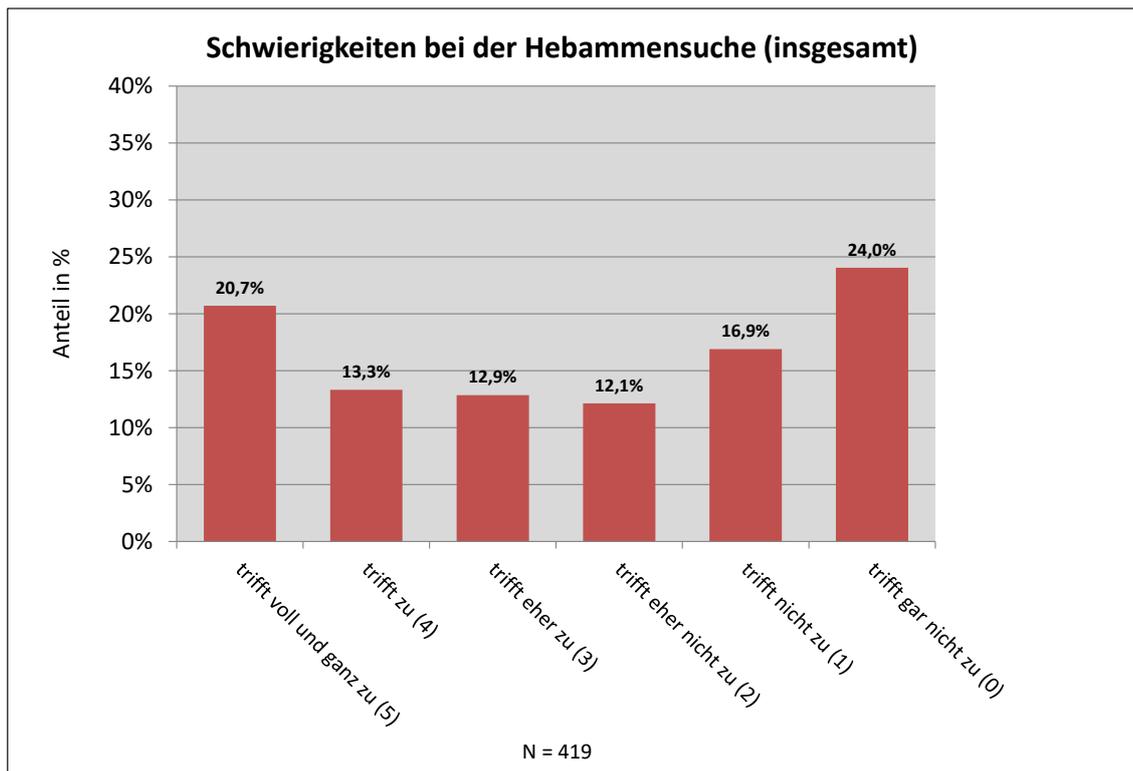


Abbildung 48: Schwierigkeit eine Hebamme für die Nachsorge zu finden (insgesamt)
Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 37A)

²⁵ Zur Methodik siehe Kap. 2.1, Punkt „Datenanalyse“

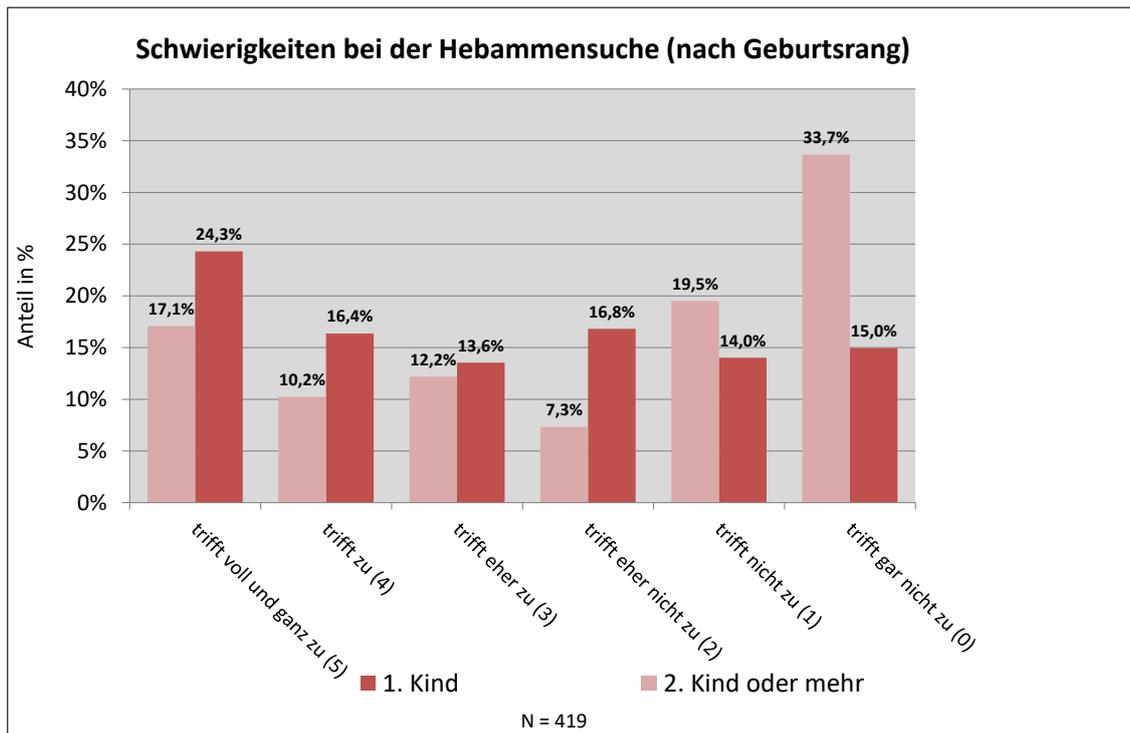


Abbildung 49: Schwierigkeit eine Hebamme für die Nachsorge zu finden bei Erst- oder Mehrgebärenden
Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 37A)

Die in der Mütterbefragung berichteten subjektiven Erfahrungen von Schwierigkeiten bei der Hebammensuche wird durch eine Analyse des IGES-Instituts von 2012²⁶ bestätigt, in der München als eine Region mit einer mindestens 20%igen Überschreitung der in Deutschland durchschnittlichen Anzahl von 56,9 Lebendgeborenen pro Hebamme identifiziert wurde (in München 72,2 Lebendgeborene pro Hebamme).

3.2.5.2 Kinderärztinnen/ -ärzte

Zum Stichtag 10.08.2017 arbeiteten im Stadtkreis München 153 Kinderärztinnen/ -ärzte mit Kassenzulassung. In der Bedarfsplanung werden nicht alle Ärzte in vollem Umfang angerechnet. Manche Ärzte werden, z.B. auf Grund eines geringeren Tätigkeitsumfangs, nur anteilig berücksichtigt. Die Zählung nach Anrechnung in der Bedarfsplanung ergibt eine Zahl von 121 Kinderärzten.²⁷ Dies entspricht ca. 60 Kinderärztinnen/Kinderärzten je 100.000 Kinder im Alter von 0-18 Jahre. 26% der Kinderärztinnen/ Kinderärzte in München waren 60 Jahre oder älter.

In der Mütterbefragung gaben 40,5 % der Teilnehmerinnen an, bereits eine Kinderärztin/ einen Kinderarzt durch ihr erstes/ ihre anderen Kinder zu haben, wohingegen 34,6 % der Frauen während der Schwangerschaft nach einem Kinderarzt suchten. Die Suche begannen sie meist um den achten Schwangerschaftsmonat (Abbildung 50). Dabei kontaktierten 68 % einen Kinderarzt bis zur Zusage, 28 % zwei bis fünf und 4 % mehr als fünf Kinderärzte (Abbildung 51). Im Mittel wurden während der Schwangerschaft 1,8 Kinderärzte (Standardabweichung=1,7) kontaktiert. Es bestand in der

²⁶ IGES Institut GmbH, Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe, Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, 2012 (Abbildung 99 und Tabelle 37)

²⁷ Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Gesamtstichprobe kein Zusammenhang zwischen dem Beginn der Suche und der Zahl der kontaktierten Kinderärztinnen/ -ärzte ($r=0,03$). Betrachtet man allerdings ausschließlich die Frauen, die zum ersten Mal entbunden haben, lässt sich ein Zusammenhang feststellen. Je früher diese mit der Suche begonnen haben, desto weniger Kinderärzte mussten kontaktiert werden ($r=0,17$). 13,3 % der Befragten hatten zum Zeitpunkt der Geburt noch keinen Kinderarzt gesucht und 10 Frauen (6,7 %) gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung noch keinen Kinderarzt gefunden zu haben, obwohl sie bereits Kinderärzte kontaktiert hatten. Die Suche nach einem Kinderarzt hing mit der allgemeinen Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung zusammen. Je mehr Kinderärzte kontaktiert wurden und je später mit der Suche begonnen wurde desto geringer war die allgemeine Zufriedenheit (jeweils $r=-0,14$). Ob die Mütter unzufriedener waren, weil sie mehr Kinderärzte kontaktieren mussten oder ob umgekehrt unzufriedene Mütter später mit der Suche begannen und mehr Kinderärzte kontaktieren mussten, kann auf Basis der Daten nicht beantwortet werden.

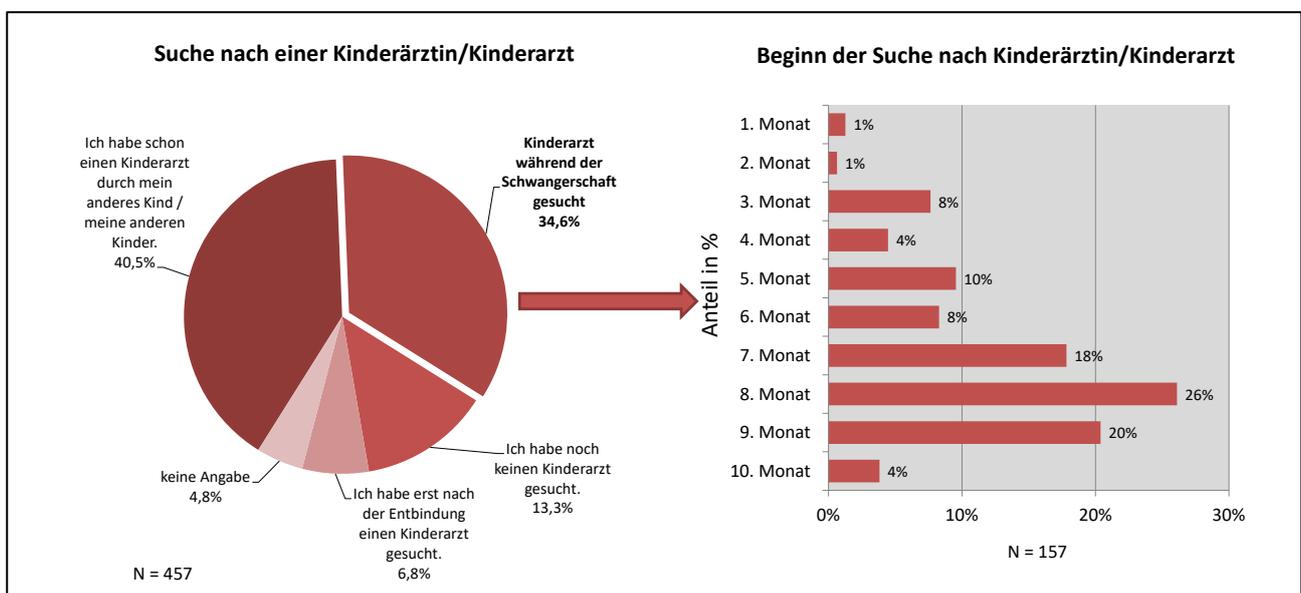


Abbildung 50: Suche nach einer Kinderärztin/ Kinderarzt
 Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB39)

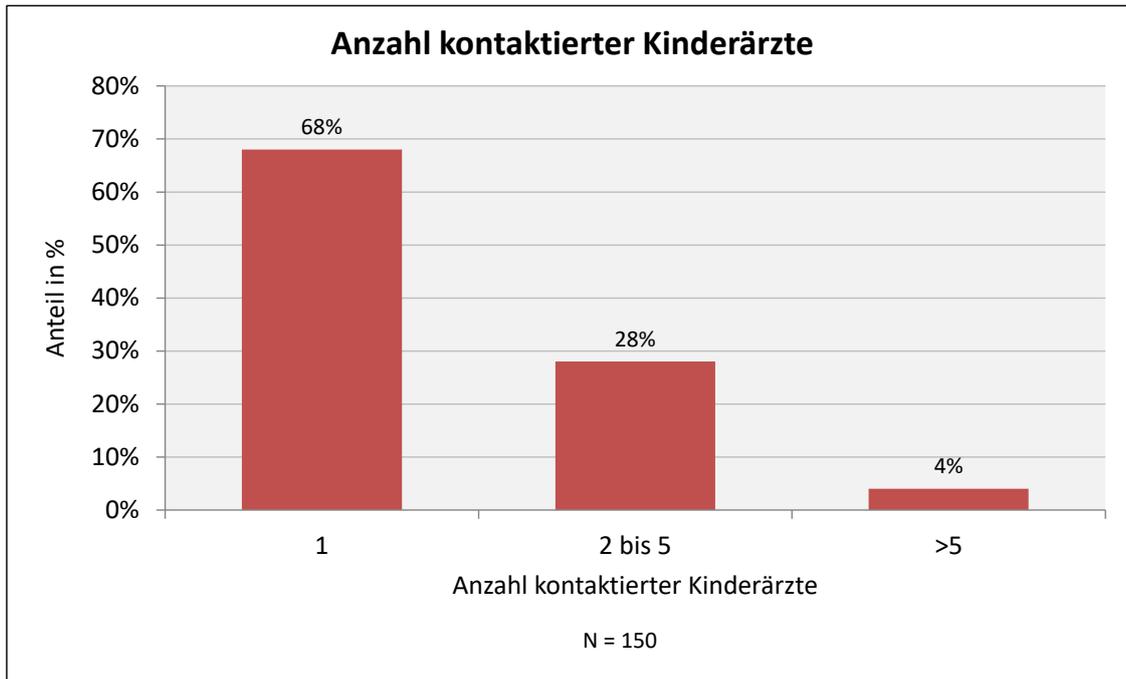


Abbildung 51: Anzahl kontaktierter Kinderärzte

Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB40)

3.2.6 Fazit

Zur Beurteilung, ob eine bedarfsgerechte Versorgung in der Schwangerschaft, während der Geburt und in der Nachsorge gewährleistet ist, sollten neben dem Betreuungsbedarf auch die Kapazitäten in diesen Bereichen betrachtet werden. Daher wurden für alle Aspekte der Versorgungskette die Kapazitäten bewertet, zu denen valide Daten vorlagen.

Laut Mütterbefragung ist die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs in der Schwangerschaft sehr verbreitet, wobei die Nachfrage weitgehend abgedeckt werden kann. Ein geringer Anteil der befragten Frauen gab Unsicherheiten bezüglich der Finanzierung bzw. der Organisation des Kurses an. Das sonstige Leistungsspektrum von Hebammen in der Schwangerschaft umfasst persönliche und telefonische Beratung, weitere Kurse außer Geburtsvorbereitung, Vorsorgeuntersuchungen oder alternative Verfahren, wie zum Beispiel Akupunktur. Diese Leistungen wurden von zwei Drittel der Befragten in Anspruch genommen.

Bei der ambulanten gynäkologischen Betreuung von Schwangeren bestehen laut Mütterbefragung keine nennenswerten Schwierigkeiten in München. Dies betrifft sowohl die Suche nach einer Ärztin/einem Arzt als auch die Terminvergabe.

Das Personal für den stationären Bereich wird in den Qualitätsberichten meist für die gesamte Fachabteilung Gynäkologie und Geburtshilfe ausgewiesen, so dass keine verwertbaren Angaben für den Bereich Geburtshilfe alleine vorliegen. Eine Ausnahme stellen Hebammen dar, bei denen man davon ausgehen kann, dass sie überwiegend in der Geburtshilfe eingesetzt werden. In den Münchner Entbindungskliniken werden verschiedene Hebammen-Modelle praktiziert. Diese reichen von Kliniken mit überwiegend festangestellten Hebammen über Mischmodelle bis hin zum Betrieb ausschließlich mit Beleghebammen. Problematisch für die Beurteilung der Hebammen-Kapazitäten ist, dass bei Beleghebammen - im Gegensatz zu festangestellten Hebammen - nicht der Arbeitsumfang, sondern die Anzahl der Personen ausgewiesen wird. Aussagen über tatsächliche Hebammen-Kapazitäten in den Kliniken sind somit kaum möglich. Zu Anzahl und Tätigkeitsausmaß der freiberuflichen Hebammen außerhalb von Kliniken waren keine Daten verfügbar.

Die überwiegende Mehrheit der Frauen war in der Entbindungsklinik angemeldet, in der sie ihr Kind bekam, wobei nicht abgefragt wurde, ob es sich um die Wunschklinik handelte. Bei den nicht angemeldeten Frauen gaben einige als Grund für die fehlende Anmeldung an, dass die Anmeldung zur Geburt in der eigentlichen Wunschklinik nicht mehr möglich war. Dabei können die zwischen den Entbindungskliniken sehr unterschiedlich gehandhabten Anmeldefristen zur Geburt insofern eine Rolle gespielt haben, als manche Frauen für eine Anmeldung in ihrer Wunschklinik zu spät waren.

2018 stehen in München laut Krankenhausplan 84 neonatologische Intensivbehandlungsplätze zur Verfügung, wobei dies eine rein planerische Bettenzahl ist, welche von der tatsächlichen Anzahl und Verfügbarkeit abweichen kann. So kommt es in der Realität beispielsweise immer wieder zur kurz- oder langfristigen Reduzierung von Bettenzahlen u.a. aufgrund von Personalengpässen. Die tatsächliche Bettenkapazität sowie Konsequenzen, die sich ggf. aus Bettensperrungen ergeben, wie z.B. Verlegungen oder Abweisungen von Schwangeren, werden teilweise von den Kliniken intern dokumentiert, jedoch nicht strukturiert erfasst.

Im Interdisziplinären Versorgungsnachweis München (IVENA-System München) werden u.a. die Abmeldungen der Geburtshilfe- und NIPS-Einrichtungen von der Notfallversorgung durch die einzelnen Kliniken dokumentiert. Im Zeitraum 2016 und 2017 kam es immer wieder zu Abmeldungen, welche auch stundenweise dazu führten, dass einzelne Kategorien im gesamten Stadtgebiet München

keine freien Kapazitäten für die Notfallversorgung aufwiesen. In diesen Situationen ist eine unmittelbare Versorgung der Schwangeren bzw. der Neugeborenen nur schwer möglich und kann eine Verlegung in Kliniken außerhalb Münchens notwendig machen.

Für Schwangere ab der 37. SSW war entsprechend der Dokumentation in IVENA von ausreichenden Kapazitäten auszugehen. Zu keinem Zeitpunkt waren weniger als vier Geburtshilfeeinrichtungen verfügbar. Es ist demnach davon auszugehen, dass Entbindungen ab der 37. SSW in München immer durchgeführt werden konnten, auch wenn dies im Einzelfall bedeutet haben kann, dass Frauen nicht in der Wunschklinik, in der sie angemeldet waren, entbinden konnten. Anders stellte sich insbesondere im Jahr 2017 die Situation für die Entbindung und Versorgung von extremen Frühgeborenen (SSW 22+0 bis 28+6) dar, bei denen in der Regel sowohl die entsprechende Geburtshilfeeinrichtung als auch eine NIPS-Einrichtung erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden häufig die Geburtshilfeeinrichtungen für Frühgeborene mit abgemeldet, sobald keine NIPS-Kapazitäten mehr verfügbar waren. Dass alle Einrichtungen der Geburtshilfe ab der SSW 22+0 abgemeldet waren, kam im Jahr 2017 im Umfang von etwa 50 Stunden pro Quartal vor.

Nach einem im Rahmen dieses Projektes durchgeführten Arbeitstreffen mit Vertretern der Kliniken und des Rettungszweckverbandes München wurden die dem Klinikum der Universität München (KUM) zugeordneten NIPS am Klinikum Großhadern und in der Frauenklinik Maistraße ab Juli 2017 in IVENA gesondert aufgeführt, zusätzlich zu der bereits aufgeführten NIPS des Dr. von Haunerschen Kinderspitals am KUM.

Die überwiegende Mehrheit (90 %) der in der Mütterbefragung befragten Frauen wünschte sich eine Hebamme zur Nachsorge. Von einem Drittel der Befragten wurden jedoch deutliche Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Nachsorgehebamme angegeben.

Bei der Suche kontaktierten die Frauen im Mittel 5 Hebammen bis zur Zusage, wobei manche Frauen mehr als 15 Hebammen kontaktieren mussten. 2,5 % der Frauen hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Hebamme für die Nachsorge gefunden, obwohl sie sich darum bemüht hatten. Schwierigkeiten hatten vor allem Frauen, die ihr erstes Kind erwarteten. Es bestand kein Zusammenhang zwischen dem Beginn der Suche und der Zahl der kontaktierten Hebammen. Acht Frauen (2,5%) gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Hebamme gefunden zu haben, obwohl sie sich darum bemüht hatten.

Die Suche nach einer Kinderärztin/ einem Kinderarzt gestaltete sich etwas einfacher als die Suche nach einer Hebamme, wobei viele Frauen bereits einen Kinderarzt durch ihr erstes/ ihre anderen Kinder hatten. Im Mittel wurden 1,8 Kinderärzte kontaktiert. Einige hatten zum Zeitpunkt der Geburt noch nicht mit der Suche nach einem Kinderarzt begonnen und 10 Frauen (6,7 %) gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung noch keinen Kinderarzt gefunden zu haben, obwohl sie bereits Ärzte kontaktiert hatten.

3.3 Information

Im Fragebogen wurde erhoben, auf welchem Weg sich die Frauen Informationen zur Schwangerschaft allgemein und zu Hebammen, Entbindungsmöglichkeiten und Kinderärzten eingeholt hatten. Dabei sollte unter anderem beurteilt werden, wie gut sich die Frauen informiert fühlten und auf welcher Basis sie sich für eine Hebamme, Entbindungseinrichtung oder einen Kinderarzt entschieden haben.

3.3.1 Informationsquellen

In der Mütterbefragung wurde die Bedeutung von verschiedenen Informationsquellen zu allgemeinen schwangerschaftsrelevanten Themen erfragt. Für alle Frauen, die eine Quelle bewerteten, wurde die durchschnittliche Bedeutung dieser Quelle berechnet und in Abbildung 52 grafisch dargestellt. Als wichtigste Informationsquellen in der Schwangerschaft wurden die Frauenärztin/ der Frauenarzt, die Hebamme sowie eigene Erfahrungen aus der letzten Schwangerschaft genannt, die jeweils wichtig bis sehr wichtig waren. Zusätzlich ist in der Abbildung die Häufigkeit der Nutzung der verschiedenen Informationsquellen erkennbar durch die absteigende Sortierung der Quellen nach Nutzungsgrad. Es zeigte sich, dass 100 % der Frauen die Frauenärztin/ den Frauenarzt als Informationsquellen nutzten, diese/r stellte somit eine sowohl häufige als auch wichtige Quelle für Informationen in der Schwangerschaft dar. Beratungsstellen wurden von 27 % der Schwangeren als Informationsquelle in Anspruch genommen und waren für sie von mittlerer Bedeutung.

Als häufigste Informationsquelle über mögliche Entbindungseinrichtungen dienten 47 % der befragten Frauen Freunde/ Bekannte oder Familie. Weitere wichtige Quellen waren auch hier die Frauenärztin/ der Frauenarzt (35 %) und eigene Erfahrungen aus der letzten Schwangerschaft (31 %) (Abbildung 53).

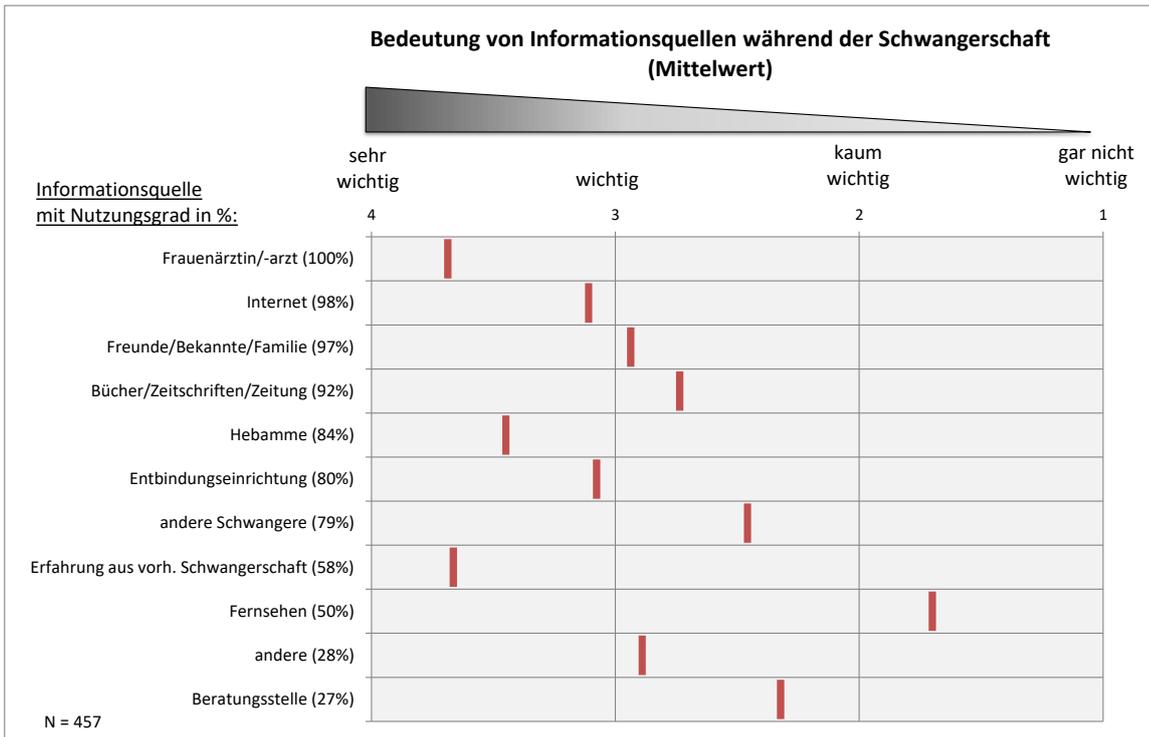


Abbildung 52: Bedeutung und Häufigkeit der Nutzung verschiedener Informationsquellen während der Schwangerschaft allgemein
Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 10)

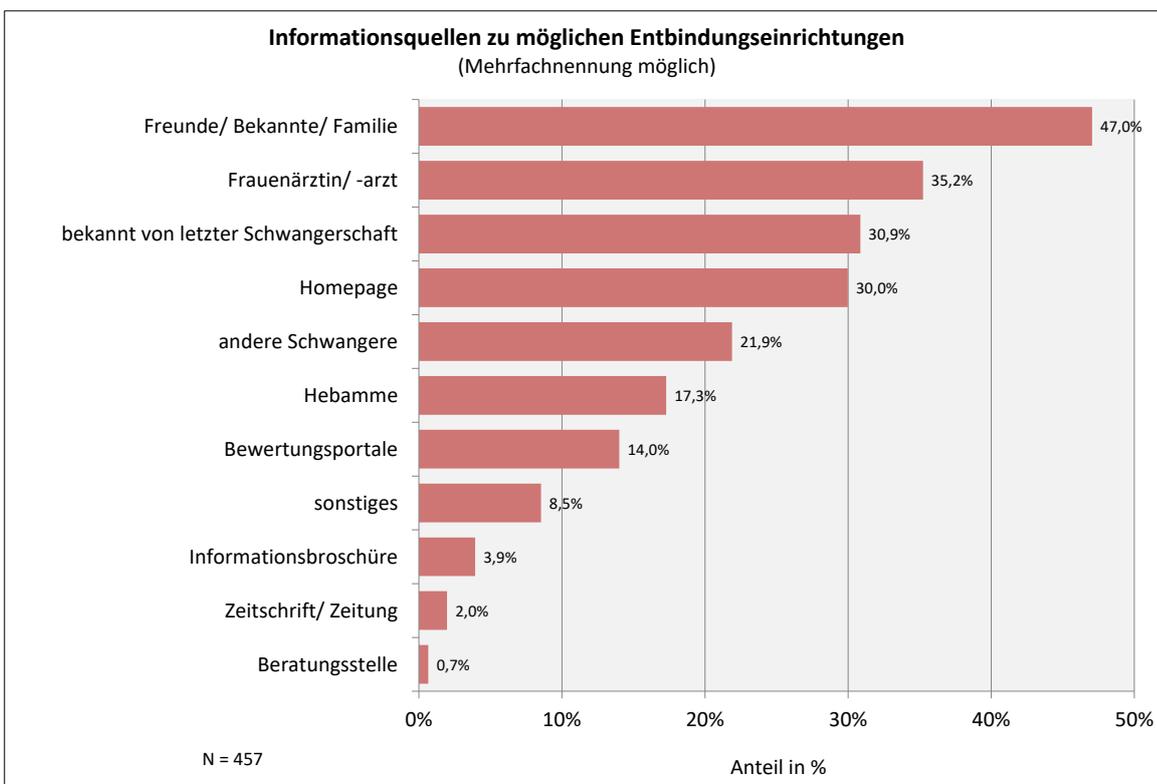


Abbildung 53: Informationsquellen zu möglichen Entbindungskliniken oder alternativen Entbindungsmöglichkeiten
Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 19)

Insgesamt stimmten 50,2 % der Frauen voll und ganz der Aussage zu, dass sie ausreichend Informationen über die geplante Entbindungseinrichtung hatten, weitere 36,8 % stimmten zu und 9,3 % stimmten eher zu (Mittelwert=4,3, Standardabweichung=0,9) (Abbildung 54).

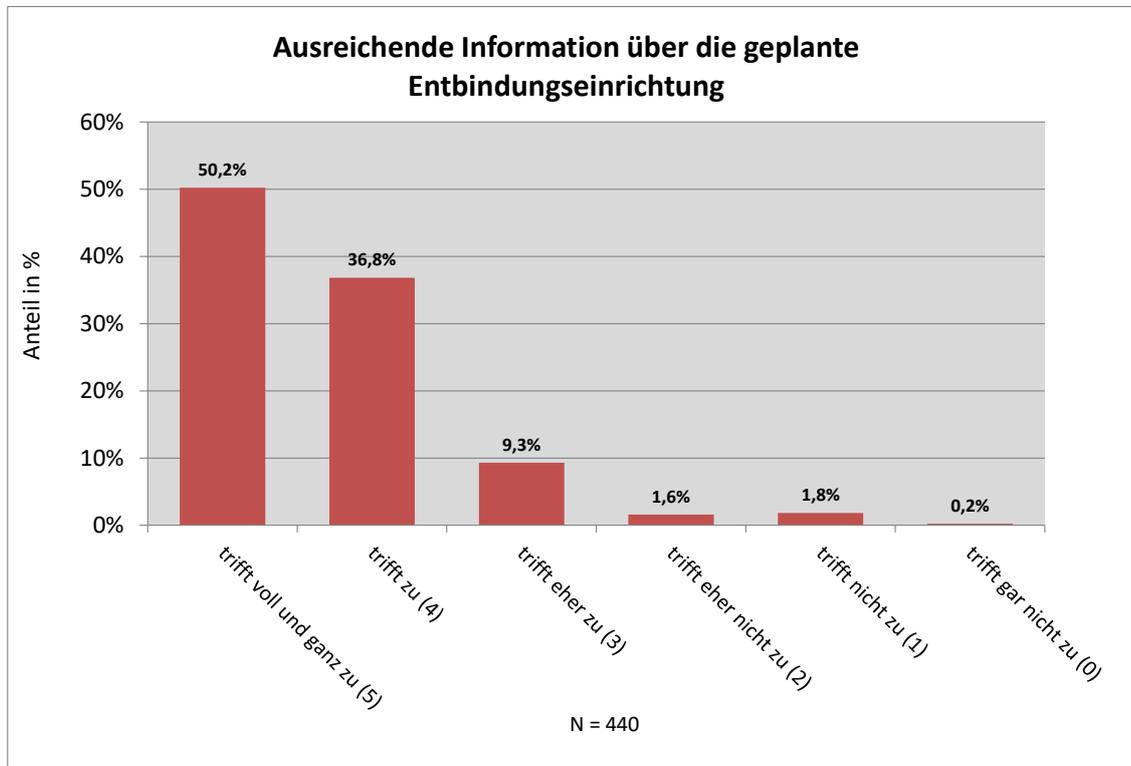


Abbildung 54: Ausreichende Information über die geplante Entbindungseinrichtung

Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 26)

Über Hebammenleistungen nach der Geburt fühlten sich 53,9 % der Befragten ausreichend informiert (21,5 % stimmten voll und ganz zu, 32,4 % stimmten zu), während 3,4 % sich nicht und 4,3 % gar nicht ausreichend informiert fühlten (Mittelwert=3,4, Standardabweichung=1,3) (Abbildung 55). Bei der getrennten Betrachtung von Erst- oder Mehrgebärenden zeigten sich zu dieser Fragestellung keine wesentlichen Unterschiede (Abbildung 56).

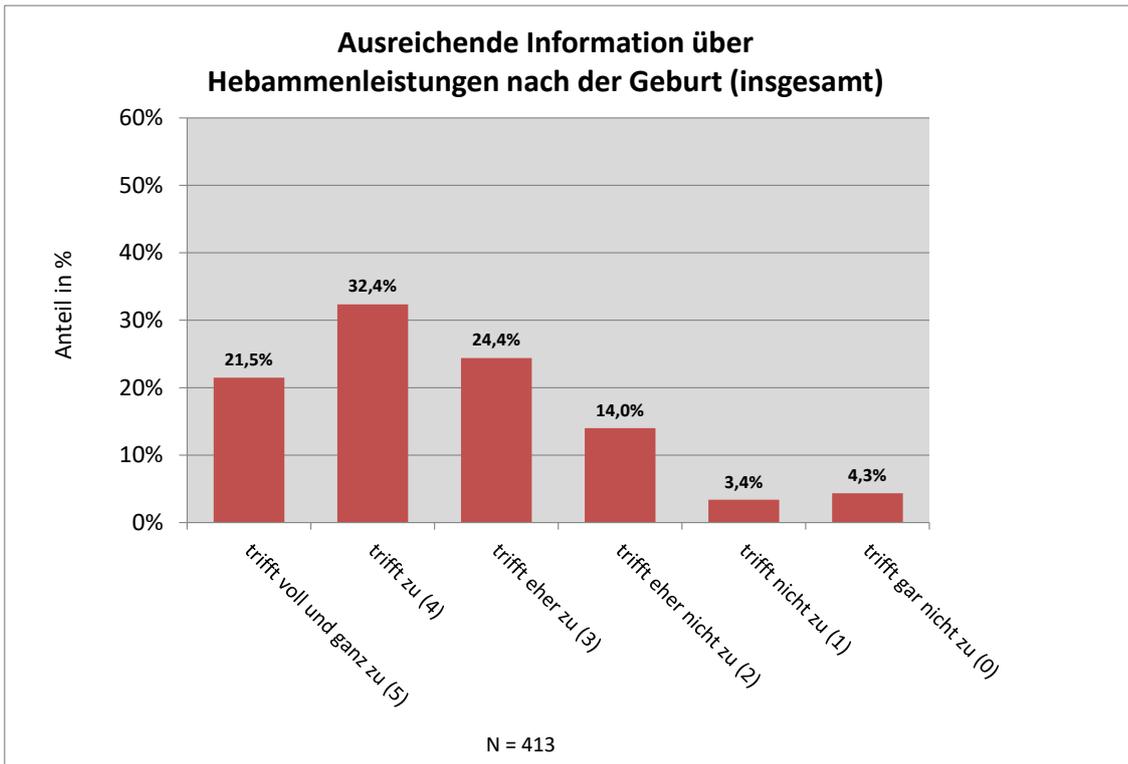


Abbildung 55: Ausreichende Information über Hebammenleistungen nach der Geburt (insgesamt)
 Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 37B)

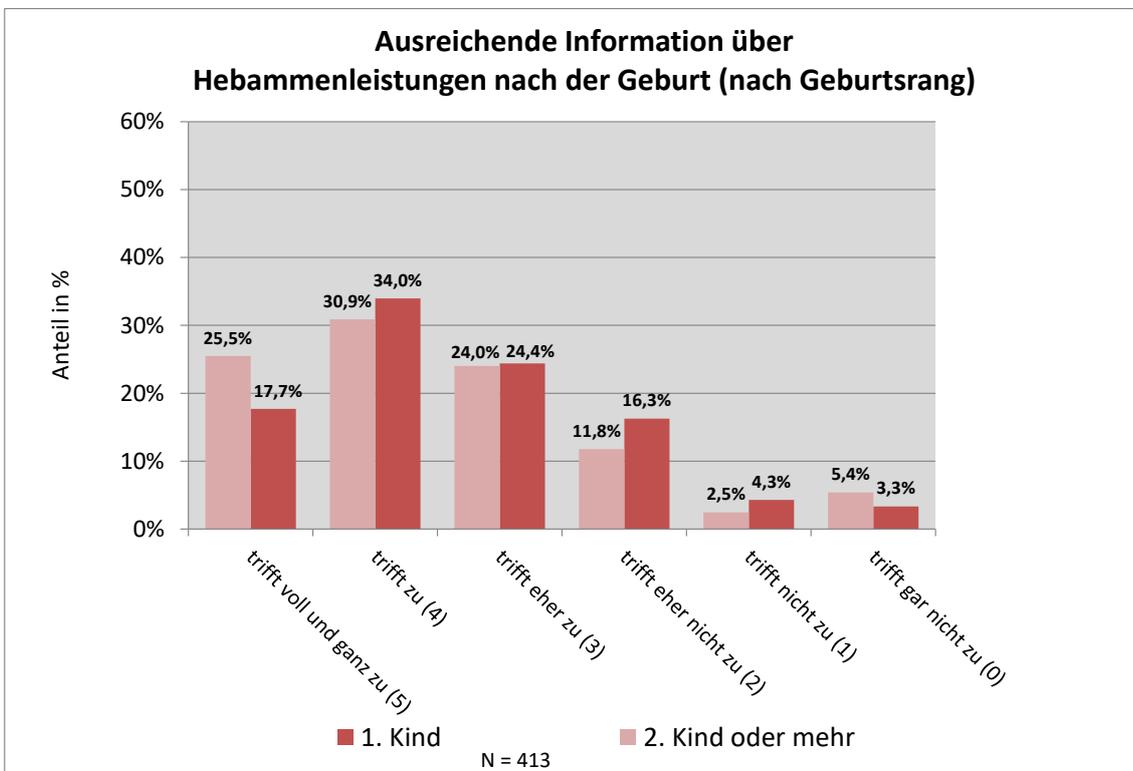


Abbildung 56: Ausreichende Information über mögliche Hebammenleistungen nach der Geburt, unterschieden nach Erst- und Mehrgebärenden
 Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 37B)

3.3.2 Entscheidungsgrundlagen

In der Mütterbefragung wurde auch abgefragt, auf welchem Weg die Schwangeren Kontaktdaten von Hebammen gefunden hatten. Dabei gaben 35,7 % der Frauen an, dass sie die Internetseite „Hebammensuche Bayern“ genutzt hatten. Wichtig waren auch persönliche Kontakte (19,9 %) und die Bekanntheit der Hebamme von der letzten Schwangerschaft (15,3 %). Weiterhin gaben 36 Frauen (8,4 %) unter „sonstiges“ an, eine eigene Internetrecherche durchgeführt zu haben, 7 (1,6 %) erhielten die Kontaktdaten direkt über die Entbindungseinrichtung (meist über das Geburtshaus), 6 (1,4 %) erhielten sie über eine Hebammenpraxis/ -verbund, 5 (1,2 %) wurden durch eine andere Hebamme weitergeleitet, 3 Frauen wurden in einer Beratungsstelle/ Caritas fündig, zweimal wurde der Frauenarzt und einmal der Kinderarzt als Vermittler genannt. Die Hebammenhotline spielte zahlenmäßig (noch) eine untergeordnete Rolle, sie wurde von 11 Frauen (2,4 %) angegeben.

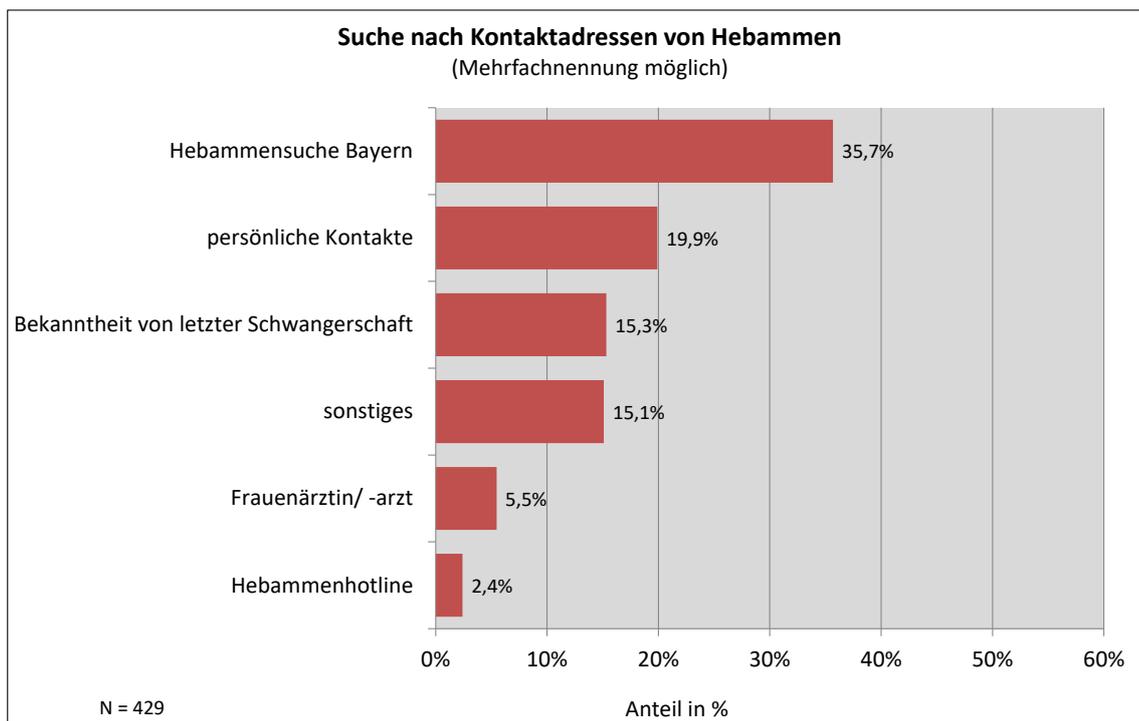


Abbildung 57: Wege um Kontaktadressen von Hebammen zu finden

Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 35)

Bei der Entscheidung für eine Hebamme waren für die Hälfte der befragten Frauen persönliche Empfehlungen (50,3 %) und räumliche Nähe (49,7 %) der potentiellen Hebamme wichtig, während gute Bewertungen im Internet oder eine ansprechende Homepage eine untergeordnete Rolle spielten (14 % bzw. 4,6 %) (Abbildung 58). Im Freitext zur Antwortmöglichkeit „sonstiges“ wurden 23 mal (5 %) Sympathie/ passende menschliche Eigenschaften/ Vertrauen/ gutes Gefühl genannt, 34 mal (7,4 %) Verfügbarkeit/ Kapazität („froh überhaupt eine zu finden“, „keine Wahl in München“), jeweils einmal wurden regelmäßige Hausbesuche und Rückbildung genannt.

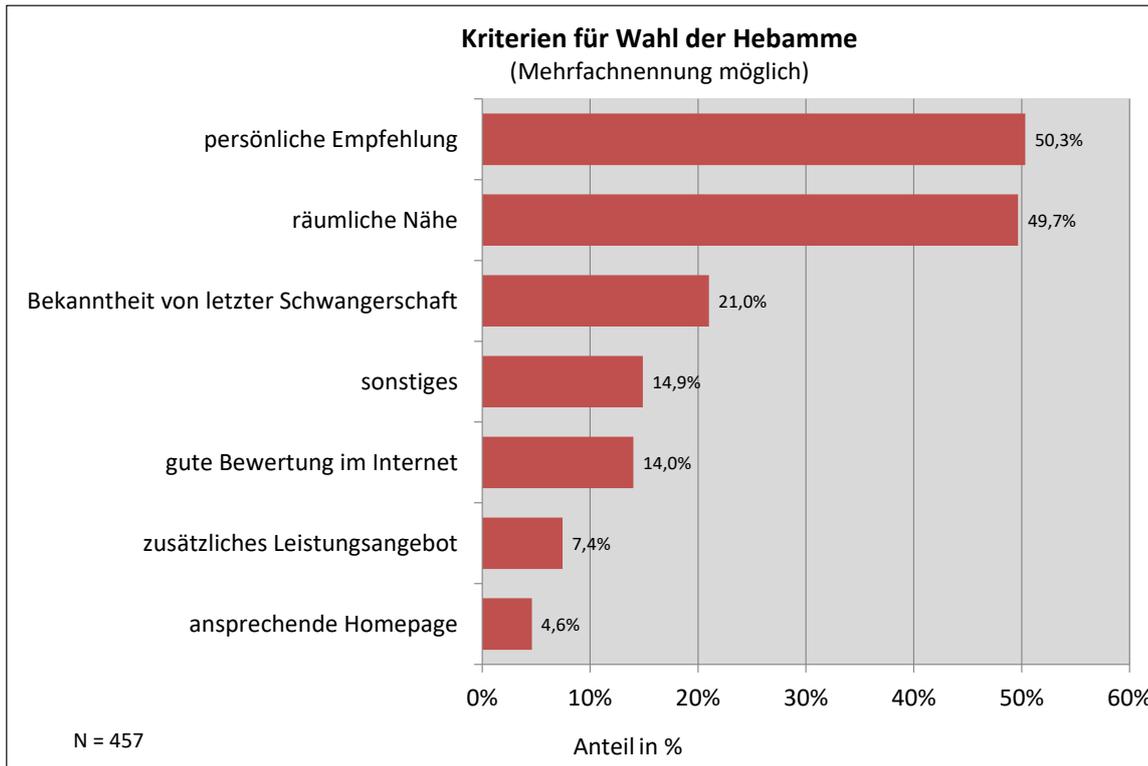


Abbildung 58: Wichtige Kriterien für die Wahl einer Hebamme

Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 32B)

Bei der Entscheidung der Schwangeren für eine bestimmte Entbindungseinrichtung (Klinik oder Geburtshaus) spielte die räumliche Nähe der Einrichtung die größte Rolle. Sie war für 54,5 % der Teilnehmerinnen wichtig. Weitere wichtige Parameter waren ein guter Ruf der Einrichtung (44,9 %), die medizinische Ausstattung (43,8 %), persönliche Empfehlung (39,8 %) und ein gutes Gefühl nach der Besichtigung der Einrichtung (35,2 %). 4,2 % der Frauen gaben an, dass sie sich nicht aktiv für diese Entbindungseinrichtung entschieden hatten, sondern ungeplant hierher verlegt wurden und 2,6 % entschieden sich für die Einrichtung, da die Anmeldung in der eigentlich gewünschten Einrichtung nicht möglich war (Abbildung 59). Bei „sonstiges“ wurde 22 mal (4,8 %) Zufriedenheit bei früherer Entbindung/ Behandlung genannt, 8 mal (1,8 %) dass die Einrichtung ein Perinatalzentrum/ eine angeschlossene Kinderstation hat, 4 mal war die Empfehlung der Frauenärztin/ -arzt entscheidend und ebenfalls 4 mal wurde Wert auf eine natürliche Entbindung/ geringe Kaiserschnitttrate gelegt.

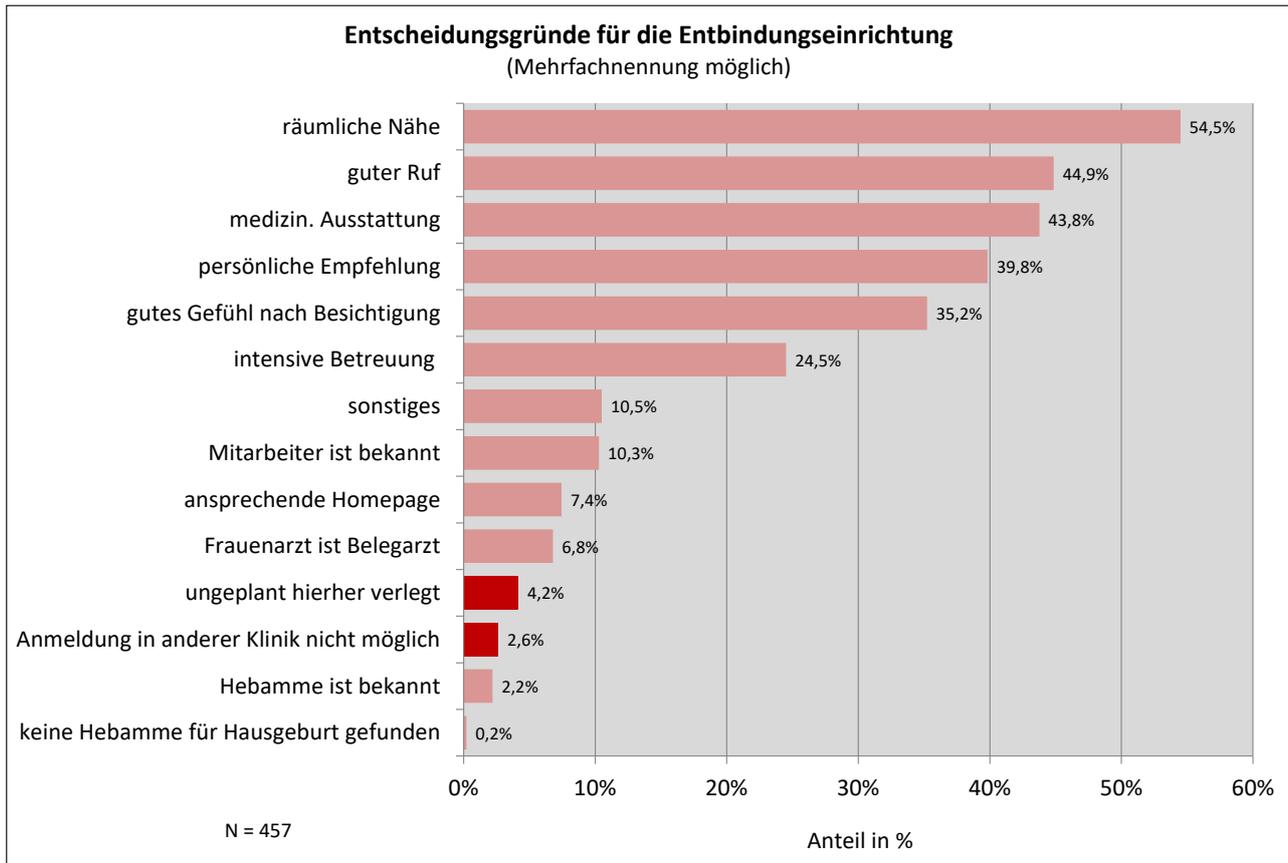


Abbildung 59: Entscheidungsgründe für eine Entbindungseinrichtung

Quelle: Mütterbefragung RGU/INM 2018 (FB 20)

3.3.3 Fazit

Erkenntnisse über die Herkunft von Informationen und deren Einfluss auf schwangere Frauen können als Grundlage für eine gezielte Informationsvermittlung von schwangerschaftsrelevanten Themen dienen.

Laut Mütterbefragung nutzten schwangere Frauen zur Informationsgewinnung zu schwangerschaftsrelevanten Themen hauptsächlich ihre Frauenärztin/ ihren Frauenarzt, die/ der sowohl eine wichtige als auch zu 100 % genutzte Informationsquelle war. Für viele Frauen stellten auch die Hebamme sowie eigene Erfahrungen aus einer vorherigen Schwangerschaft wichtige Informationsquellen dar.

Über mögliche Entbindungseinrichtungen informierten sich die Frauen aus vielen unterschiedlichen Quellen, wobei Freunde / Bekannte / Familie, die Frauenärztin/ der Frauenarzt und eigene Erfahrungen aus der letzten Schwangerschaft die größte Bedeutung hatten. Die überwiegende Mehrheit der Frauen fühlte sich über ihre geplante Entbindungseinrichtung gut informiert, während diese Einschätzung in Bezug auf Hebammenleistungen weniger zutraf.

Für die Suche nach Kontaktadressen von Hebammen wurde häufig die Internetseite „Hebammensuche Bayern“ genutzt oder eine eigene Internetrecherche durchgeführt. Wichtig waren auch persönliche Kontakte und die Bekanntheit der Hebamme von der letzten Schwangerschaft.

Bei der Entscheidung für eine Hebamme waren für die Hälfte der befragten Frauen persönliche Empfehlungen und räumliche Nähe der potentiellen Hebamme wichtig, wobei im Freitext zu dieser Frage häufig geäußert wurde, dass man in München froh sein müsse, überhaupt eine Hebamme zu finden und dass man keine große Auswahlmöglichkeit gehabt habe.

Bei der Entscheidung für eine bestimmte Entbindungseinrichtung (Klinik oder Geburtshaus) spielte die räumliche Nähe der Einrichtung die größte Rolle. Nur wenige Frauen gaben an, dass sie sich nicht aktiv für diese Entbindungseinrichtung entschieden hatten, sondern ungeplant hierher verlegt wurden und manche entschieden sich für die Einrichtung, da die Anmeldung in der eigentlich gewünschten Einrichtung nicht möglich war.

3.4 Versorgung spezieller Gruppen

Um Versorgungsempfehlungen für vulnerable Gruppen identifizieren zu können, wurden die vorliegenden Daten unter Berücksichtigung relevanter Merkmale gruppenweise ausgewertet. Aufgrund des geringen Rücklaufs aus den spezifischen Gruppen können keine Aussagen getroffen werden zu Müttern, die

- jünger als 18 Jahre sind
- über keine Krankenversicherung verfügen
- vor der 38. Schwangerschaftswoche entbunden haben

3.4.1 Bildungsgrad

Als Näherung für den sozio-ökonomischen Status der Mütter wurden die Angaben zur schulischen und beruflichen Qualifikation aus der Fragebogenerhebung herangezogen. Dabei wurde den verschiedenen Kombinationen aus schulischer und beruflicher Bildung auf Basis von Lampert et al. (2013)²⁸ ein Punktwert zwischen 1 (kein schulischer und kein beruflicher Abschluss) und 7 (Abitur und Master/Magister/Diplom/Promotion) zugewiesen. Die relevanten Zusammenhänge zwischen dem so ermittelten Bildungsgrad und den wichtigsten Indikatoren sind im Folgenden dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass Frauen mit höherem Bildungsgrad in der Stichprobe überrepräsentiert sind (siehe Abschnitt 2.1.1). In der Stichprobe der Mütterbefragung besteht ein leichter Zusammenhang ($r=-0,15$) zwischen Bildungsgrad und Anzahl der Kinder. Je höher der Bildungsgrad, desto weniger Kinder hatten die befragten Frauen.

Je höher der Bildungsgrad der Frau ist,

- desto früher nahm sie Kontakt zu einem Gynäkologen auf ($r=-0,16$).
- desto früher kontaktierte sie mögliche Entbindungseinrichtungen ($r=-0,24$). Es wurden mit höherem Bildungsgrad auch tendenziell mehr Einrichtungen kontaktiert ($r=0,09$).
- in desto mehr Entbindungseinrichtungen war sie gleichzeitig angemeldet ($r=0,15$).
- desto früher begann sie mit der Suche nach einer Hebamme ($r=-0,27$). Es bestand allerdings kein Unterschied bei der Anzahl der kontaktierten Hebammen.
- desto eher hatte sie das Gefühl, genügend Informationen zur Entbindungseinrichtung ($r=0,13$) und zu Hebammenleistungen nach der Entbindung ($r=0,11$) zu haben.

Gleichzeitig hatte der Bildungsgrad keinen Einfluss auf die subjektive Zufriedenheit mit der Versorgung während der Schwangerschaft. Es zeigte sich auch kein Zusammenhang mit dem Wohlbefinden nach WHO-5.

3.4.2 Migrationshintergrund

Als Näherung für einen möglichen Migrationshintergrund wurden Sprachkenntnisse herangezogen. Personen, die angegeben hatten Deutschkenntnisse auf einem sehr guten/ Muttersprachniveau zu beherrschen, wurden als Muttersprachler definiert. Die Stichprobe umfasste somit 372 Muttersprachlerinnen und 69 Frauen, die Deutsch nicht auf Muttersprachniveau beherrschten.

²⁸ Lampert T, Kroll LE, Müters S, Stolzenberg H. Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Januar 2013;56(1):131-43.

Frauen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist,

- kontaktierten später einen Gynäkologen ($d=0,33$).
- berichteten deutlich größere Probleme, einen Gynäkologen zu finden ($d=0,44$) und
- kontaktierten später eine Entbindungseinrichtung (6. Monat vs. 4. Monat, $d=0,77$).
- begannen deutlich später mit der Suche nach einer Hebamme (5. Monat vs. 3. Monat, $d=.86$) und kontaktierten mehr Hebammen ($d=0,27$).
- berichteten größere Probleme eine Hebamme zu finden ($d=0,25$).
- hatten deutlich seltener das Gefühl, genügend Informationen zur Entbindungseinrichtung zu haben ($d=0,45$).
- begannen später mit der Suche nach einem Kinderarzt ($d=0,40$) und kontaktierten mehr Kinderärzte ($d=0,32$).
- hatten deutlich seltener das Gefühl, genügend Informationen zur Entbindungseinrichtung zu haben ($d=0,45$).
- hatten seltener das Gefühl, genügend Informationen zu Hebammenleistungen nach der Entbindung zu haben ($d=0,29$).
- hatten deutlich seltener das Gefühl nach der Entbindung genügend Unterstützung zu haben ($d=0,40$).

Es gab keinen Unterschied in der subjektiven Zufriedenheit zwischen Frauen, die Deutsch auf Muttersprachniveau beherrschen und Frauen, die das nicht taten. Muttersprachlerinnen berichteten im Vergleich ein etwas geringeres Wohlbefinden ($d=0,20$).

Da Frauen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist im Fragebogen auch ein deutlich geringeres Bildungsniveau angegeben haben ($d=0,84$), können die berichteten Effekte unter Umständen auch auf das Bildungsniveau zurückgeführt werden.

3.4.3 Fazit

Von besonderem Interesse, beispielsweise für die Planung von Interventionen, sind Erkenntnisse zur Situation spezieller Gruppen. Bei den entsprechenden Ergebnissen aus der Mütterbefragung ist zu beachten, dass trotz der systematischen Verteilung des Fragebogens an alle Frauen, die im Erhebungszeitraum entbunden hatten, und der Übersetzung in mehrere Sprachen die Antworten von sehr jungen Müttern, Müttern mit geringem Bildungsgrad sowie Müttern mit Migrationshintergrund unterrepräsentiert waren. Es ist daher davon auszugehen, dass die für spezielle Gruppen beschriebenen Trends in der Realität noch deutlicher ausfallen.

Bei der Betrachtung des Bildungsgrads zeigte sich, dass eine schwangere Frau umso später Kontakt zu einer Frauenärztin/ einem Frauenarzt aufnahm, je geringer ihr Bildungsgrad war. Je geringer der Bildungsgrad, desto später suchte sie sich eine Hebamme, desto später kontaktierte sie eine Entbindungseinrichtung und desto weniger hatte sie das Gefühl genügend Informationen über die Entbindungseinrichtung zu haben. Es gab jedoch keinen Zusammenhang zur subjektiven Zufriedenheit der befragten Mütter.

Frauen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, hatten mehr Probleme eine Hebamme zu finden, begannen deutlich später mit der Suche nach einer Hebamme und kontaktierten mehr Hebammen. Weiterhin hatten sie mehr Probleme eine Frauenärztin / einen Frauenarzt zu finden und kontaktierten diese/ diesen später. Sie hatten deutlich seltener das Gefühl, genügend Informationen über die Entbindungseinrichtung zu haben und kontaktierten die Einrichtung später. Außerdem hatten sie deutlich seltener das Gefühl nach der Entbindung genügend Unterstützung zu haben.

Die Ergebnisse zeigen, dass Schwierigkeiten in der Versorgung und Informationsdefizite bei Frauen mit geringem Bildungsgrad und Frauen mit unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen verstärkt auftraten.

4 Methodik

4.1 Konzeptionsphase

Im Auftrag enthalten war die Entwicklung eines Konzepts zur Versorgungskette „rund um Schwangerschaft und Geburt“. Dabei standen die Festlegung der Projektschwerpunkte und die Festlegung der Bereiche, für die eine Datenanalyse erfolgen soll im Vordergrund. Die Konzeption erfolgte in enger Abstimmung mit dem RGU. Außerdem wurden Experten, Institutionen und Arbeitskreise mit Schwerpunkten im Bereich Schwangerschaft und Geburt eingebunden, um deren Fachwissen und Erfahrungen nutzen zu können und die Akzeptanz des Projekts zu erhöhen.

4.1.1 Übersicht über die Termine

Der Projektstand wurde regelmäßig zwischen INM und RGU ausgetauscht. Zudem wurden mehrere Expertenmeinungen eingeholt, und das Projekt wurde in Fachkreisen vorgestellt.

- ▶ Kick-off am 29.März 2017
- ▶ Workshop am 09.05.2017
- ▶ Abstimmung IT am 05.07.2017
- ▶ Austausch mit Vertretern von KUM und StKM am 04.07.2017 bzw. 14.07.2017
- ▶ Austausch mit BAQ am 06.09.2017
- ▶ Arbeitstreffen INM RGU am 6.09.2017
- ▶ AG Geburtshilfe am 25.10.2017
- ▶ Austausch mit Vertretern des KUM zu IVENA und Items aus der Qualitätssicherung am 09.11.2017
- ▶ Austausch mit Zuständigen des IVENA-Systems am 14.12.2017
- ▶ Abstimmungstreffen INM RGU am 08.03.2018
- ▶ Abstimmungsgespräch INM – RGU - ZRF München/ÄLRD München zu IVENA Datenlieferung am 08.03.2017
- ▶ Austausch mit BAQ zur Datenlieferung 14.03.2018
- ▶ Abstimmung INM RGU Reportingtools am 14.03.2018
- ▶ Vorstellung bei der Fachkommission der BAQ am 09.05.2018
- ▶ Ergebnispräsentation am 05.06.2018
- ▶ 14-tägige Abstimmung des INM- und RGU-Teams ab Mitte 2017

4.1.2 Workshop

Am 09.05. fand ein Workshop statt, um das Projekt vorzustellen, und um Expertensichten aus unterschiedlichen Feldern in die Schwerpunktsetzung mit einzubeziehen.

Die Agenda umfasste die Vorstellung des Projektes und den aktuellen Stand der „Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt“. Außerdem sollten aktuelle und zukünftige Herausforderungen aus der Sicht der TeilnehmerInnen besprochen, und Diskussionen über mögliche Schwerpunkte des Projektes und relevante Begleitfaktoren geführt werden. Auch wurde über bestehende und noch nicht bestehende Datenquellen für die langfristige Untersuchung relevanter Aspekte (Sekundärdaten &

Primärdatenerhebung mittels Mütterbefragung) berichtet. Der Workshop umfasste 27 Teilnehmer und Teilnehmerinnen.

Folgende Inhalte wurden von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen thematisiert und diskutiert:

Themenfeld 1: Kapazitäten

- Neonatologische Station
 - Neonatologische Intensivstation: Engpässe bei Betten und insbesondere Pflegepersonal, dies führt ggf. vermehrt zu Transporten / Verlegungen
 - Neonatologische Normalstation: Engpässe bei Betten und Pflegepersonal
 - Fehlende Information: Anzahl der Verlegungen
- Wochenbettstation
 - Engpässe bei Pflegepersonal führen dazu, dass keine Aufnahme möglich ist oder Entlassungen früher stattfinden
- Kreißsäle
 - Entbindung in der Wunschklinik nicht möglich
 - Abweisungen wenn Wehen schon eingesetzt haben
 - Fehlende Information: Anzahl der Abweisungen
- Hebammen
 - Zu wenige Hebammen für Wochenbettbetreuung / für Nachsorge
 - Früher Zeitpunkt der Anmeldung bei der Hebamme für die Wochenbettbetreuung z. T. nicht wünschenswert, da Hebamme ggf. nicht so weit im Voraus planen kann
 - 1:1 Betreuung unter der Geburt nur möglich wenn Zahl der Hebammen ausreichend
 - Fehlende Information: Anzahl der Hebammen (Vollzeit/Teilzeit)
- Niedergelassene Gynäkologen
 - Engpässe wurden nicht thematisiert, aber Unklarheit, was die Zahl und Verteilung der Gynäkologen angeht
- Kinderärzte
 - Engpässe bei der Versorgung durch Kinderärzte nach der Entlassung aus der Klinik
- Beratungsstellen
 - Probleme qualifiziertes Personal zu finden

Diskutierte Ursachen Themenfeld „Kapazitäten“

- Personal: Altersstruktur der Pflegekräfte/Hebammen, Entlohnung, Haftungsrisiken, Arbeitsbelastung, Vereinbarkeit Familie und Beruf
- Betten: Klinikplanung nicht koordiniert

Themenfeld 2: Information

- Leistungsspektrum der Kliniken
 - Übersichtliche Darstellung des aktuellen Profils der Klinik
 - Darstellung sollte auch tauglich sein für mobile Endgeräte
 - Einfachere/übersichtliche Darstellung des Profils der Klinik
- Anmeldung bei der Klinik
 - Zeitpunkt der Anmeldung sehr früh
 - Informationen zum Prozedere der Anmeldung
 - Unklarheiten führen unter Umständen zu Mehrfachanmeldungen
- Informationen zu Beratungsstellen
 - Einlegeblatt der Beratungsstellen für den Mutterpass wird nicht von allen Gynäkologen eingelegt
- Schwerpunkte der gynäkologischen Praxen
 - Spezialisierung der Praxen auf Geburtshilfe nicht immer bekannt bzw. nicht zentral erfasst
- Kein standardisierter Übergabedatensatz für Ärzte und klare Kommunikation zum Übergabeprozedere
- Zusammenarbeit der Gynäkologen mit Beratungsstellen, insbesondere Austausch von Information
- Steuerung der risikoadaptierten Zuweisung in eine geeignete Klinik

Themenfeld 3: Versorgung spezieller Gruppen

- Versorgung bei Wochenbettdepression
 - Zu wenige Plätze für die stationäre Behandlung
- Versorgung von Migranten
 - Bedingungen in der Flüchtlingsunterkunft nach der Geburt
 - Schwierigkeit Hebammen und Ärzte zu finden, die in der Muttersprache der Migranten kommunizieren können
- Fehl- und Totgeburten
 - Betreuungs-/ Beratung der Frauen und ihrer Partner je nach Klinik unterschiedlich
- Frühgeborene („Frühchen“)
 - Betreuung/Beratung der Eltern je nach Klinik unterschiedlich
- Schwangerschaftsabbruch
 - Wissenslücke: Anzahl der Praxen und Kliniken welche Abbrüche vornehmen
- Nicht Versicherte Mütter/Kinder
 - Umgang der Kliniken mit nicht versicherten Schwangeren nicht bekannt

Begleitfaktoren

- Personalsituation
- 1:1 Betreuung gemäß G-BA Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)
- Koordination der Krankenhausplanung
- Vergütung des Personals (Pflege und Hebammen)
- Akademisierung der Ausbildung der Hebammen (EU-Richtlinie)
- Pathologisierung der Geburt
- Zuweisung zur Klinik nicht risikoadaptiert

- Mangelnde Wertschätzung
- Haftungsrecht in Deutschland
- Variierende Flüchtlingszahlen

Anhang zum Workshop



Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt

Projektübersicht und Ablaufskizze



Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement als Projektpartner

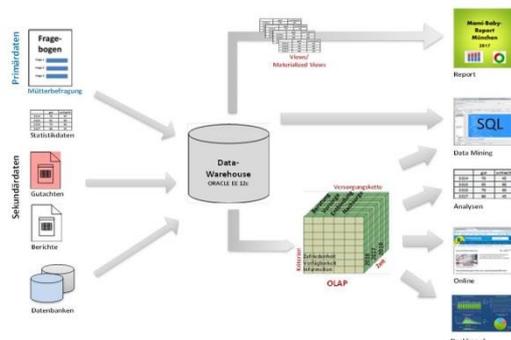
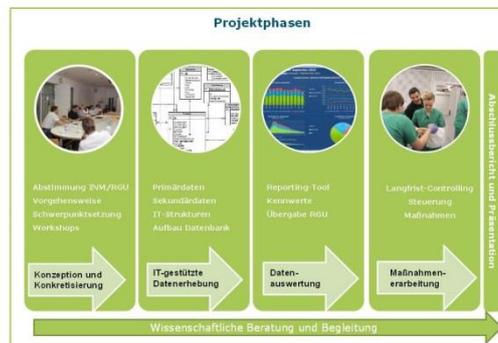
Als interdisziplinäre Einrichtung am Klinikum der Universität München verfolgt das INM das zentrale Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung stetig zu optimieren. Um dieses Ziel zu erreichen, erbringen wir wissenschaftliche Dienstleistung, Forschung und Lehre auf qualitativ höchstem Niveau.

Das INM umfasst das für dieses Projekt erforderliche Leistungsspektrum, da sowohl Experten mit Erfahrung in medizinischer Versorgung, teamübergreifender Zusammenarbeit in Versorgungsketten als auch erfahrene Experten in der technischen, datenbankorientierten Umsetzung von Auswertungs- und Controlling-Instrumenten im Rahmen dieses Projektes eingesetzt werden können.

Projektphasen

Das Grobkonzept der Leistungserbringung sieht mehrere Projektphasen vor, um sowohl die inhaltlich-methodischen Aspekte der Versorgungskette um Schwangerschaft und Geburt als auch die technische Umsetzung des Data Warehouse unter Berücksichtigung einer späteren Übernahme durch das RGU bestmöglich abzubilden.

Im Rahmen der Projektphase „Konzeption“ werden die entscheidenden Weichenstellungen für das Projekt hinsichtlich inhaltlicher Schwerpunkte, anzuwendender Methoden und technischer Umsetzungsumgebung diskutiert und definiert.



Data Warehouse und Reporting

Als Data Warehouse wird hier die Datenbank-gestützte Zusammenstellung verschiedener Informationsquellen verstanden, mit dem Ziel, sowohl übersichtliche Auswertungen als auch detaillierte Spezialfragestellungen bedienen zu können. Das Data Warehouse umfasst verschiedene Tabellen, welche über Primär- und Fremdschlüssel miteinander verbunden sind

Der Zugriff auf das Data Warehouse kann sowohl standardisiert erfolgen, bspw. über vordefinierte Reporte, oder anhand von Spezialabfragen, mit denen gezielt einzelne Aspekte analysiert werden können.



Datenlage zur Versorgungskette nach Datenquelle

Einwohnermelderegister

Bsp. relevante Dateninhalte: Lebendgeborene Mädchen und Jungen mit Hauptwohnsitz in München, Fertilitätsrate, Durchschnittsalter der erstgebärenden Mütter, Durchschnittsalter der Mütter, Mütter ab 35 Jahre, Legitimität, Nationalität

Klärung/Anmerkungen:

Regelmäßig über das Zentrale Informationsmanagement- und Analysesystem (ZIMAS) abrufbar; Abruf weiterer Merkmale (zB. Wochentag, Stunde) wird geprüft

Statistik der Geburten

Bsp. relevante Dateninhalte: Lebendgeborene nach Wohngemeinde der Eltern, Alter der Mutter, Staatsangehörigkeit der Eltern, Legitimität, Mehrlings- und Totgeburten

Klärung/Anmerkungen:

Merkmale werden nur aggregiert zur Verfügung gestellt (LK oder Regierungsbezirk), manche Merkmale (z.B. Erwerbstätigkeit der Mutter) werden nicht mehr erhoben; sofern dieselben Informationen zur Verfügung stehen Daten des Einwohnermeldeamts einfacher zugänglich

Statistik der Schwangerschaftsabbrüche

Bsp. Dateninhalte: Alter und Familienstand der Frau, Angaben zur Schwangerschaft, Angaben zum Eingriff

Klärung/Anmerkungen: Merkmale werden nur aggregiert zur Verfügung gestellt (Bundesland)

Keine Informationen zur Anzahl der Einrichtungen die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, ggf. Abfrage dieser Information über Beratungsstellen

Hebammen/Entbindungspfleger ambulant

Bsp. Dateninhalte: Bei Gesundheitsämtern erfasste Hebammen in ambulanten Einrichtungen (voll- und teilzeitbeschäftigt)

Klärung/Anmerkungen :

Die Arbeitszeit wird nicht erfasst; Hebammen und Entbindungspfleger müssen sich beim Gesundheitsamt zwar an- aber nicht zwingend wieder abmelden
Ausgeschriebene Studie des StMGP könnte erweiterte Datenbasis schaffen

Krankenhausstatistik – Grunddaten, Diagnosen, Fallpauschalen

Bsp. Dateninhalte:

Aufgestellte Betten (Jahresdurchschnitt) nach Fachabteilung (Frauenheilkunde/ Geburtshilfe/ Neonatologie): Insgesamt/ Intensiv/Beleg/ neonatologische Intensivbehandlung
Ärztliches Personal mit Schwerpunkt
Pflegepersonal
Festangestellte Hebammen und Entbindungspfleger; Ausbildungsplätze für Hebammen und Entbindungspfleger
Entlassene Patienten mit Hauptdiagnose O00-O99

Klärung/Anmerkungen:

Merkmale werden nur aggregiert zur Verfügung gestellt (Regierungsbezirk) -> Zugang auf Stadtkreisebene klären
Keine differenzierten Angaben zur Weiterbildung Pflegepersonal



Datenlage zur Versorgungskette nach Datenquelle

Krankenhausplan

Bsp. Dateninhalte:
neonatologische Intensivbehandlungsplätze

Klärung/Anmerkungen:
Aufwändige Zusammenstellung
Übereinstimmung mit Krankenhausstatistik?

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Bsp. Dateninhalte: Leistungsangebot, Fallzahlen (ICD,OPS) der Fachabteilung, ambulante Behandlungsmöglichkeiten, personelle Ausstattung,

Klärung/Anmerkungen:
Aufwändige Zusammenstellung
Interpretation Zahlen zur personellen Ausstattung
Identifizierung der Fallzahlen über ICD (ggf. Überschneidungen)
Übereinstimmung mit Krankenhausstatistik?

Perinatalerfassung Gesellschaft für Qualität in der außerklin. Geburtshilfe

Bsp. Dateninhalte: Angaben zu Mutter und Kind, Motivation zur außerklinischen Geburt, Hebammenkontakt, Vorsorge, Angaben zur Geburt, Verlegung

Klärung/Anmerkungen:
Datenzugang unklar, Kontakt über Hebammenverbände?

Datensatz Geburtshilfe / Neonatologie externe Qualitätssicherung

Bsp. Dateninhalte: Basisdokumentation, Informationen zur Schwangerschaft, Entbindung, Komplikationen, Entlassung oder Verlegung, Diagnostik, Therapie

Klärung/Anmerkungen:
Datenzugang?
Welche Items wären relevant (z.B. PLZ des Wohnortes, Verlegungen, Uhrzeiten, Vorsorgeuntersuchungen)?
Stehen zukünftig Daten aus jährlicher, standardisierte Strukturabfrage im Rahmen der QFR-RL zur Verfügung?

Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (IVENA)

Bsp. Dateninhalte: Abmeldung der Fachabteilungen von der stationären bzw. Notfallversorgung

Klärung/Anmerkungen:
Zuverlässige Datenerfassung vorausgesetzt
Zugang zu den Daten wahrscheinlich möglich
Aufbereitungsaufwand

Punktuelle Erhebungen

- Hebammen-/Mütterbefragungen vergangene Jahre
- Safe motherhood
- Studie zur Hebammenversorgung in Bayern des Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege



Datenlage zur Versorgungskette nach Datenquelle

Befragung von Müttern im Wochenbett (Primärdaten)

Schritt 1: Teilstrukturierte Interviews mit 6 Müttern, die in den vergangenen 12 Monaten zum ersten Mal entbunden haben (in München)

Schritt 2: Entwurf standardisierter, maschinenlesbarer Fragebogen in Papierform

Schritt 3: 2-monatige Erhebung → Befragung von Müttern im Wochenbett

Zu klärende Punkte:

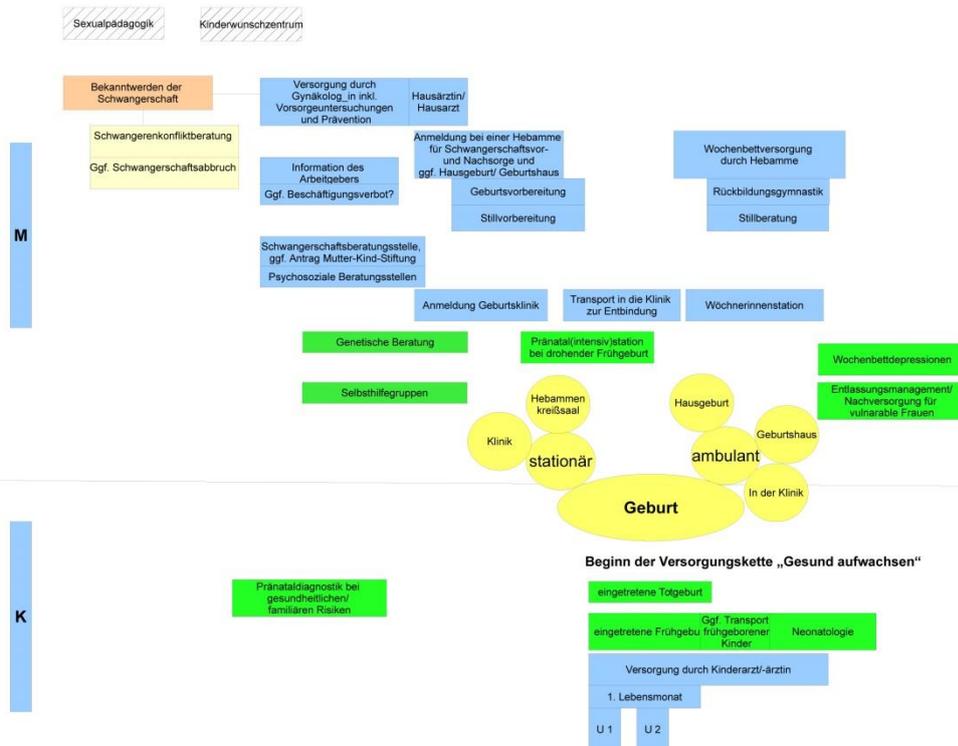
Teilnehmende Kliniken, Übersetzungen, Befragung von Müttern, die zu Hause entbunden haben

Primärdaten: Mögliche Fragestellungen

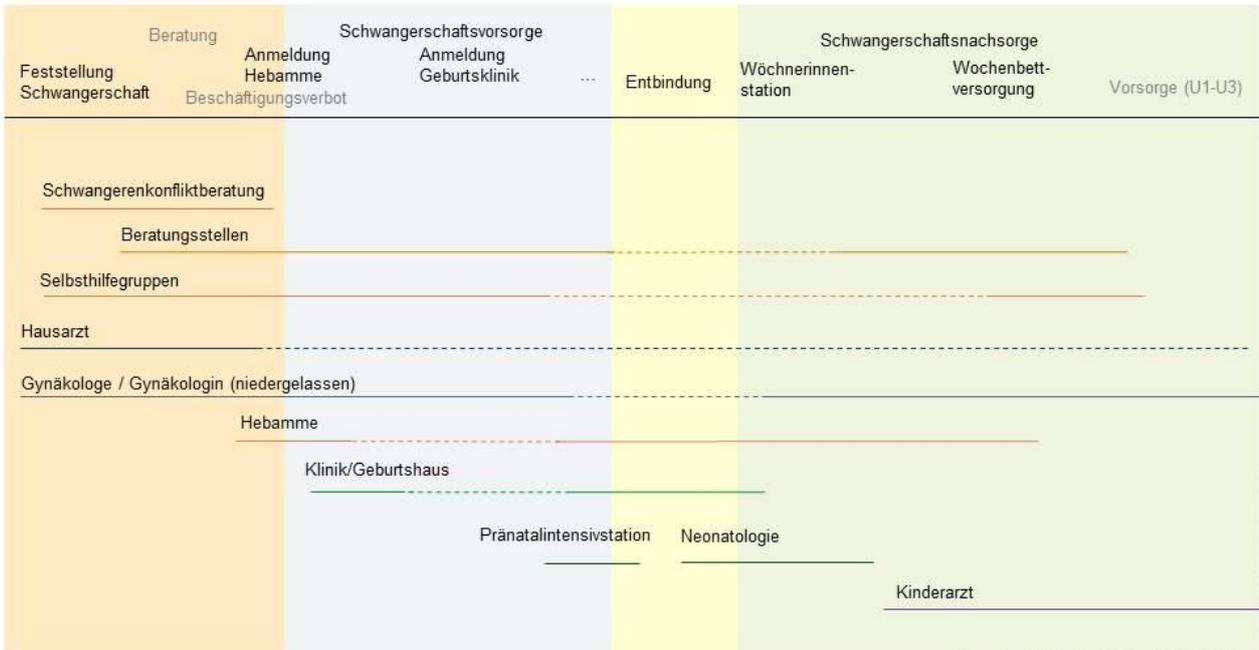
- Bekanntheit von verschiedenen Angeboten
- Verfügbarkeit von Informationen
- Dauer der Suche nach passender Hebamme/Klinik/GynäkologIn
- Entscheidungsgründe
- Abweisungen von Wunschklinik/Hebamme
- Konnten Wünsche nicht umgesetzt werden (z.B. Wunsch nach Hausgeburt)? Was waren die Gründe?

Anlage 2: Versorgungskette „Rund um die Schwangerschaft und Geburt“

Stand: 28.04.2016



VERSORGUNGSKETTE SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®
 INSTITUT FÜR NOTFALLMEDIZIN UND
 MEDIZINMANAGEMENT (INM)



Sonstige Aspekte Begleitfaktoren

- G-BA Richtlinien (Bsp. Personalvorgaben)
- Krankenhausplanung (Landesebene)
- Variierende Flüchtlingszahlen
- 1:1 Betreuung in der Klinik

Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt

Hofnungspunkt nicht in Deutschland

Mangelnde Wertschätzung (auch monetär)

problematische Arbeitszeiten

Der einbarzeit mit Familie nicht einfach

Wissenslücke Versorgung Nichtversicherter unter der Geburt

Kliniken

risikoadaptierte Zuweisung

RGU & AM

Geburts-
hilfe (Klinik)

Neo-
natologie

Hebammen

Mütter

Beratungs-
stellen

Gynäkologin
(nieder-
gelassen)

Kein eindeutige flächendeckende Angebot bzw. präkonzept Beratung

Wissenslücke

Rückmeldung zum Geburtsleiter aufpassen? OH

Wissenslücke

Beurteilung Qualität der Notonnie wie intensiv pflegekräfte

Wissenslücke



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN



INSTITUT FÜR NOTFALLMEDIZIN UND MEDIZINMANAGEMENT
Geschäftsführender Direktor: Dr. med. S. Prückner



Landeshauptstadt München
Referat für Gesundheit und Umwelt

Datenlage zur Versorgungskette nach Datenquelle

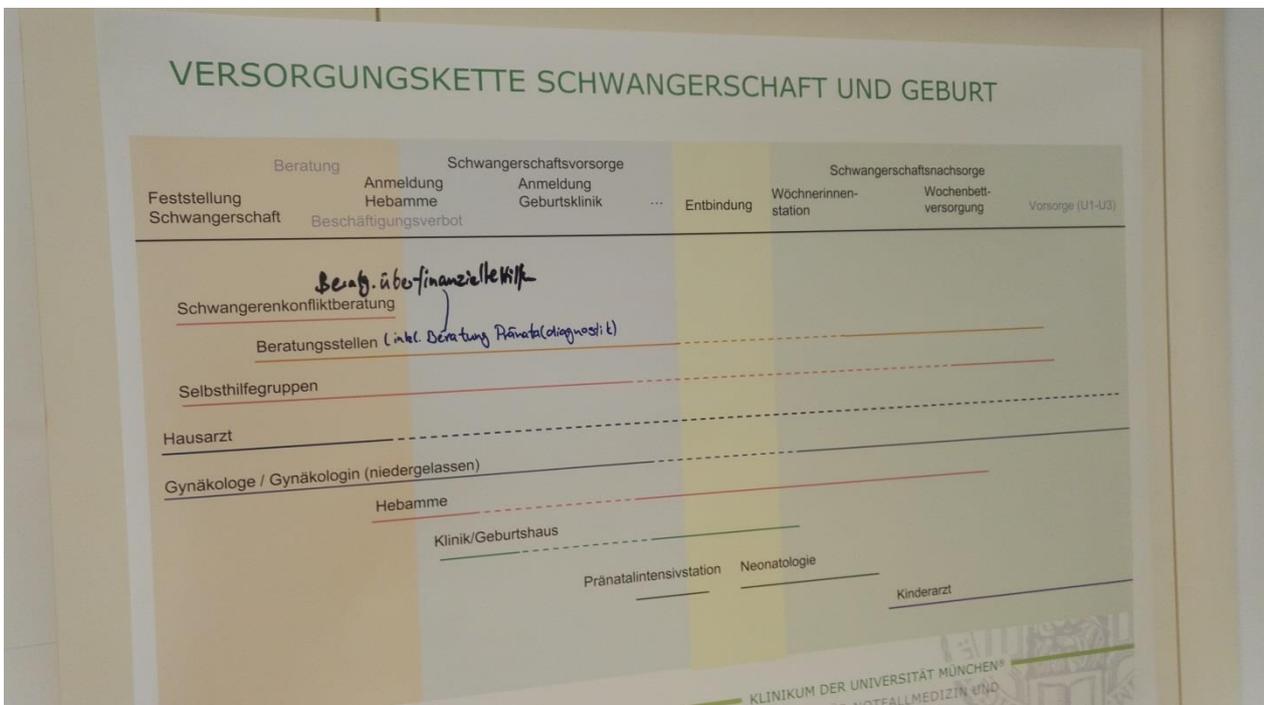
Abwägungen | Zeitpunkt

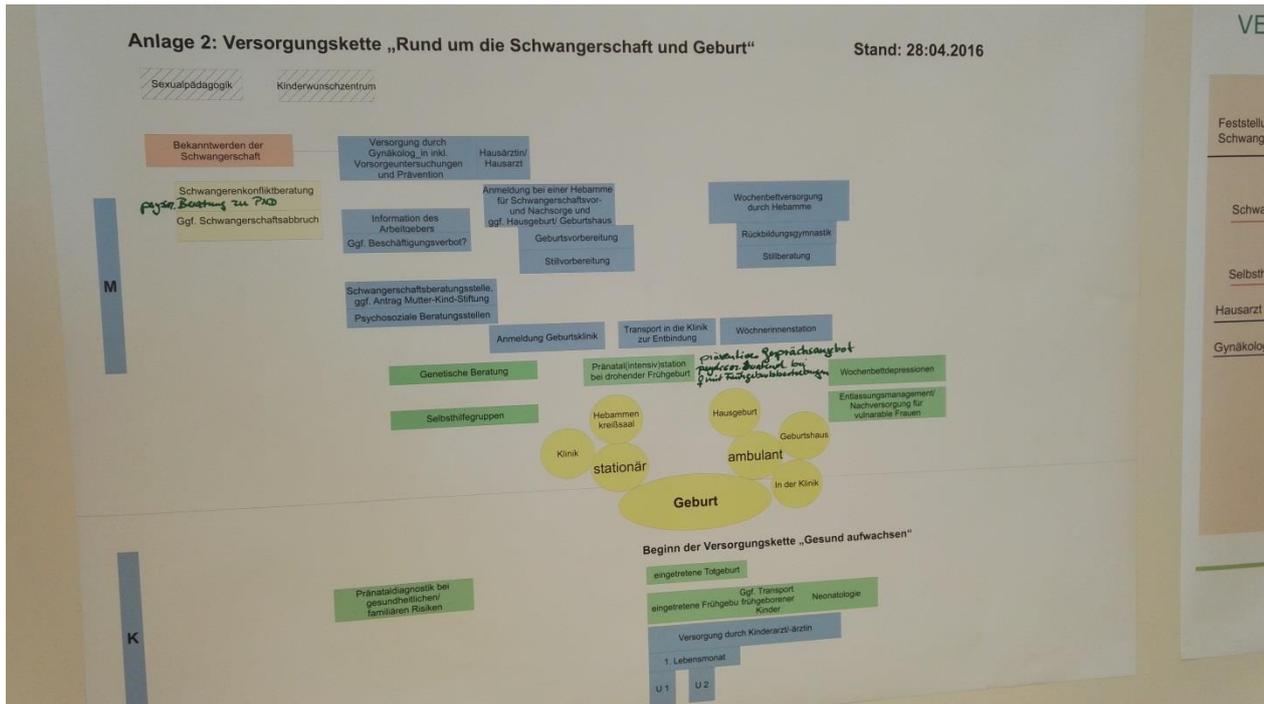
- Daten Beratungsstelle
- Kliniken dokumentieren
- Strukturierte Meldung? Sammlung?

~~Versorgung~~
~~Versorgungskette~~
Versorgung Neo-Intensiv:
Kliniken erheben Daten, um Betreuungsschlüssel nach GBA-Vorgaben zu melden

Kliniken können Daten über Geburten pro Schicht zur Verfügung stellen (stichprobenartig)
Schichtpläne Hebammen?

Befragung von Vätern insbes. bei Kaiserschnitten



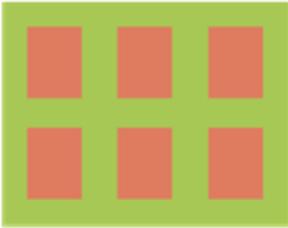


4.1.3 IVENA Abmeldegründe

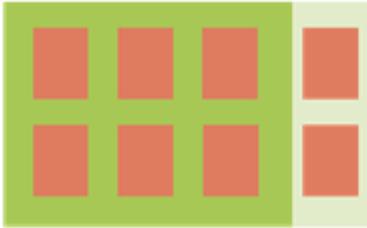
Im interdisziplinären Versorgungsnachweis (IVENA) ist eine Angabe von Gründen die zur Abmeldung führten möglich. Derzeit sind die folgenden sieben Gründe auswählbar: technische Störung, OP-Meldung, keine Angabe, Baumaßnahmen, Überlastung, Überbelegung und Vollbelegung. Während die ersten vier Gründe inhaltlich eindeutig sind, kommt es bei den Begriffen Überlastung, Überbelegung und Vollbelegung zu inhaltlichen Überschneidungen bzw. unterschiedlicher Interpretation auf Seite der Anwender. Daher wurde bei einem Workshop und während mehrerer Gespräche zum Projekt von den Teilnehmern der Wunsch nach einer Überarbeitung der Abmeldegründe geäußert, um sie auch besser für Auswertungen nutzen zu können. Dabei wurde insbesondere auf die Berücksichtigung der Bettenkapazität hingewiesen. Der folgende Vorschlag soll der Begriffsschärfung der bereits bestehenden Abmeldegründe und der Vereinheitlichung der Begriffsverwendung dienen. Dabei gibt es jedoch Limitationen, da nicht alle Belegungssituation mit nur drei Begriffen abgedeckt werden können. Alternativ muss über eine komplette Neugestaltung der Abmeldegründe nachgedacht werden, die allerdings alle Kliniken und Fachabteilungen betreffen würde, die das IVENA-System nutzen.

Nachfolgend werden die unterschiedlichen Belegungssituationen, die auf einer Station auftreten können, grafisch dargestellt. Dabei repräsentieren die großen grünen Rechtecke die Station und die kleinen Rechtecke die Betten, die entweder frei (weiß) oder belegt (rot) sein können. In der oberen Zeile stehen alle Betten laut Plan zur Verfügung, während in der unteren Zeile ein Teil der Betten gesperrt ist (schwarze Schraffierung). Ohne Bettenspernung sind bei Vollbelegung alle Planbetten belegt, bei Überbelegung werden zusätzliche Betten aufgestellt oder Betten von anderen Stationen belegt und bei (personeller) Überlastung wird die Station abgemeldet, obwohl noch Bettenkapazität vorhanden ist. Im Fall von Bettensperren sind Voll-/ bzw. Überbelegung und Überlastung genauso definiert, werden jedoch schon früher erreicht. Daraus ergibt sich, dass bei der derzeitigen Handhabung nicht unterschieden werden kann, ob überhaupt alle Bettenkapazitäten laut Plan zur Verfügung standen.

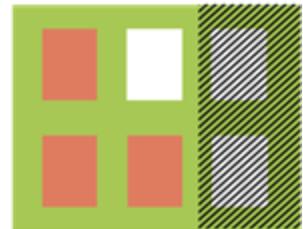
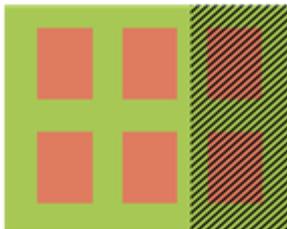
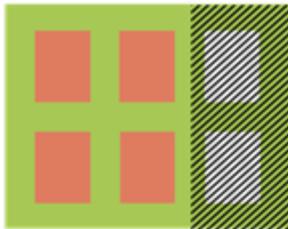
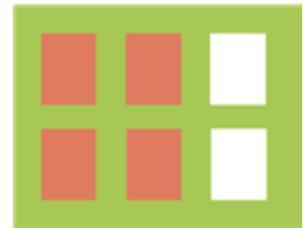
Vollbelegung



Überbelegung

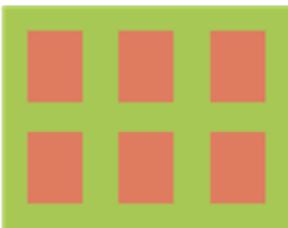


Überlastung

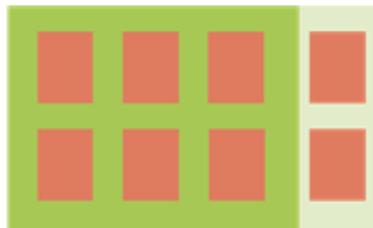


Um die reale Bettenkapazität besser abbilden zu können, ist es wünschenswert, zwischen Abmeldungen mit und ohne Bettensperre unterscheiden zu können. Eine Möglichkeit wäre, den Begriff Überlastung mit einer Bettensperre gleich zu setzen. Man kann argumentieren, dass eine Überlastung des Personals de facto eine Bettensperre bedeutet und bei längerem Andauern meist auch offiziell in eine solche mündet. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht die vorgeschlagene Neuordnung der Begriffe.

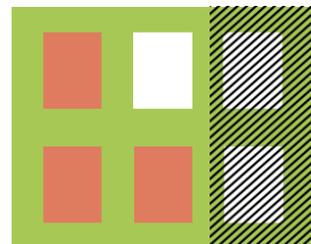
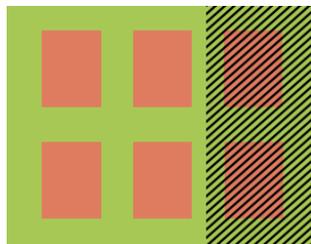
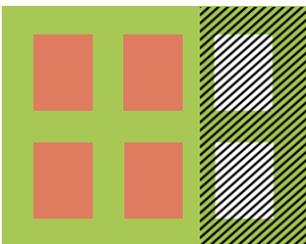
Vollbelegung



Überbelegung



Überlastung



In dieser Systematik ist beim Abmeldegrund Vollbelegung eine Belegung aller laut Plan verfügbaren Betten gemeint; Überbelegung bedeutet eine Belegung der Station mit zusätzlichen Betten oder Belegung von Betten auf einer anderen Station, Überlastung bedeutet Voll-/ oder Überbelegung bei bestehender Bettensperre.

Eine Annäherung an die Gründe für mangelnde Kapazitäten ist durch die Überarbeitung der Abmeldegründe im IVENA-System möglich. Um die Akzeptanz und Nutzung einer Überarbeitung zu erhöhen, sollten Vertreter unterschiedlicher Kliniken einbezogen und eventuelle Auswirkungen auf andere Fachbereiche bedacht werden.

4.2 Sekundärdatenrecherche

Für die Beurteilung der Nutzung von Sekundärdaten für ein langfristiges Monitoring der Versorgungskette rund um Schwangerschaft und Geburt wurde recherchiert, welche Daten bereits erfasst werden. Die Ergebnisse der Recherche werden im folgenden Kapitel dargestellt. Die Recherche zeigt, dass an vielen unterschiedlichen Stellen bereits Daten gehalten werden. Dabei konnte sowohl die Haltung derselben Information an verschiedenen Stellen, als auch für manche Bereiche eine lückenhafte Datenlagen festgestellt werden. Die Ergebnisse der Datenrecherche werden in diesem Kapitel in Form einer kurzen Darstellung der einzelnen Quellen aufbereitet.

Auch wenn Daten zur Versorgungskette rund um Schwangerschaft und Geburt an unterschiedlichen Stellen bereits erfasst werden, eignen sie sich nicht automatisch für ein Monitoring. Die Datenquellen wurden unter folgenden Gesichtspunkten bewertet:

- Relevanz für das kommunale Versorgungsmanagement für die Versorgungskette rund um Schwangerschaft und Geburt
- Kontinuität der Erhebung und Datenqualität
- Aktualität
- Datenzugang

Die inhaltliche Schwerpunktsetzung erfolgte während der Konzeptionsphase des Projekts. Die Auswahl relevanter Datenquellen ist an die Ergebnisse aus dem Workshop und die Abstimmung mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt im Projektverlauf geknüpft. Im Workshop wurden die Themenfelder Kapazitäten, Information sowie die Versorgung spezieller Gruppen als relevant angesehen. Im Fokus der Betrachtung steht die Regelversorgung.

Um Veränderungen regelmäßig überprüfen zu können, müssen die Daten fortlaufend gepflegt und aktualisiert werden. Die regelmäßige Erhebung und die Überprüfung der Datenqualität ist insbesondere dann gegeben, wenn gesetzliche Vorgaben die Datenerfassung erforderlich machen, wie z.B. für die amtliche Statistik oder die Qualitätssicherung. Einzelne Studien und Gutachten können zwar ergänzend hinzugezogen werden, sind aber kein fester Bestandteil des kontinuierlichen, langfristig angelegten Monitorings.

Kurzfristige Reaktionen und Maßnahmen erfordern eine möglichst aktuelle Datenbasis. Insbesondere wenn der Berichtszeitraum lang ist und die Daten durch weitere Stellen aufbereitet werden eignen sich Datenquellen durch die mangelnde Aktualität nicht für das Monitoring. Die Nutzung und Verarbeitung von Daten wird durch gesetzliche Vorgaben geregelt. Aus Gründen des Datenschutzes oder Geheimhaltung stehen erhobene Daten zum Teil gar nicht, zum Teil nicht in der erforderlichen regionalen Auflösung zur Verfügung. Im Einzelfall wurde geprüft, ob die Datenanalysen möglich wird wenn auf die Auskunft gebende Stelle oder Person nicht mehr rückgeschlossen werden kann, oder die Betroffenen ihr Einverständnis zur Datenauswertung erteilt haben. Für wichtige Datenquellen wurde eine Lösung angestrebt die die direkte Verarbeitung der Rohdaten möglich macht.

Für das Monitoring wurden zentrale sekundäre Datenquellen ausgewählt, die außerdem verhältnismäßig einfach zugänglich sind, und über die in regelmäßigen Abständen Daten in konstanter Qualität abgerufen werden können. Im Folgenden werden alle Datenquellen beschrieben, die im Laufe des Projekts recherchiert und bewertet wurden.

4.2.1 Schwangerschaftsabbruchstatistik

Alle in Deutschland durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche werden mit Auskunftspflicht erfasst. Inhaber der Arztpraxen und Leiter der Krankenhäuser, in denen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden sind verpflichtet zum jeweiligen Quartalsende eine Meldung an das Statistische Bundesamt abzugeben. Die Datenquelle enthält unter anderem Informationen zu Alter und Familienstand der Frau und den rechtliche Voraussetzungen des Schwangerschaftsabbruchs (nach Indikationsstellung oder Beratungsregelung). Jahresergebnisse der Erhebung werden durch das statistische Bundesamt in einer Fachserie veröffentlicht. Auf Bundesland-Ebene aggregierte Daten können über das Datenbanksystem GENESIS-Online abgerufen werden. Mikrodaten sind nicht verfügbar.

Da in der Erhebung lediglich nach dem Bundesland des Wohnorts sowie dem Bundesland, in dem der Eingriff durchgeführt wird, gefragt wird, kann die Auswertung lediglich bis auf die Ebene der Bundesländer erfolgen. Die auskunftspflichtigen Stellen sind dem statistischen Amt bekannt. Da es sich dabei um Hilfsmerkmale handelt dürfen diese aber weder statistisch ausgewertet noch veröffentlicht werden. Die Anzahl kann ggf. bei der Regierung von Oberbayern erfragt werden. Staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, die Beratungsscheine ausstellen können, kann über die Website der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung²⁹ ermittelt werden. Die Anzahl der in den Münchner Beratungsstellen ausgestellten Beratungsbescheinigungen könnte gegebenenfalls über eine Abfrage bei den Beratungsstellen ermittelt werden.

Da der Schwerpunkt des Monitorings zunächst auf der Regelversorgung liegt und die Angaben einzeln erfragt werden müssen, werden Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen zunächst nicht erhoben. Die Daten können gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt aufgenommen werden.

4.2.2 Statistik der Geburten

Die Erhebung wird dezentral von den Statistischen Ämtern der Länder durchgeführt. Diese erhalten von den Landesämtern überwiegend in elektronischer Form erstellte Belege (Zählkarten). Das Statistische Bundesamt stellt aus den Länderergebnissen die Bundesergebnisse zusammen. Die Auswertung der Daten erfolgt je nach Merkmal auf monatlicher, vierteljährlicher oder jährlicher Basis. Die Datenquelle enthält unter anderem Informationen zu Geschlecht, Nationalität und Legitimität des Kindes und der Wohngemeinde des Kindes und der Eltern. Ergebnisse werden jährlich durch das statistische Bundesamt in einer Fachserie veröffentlicht. Über das Datenbanksystem GENESIS-Online kann auf einzelne Merkmale auf Stadtkreis-Ebene zugegriffen werden. Mikrodaten sind für unabhängige wissenschaftliche Zwecke über das Forschungsdatenzentrum erhältlich.

Da die Inhalte der Statistik der Geburten auch über das Einwohnermeldeamt der Stadt München zugänglich sind werden Daten aus der Statistik der Geburten werden nicht in das Monitoring eingebunden.

4.2.3 Einwohnermelderegister

²⁹ <http://www.familienplanung.de>

Die Datenquelle enthält unter anderem Informationen zur Anzahl der lebendgeborene Kinder mit Hauptwohnsitz in München, deren Nationalität und Legitimität, Alter der Mütter und der erstgebärenden Mütter und zur Fertilitätsrate (Verhältnis der in einem Jahr lebendgeborenen Kinder zu 1.000 der 15- bis 44-jährigen Frauen), Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter. Das RGU hat Zugriff auf das Zentralen Informationsmanagement- und Analysesystem (ZIMAS). Hier können die Daten strukturiert abgerufen werden. Da die Datenquelle Angaben zu wichtigen Determinante der Nachfrage und somit dem Bedarf an Versorgungleistungen enthält und zudem ein regelmäßiger Zugang möglich ist eignet sich für Monitoring.

4.2.4 Indikatorenatlas des Statistischen Amtes München

Die Indikatoren für den Indikatorenatlas des Statistischen Amtes München werden in der ZIMAS-Datenbank automatisiert berechnet und stehen in Form von Tabellen zum Download zur Verfügung. Daten zur rohen und allgemeinen Geburtenrate (Lebendgeborenen, deren Mutter mit Hauptwohnsitz in München gemeldet ist) sowie zum Alter der Mütter wurden den Tabellen entnommen und in das Reporting eingebunden.

4.2.5 Demografiebericht des Referats für Stadtplanung und Bauordnung

Der Demografiebericht beinhaltet Bevölkerungsprognosen die auch eine Prognose der Geburtenzahlen umfassen. Da die Datenquelle einen wichtigen Indikator der zukünftigen Nachfrage enthält und sie zudem einfach zugänglich ist eignet sie sich für Monitoring.

4.2.6 Standesämter

Es wurde ein Datenerschließungsantrag durch das RGU gestellt.

4.2.7 Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (IVENA)

Über den interdisziplinären Versorgungsnachweis werden dezentrale Schließungen (Abmeldungen) von Fachbereichen elektronisch erfasst. Die Datenquelle enthält Informationen zur Abmeldungen der Fachbereiche Frauenheilkunde und Geburtshilfe von der stationären bzw. der Notfallversorgung. Abmeldungen können differenziert nach der Art der Versorgung erfolgen: Gynäkologie, Geburtshilfe ab 36+0 SSW, Geburtshilfe 32+0 bis 35+6SSW, Geburtshilfe 29+0 bis 31+6 SSW, Geburtshilfe 22+0 bis 28+6 SSW, Neugeborenen-Intensivstation (NIPS).

Die Abmeldungen von der stationären bzw. Notfallversorgung geben wichtige Hinweise zu Kapazitäten der Kliniken. Eine differenzierte Betrachtung der Versorgung für verschiedene Risikoprofile ist über IVENA möglich, da die Versorgung nach Schwangerschaftswoche und Neo-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 integriert werden. Bei der Auswertung müssen Unterschiede die durch unterschiedliche Handhabung oder Fehler bei der An- und Abmeldung in IVENA entstehen können beachtet werden.

4.2.8 Erfassung der selbstständigen/freiberuflichen Hebammen und Entbindungspfleger

Gemäß der Bayerischen Hebammenberufsordnung bzw. des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes sind selbstständig tätige Hebammen und Entbindungspfleger verpflichtet,

Beginn und Beendigung der Berufsausübung sowie Änderungen der Niederlassung der für den Ort der Niederlassung zuständigen unteren Behörde für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz (im Stadtgebiet München: Referat für Gesundheit und Umwelt, Abteilung Hygiene und Umweltmedizin) unverzüglich anzuzeigen. Die Datenquelle enthält Informationen zur Anzahl der angemeldeten Hebammen und Entbindungspfleger.

Eine Abfrage der Zahl der gemeldeten Hebammen in der Stadt München kann bei der Abteilung Hygiene und Umweltmedizin des RGU erfolgen. Das Landesamt für Gesundheit stellt die Meldungen der Gesundheitsämter über den Indikator „Hebammen und Entbindungspfleger in ambulanten Einrichtungen“ im Regionalvergleich auf Landkreisebene zur Verfügung.

Der Arbeitsumfang der gemeldeten Hebammen wird jedoch nicht erfasst. Bei der Anzeige der Tätigkeit werden voll- und teilzeitbeschäftigte Personen ohne Umrechnung auf Vollkräfte gezählt. Eine Reduktion oder Pausieren der Tätigkeit wird nicht erfasst. Eine Abmeldung scheint laut Auskunft der Abteilung Hygiene und Umweltmedizin nicht zuverlässig zu erfolgen. Somit kann keine verlässliche Angabe zur Anzahl freiberuflicher Hebammen, und insbesondere zu den Kapazitäten der freiberuflichen Hebammen getroffen werden. Lediglich grobe Trends können abgeleitet werden. Da die Angaben mit Unsicherheit behaftet sind und die Kapazitäten der freiberuflichen Hebammen und Entbindungspfleger nicht gut abbilden werden sie nicht ins regelmäßige Monitoring aufgenommen.

4.2.9 Perinatalerfassung der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.

Von Hebammen geleitete Einrichtungen, die mit Krankenkassen abrechnen, sowie Hebammen, die gesetzlich Versicherte betreuen, sind vertraglich verpflichtet, Daten der Geburten an die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) zu übermitteln. Die Datenquelle enthält unter anderem Informationen zur Geburt, zu Mutter und Kind, zur Motivation zur außerklinischen Geburt, Hebammenkontakten und der Wochenbettbetreuung. Die QUAG veröffentlicht die aggregierten Ergebnisse in jährlichen Qualitätsberichten. Die Daten werden für die Forschung und Gesundheitsdatenerfassung zur Verfügung gestellt, zu diesem Zweck muss eine Anfrage an die QUAG gestellt werden.

Da nur ein geringer Anteil der Geburten außerklinisch stattfindet werden die Daten zunächst nicht ins Monitoring eingebunden. Die Daten können gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt mit aufgenommen werden.

4.2.10 Krankenhausplan

Der Krankenhausplan für den Freistaat Bayern wird vom Gesundheitsministerium unter Mitwirkung des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses den Krankenhausplan aufgestellt. Die 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. Der Krankenhausplan kann auf der Seite des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) abgerufen werden.

Die Bettenkapazitäten der geburtshilflichen Stationen kann dem Krankenhausplan nicht entnommen werden. Das erforderliche Angebot an neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen gemäß der Krankenhausplanung wird nach Standort ausgewiesen. Während der Datenrecherche wurden seitens der Kliniken Diskrepanzen zwischen dem Krankenhausplan und den tatsächlichen Kapazitäten berichtet. Auch Auskünfte der Kliniken auf der eigenen Homepage widersprechen zum Teil den Angaben im Krankenhausplan.

Bei der Beurteilung des Bedarfes an neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen wird unter Beachtung fachärztlicher Meinungen davon ausgegangen, dass für 1.000 Geburten je nach dem Grad der Intensivversorgung (wachsender Anteil an Hochrisikogeburten wie Mehrlingsgeburten und Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.000 Gramm) mindestens 2,0 bis 2,6 Intensivbehandlungsplätze benötigt werden (Quelle: KH Plan). Da der Bayerische Krankenhausplan eine Übersicht über bedarfsgerechte Kinder-Intensivstationen mit neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen bietet und jährlich aktualisiert ist wird die Anzahl der neonatologischen Intensivbehandlungsplätze aus dem Krankenhausplan in das Monitoring aufgenommen.

4.2.11 Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser

Die Grunddaten der Krankenhäuser werden bundesweit nach KHStatV erhoben. Die Erhebung wird dezentral von den Statistischen Ämtern der Länder durchgeführt. Über eine Schnittstelle werden Daten aus den DV-Systemen der Krankenhäuser entsprechend der Liefervereinbarungen eingelesen und durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder weiterverarbeitet. Im Statistischen Bundesamt werden die Daten zu einem Bundesergebnis zusammengefügt. Die Datenquelle enthält Informationen zu:

- ▶ Anzahl der entbundenen Frauen (insgesamt, darunter: Entbindungen durch Zangengeburt, Vakuumextraktion, Kaiserschnitt)
- ▶ Anzahl der geborene Kinder (insgesamt, davon: lebendgeboren / totgeboren)
- ▶ Anzahl der Ausbildungsplätze für Hebammen/Entbindungspfleger
- ▶ Anzahl der aufgestellte Betten, Berechnungs- und Belegungstage (Mitternachtsstatistik), Patientenzugang, Patientenabgang in den Fachabteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe / Neonatologie (unterschieden nach insgesamt / Intensiv / Beleg/ neonatologische Intensivbehandlung), Jahresdurchschnitt
- ▶ Ärztliches Personal: Anzahl Hauptamtliche Ärzte/Ärztinnen mit Weiterbildung Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Neonatologie, Anzahl Teilzeitbeschäftigung
- ▶ Nichtärztliches Personal: Anzahl Festangestellte Hebammen/Entbindungspfleger, Anzahl Beleghebammen/-entbindungspfleger, Anzahl Personal mit Pflegeberuf, Anzahl Teilzeitbeschäftigung

Ergebnisse werden jährlich durch das statistische Bundesamt in einer Fachserie veröffentlicht. Über das Datenbanksystem GENESIS-Online kann auf einzelne Merkmale auf Regierungsbezirks-Ebene zugegriffen werden. Das Forschungsdatenzentrum des Bundes bietet die Grunddaten der Krankenhäuser in seinem Datenangebot an.

Die Informationen zu Betten- und Personalkapazitäten sind als Jahresdurchschnitt angegeben. Für die einzelnen Personalgruppen erfolgt nur teilweise eine Umrechnung in Vollkräfte. Für Pflegepersonal liegen keine ausreichenden Informationen zur Weiterbildung vor, eine Zuordnung zu Fachabteilungen erfolgt nicht. Die Jahresdurchschnitte können zur groben Einschätzung zur Entwicklung der Kapazitäten dienen. Die Zahl der Geburten unterliegt jedoch täglichen Schwankungen, die zur Beurteilung der Versorgungssituation berücksichtigt werden sollten, um auch kurzfristig Maßnahmen zu entwickeln.

Auf Grund der Verpflichtung gegenüber den Einrichtungen, sensiblen Daten nicht weiterzugeben, kann das statistische Landesamt keine Angaben für einzelne Landkreise nach dem Krankenhausstandort übermitteln. Daten die nicht auf Stadtkreisebene zur Verfügung stehen, werden nicht in das Monitoring eingebunden. Die Anzahl der Geburten kann auch der externen

Qualitätssicherung und den Qualitätsberichten entnommen werden. Angaben zum Personal sind auch in den Qualitätsberichten enthalten.

4.2.12 Qualitätssicherung

Qualitätsbericht (QBR-RL)

Im Rahmen der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V sind die Krankenhäuser zur jährlichen Erstellung eines strukturierten Qualitätsberichts verpflichtet. Der G-BA legt im Auftrag des Gesetzgebers fest, welche Informationen Qualitätsberichte enthalten und wie sie gegliedert und bereitgestellt werden müssen. Die Datenquelle enthält Informationen zum Leistungsangebot der einzelnen Kliniken, zu Fallzahlen und zur personellen Ausstattung der einzelnen Kliniken. Die Qualitätsberichte stehen öffentlich zum Download zur Verfügung. Auf der Homepage des gemeinsamen Bundesausschusses stehen die Berichte für alle Krankenhäuser in standardisierter Form zur Verfügung. Die Datenquelle enthält Informationen zu:

- ▶ Fallzahlen der Fachabteilungen
- ▶ Hauptdiagnosen nach ICD
- ▶ ÄrztInnen und FachärztInnen in Vollkräften, bei Belegkräften Anzahl
- ▶ Pflegepersonal in Vollkräften, bei Belegkräften Anzahl
- ▶ Hebammen in Vollkräften, bei Belegkräften Anzahl
- ▶ Einzelne Ergebnisse aus der Qualitätssicherung (z.B. Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburt, Anteil Kaiserschnittgeburten
- ▶ Mindestmengen

Die Zahl der Geburten unterliegt täglichen Schwankungen. Für eine möglichst genaue Beurteilung der Versorgungssituation müssten tagesgenaue Informationen ausgewertet werden, die aber in der Regel nicht standardisiert erhoben werden. Personalangaben die als Jahresdurchschnitt ausgewiesen werden können dennoch einen groben Anhalt zur Entwicklung der Personalkapazitäten im Verhältnis zu den Fallzahlen geben. Die Informationen aus den Qualitätsberichten sind standardisiert erhoben und somit über Standorte vergleichbar. Sie können automatisiert extrahiert werden. Sie werden deshalb in das Monitoring eingebunden. Es ist aber eine genaue Prüfung der Kennzahlen notwendig, da die Berichte Eingabefehler enthalten können und sich die Berichtsinhalte über die Jahre ändern. So ändert sich z.B. die Personalerfassung. Diese erfolgt seit dem Jahr 2015 als Jahresdurchschnitt. Berufsgruppen, wie Belegärzte und Beleghebammen, für die kein Zeitäquivalent in Vollkräften errechnet wird, werden als Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres gezählt. In Berichtsjahren vor 2015 gibt das Krankenhaus die gesamte personelle Ausstattung des Krankenhauses zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahrs an. Beleghebammen und -entbindungspfleger (Köpfe, Stichtag 31.12.) können erst ab dem Jahr 2015 gesondert ausgewiesen werden. Sofern Personal fachabteilungs- und oder stationsübergreifend eingesetzt wird, ist eine Zuordnung zu Fachabteilungen nicht mehr möglich. Die angegebenen Zahlen sind insbesondere bei der Erfassung nach Stichtag unpräzise und lassen nicht immer Rückschlüsse auf die Personalsituation im Gesamtjahr zu.

Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL): Datensätze Geburtshilfe und Neonatologie

Jahresspezifische Vorgaben zur Dokumentation werden durch die Institution nach § 137a SGB V entwickelt, und als einheitliche Spezifikation veröffentlicht und zugänglich gemacht. Für die

Leistungsbereiche Geburtshilfe und Neonatologie übermitteln die Leistungserbringer die Daten an die zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (in Bayern: BAQ). Die Datenquelle enthält unter anderem Informationen zum Wohnort der Mutter, Vorsorgeuntersuchungen, Geburtsrisiken, Anwesenheit von Hebamme, Fachärzten, Pädiatern und zum Entlassungsgrund.

Zum einen besteht die Möglichkeit, eine Genehmigung zur Sonderauswertung von Daten zu bekommen. Diese Vorgehensweise eignet sich insbesondere für spezielle Fragestellungen, und weniger für die regelmäßige Betrachtung im Monitoring. Für die Datenerschließung wurde deshalb ein anderes Vorgehen verfolgt. Nach Einholen des Einverständnisses zur Datenübermittlung der einzelnen Kliniken und nach Zustimmung der Fachkommission der BAQ besteht die Möglichkeit der Abfrage von Rohdaten. Das Vorhaben wurde der Fachkommission der BAQ am 14.5.2018 präsentiert, die einer Übermittlung zustimmte. Die Daten wurden direkt an das RGU übermittelt, das diese zukünftig in das Monitoring einbinden kann.

Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) und Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)

Die Datenquelle enthält unter anderem Informationen zur Qualifikation des ärztlichen und Pflegepersonals und dem Personalschlüssel. Derzeit wird ein Verfahren zur jährlichen standortbezogenen Abfrage der Erfüllung der Anforderungen der Struktur-/Prozessqualität der jeweiligen Versorgungsstufe durch den G-BA konkretisiert. Die Ergebnisse der schichtbezogenen Dokumentation zur Versorgung von intensivbetreuungs- bzw. intensivtherapiepflichtigen Neugeborenen wird über das Portal perinatalzentren.org öffentlich auf Standortebene zur Verfügung gestellt. Wenn die Informationen verfügbar sind können sie in das Monitoring aufgenommen werden.

4.2.13 Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

Die Bedarfsplanung bildet anhand der Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie den Stand der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ab und zeigt auf, wo sich Ärzte und Psychotherapeuten niederlassen können und wo planerisch schon ausreichend Ärzte und Psychotherapeuten tätig sind (Quelle: KVB, Information zum Versorgungsatlas). Das ambulante kassenärztliche Versorgungsangebot im Stadtkreis München kann dem Versorgungsatlas der KVB entnommen werden. Für die Versorgungskette werden Daten zu den Facharztgruppen „Frauenärzte“ und „Kinderärzte“ betrachtet. Eine Auflösung der Standorte im Stadtkreis nicht verfügbar. Im Versorgungsatlas werden Ärzte nach Zählung nach Anrechnung in der Bedarfsplanung und Personenzählung dargestellt. Die Bedarfsplanung wird regelmäßig angepasst. In den letzten Jahren änderte sich z.B. die Berücksichtigung des Beschäftigungsumfangs der Ermächtigten in der Bedarfsplanung. Da Anpassungen in der Bedarfsplanung zu inhaltlichen Brüchen in den Daten führen können und eine Vergleichbarkeit auf Grund der inhaltlichen Brüche nicht gegeben ist, sieht die KVB von der Auswertung der Zeiträume vor 2016 ab. Auf Anfrage wurde eine Tabelle mit den Daten für 2016 und 2017 übermittelt. Eine Datenlieferung auf Postleitzahlenebene oder Stadtteilebene war aus Datenschutzgründen nicht möglich. Auch archivierte Jahre konnten nicht übermittelt werden.

4.2.14 Weitere Datenquellen

Im Zuge der Recherche wurden weitere potenzielle Datenquellen identifiziert zu denen kein öffentlicher Zugang besteht oder deren regelmäßige Erhebung oder Aufbereitung hohen Aufwand verursacht. Diese Daten könnten für spezifische Fragestellungen im Einzelfall in Frage kommen, insbesondere für Fragestellungen die mit anderen Datenquellen nicht zu beantworten sind. Sie

werden zunächst nicht in die Berichterstattung zur Versorgungskette mit einbezogen. Es handelt sich um:

- Geburtenbüchern der Krankenhäuser
- Stichproben Klinikdaten
- Befragung Klinikdirektionen
- Routinedaten Krankenkassen
- Abrechnungsdaten
- Arztsuchmaschinen
- Daten zum Fachkräfteangebot, wie Absolventen (Statistik der Schulen des Gesundheitswesens), Arbeitslose nach Berufen (Arbeitsagentur)
- Daten zur Fachkräftenachfrage wie ausgeschriebene Stellen, Anteil der er ausgeschriebenen Stellen die nicht besetzt werden konnten, geleistete Überstunden, Krankheitsausfall
- Laufende Erhebungen zum Begutachtungszeitpunkt: „Safe motherhood“ von Mother Hood e.v. (Beteiligung Maistr. und Helios bekannt); Studie des StMGP zur Hebammenversorgung in Bayern; Perinatalbefragungen zur pflegerischen Strukturqualität der (DKG) (Jahre 2014 und 2016)

4.3 Primärdatenerhebung

Neben der Auswertung der Sekundärdaten wurde für das Projekt eine standardisierte Befragung der Mütter in den ersten Tagen nach der Entbindung durchgeführt. Diese hatte zum Ziel, wichtige Informationen, die im Rahmen der Sekundärdatenanalyse nicht verfügbar waren, von den unmittelbar beteiligten Personen zu erhalten.

Für eine möglichst repräsentative Stichprobe wurden verschiedene Faktoren wie der Zeitpunkt der Befragung, das Setting und weitere Begleitumstände berücksichtigt. Durch die Verteilung der Fragebögen an alle Frauen, die im Erhebungszeitraum in einer Entbindungseinrichtung entbunden haben, sollte jeder Frau eine Teilnahme ermöglicht werden, da der Anteil von außerklinischen Geburten in München sehr gering ist. Insbesondere sollten auf diese Weise auch Informationen von Frauen in schwieriger sozialer Lage erhoben werden. Durch die Übersetzung des Fragebogens in mehrere Sprachen sollte eine weitere spezielle Zielgruppe, die der Migrantinnen, erreicht werden. Außerdem wurde versucht, das Ausfüllen des Fragebogens durch überwiegend geschlossene Fragen möglichst einfach zu gestalten.

Der Prozess der Fragebogenentwicklung sowie die Durchführung der Befragung werden in diesem Kapitel dargestellt. Der Originalfragebogen auf Deutsch ist ebenfalls aufgeführt.

Nach Einholen des Einverständnisses von 10 der 11 Münchner Entbindungskliniken sowie des Geburtshauses in der Fäustlestraße wurden die Fragebögen an die Einrichtungen ausgeliefert mit der Bitte, diese möglichst an alle entbundenen Frauen auszuteilen. Die ausgefüllten Bögen sollten anschließend von den Frauen anonym in bereitgestellte Abwurfboxen eingeworfen werden, welche am Ende des Befragungszeitraums wieder eingesammelt wurden. Nach ca. der Hälfte des Befragungszeitraums wurden die teilnehmenden Einrichtungen besucht, der Zwischenstand des Rücklaufs erhoben und bei Bedarf neue Fragebögen ausgehändigt.

4.3.1 Strukturierte Interviews

Um sicherzustellen, dass der Fragebogen alle aus Sicht der Schwangeren relevanten Themen berücksichtigt, wurden teilstrukturierte Interviews mit Münchner Müttern durchgeführt. Zuvor

wurden bereits bekannte Probleme in der Schwangerenversorgung im Allgemeinen und zur besonderen Situation in München in einer Literaturrecherche gesammelt. Anschließend wurde ein Leitfaden für das Interview entwickelt und nach einem Pretest etwas modifiziert. Interviewpartnerinnen sollten Frauen sein, die in den letzten 12 Monaten zum ersten Mal in München ein Kind zur Welt gebracht hatten. Zur Rekrutierung der Mütter wurde ein Informationsflyer entworfen und über verschiedene Quellen verbreitet, verbunden mit der Bitte der Kontaktaufnahme mit dem INM. Auf diesem Weg konnten vier Interviews mit Müttern durchgeführt werden. Dabei zeigte sich, dass die meisten Themenfelder, die den Frauen wichtig erschienen, bereits im Vorfeld identifiziert worden waren. Die Rekrutierung von Migrantinnen oder Frauen in sozial schwierigen Situationen gestaltete sich trotz Einbeziehung von Beratungsstellen schwierig. Stattdessen wurde ein Interview mit der Leiterin einer Beratungsstelle stellvertretend geführt.

4.3.2 Fragebogen

Im Rahmen der Auftragsklärung wurde im Vorfeld mit den Projektpartnern vom Referat für Gesundheit und Umwelt festgelegt, welche konkrete Fragen Teil des Fragebogens sein sollten, um ein umfassendes Bild über die Versorgungskette zu erhalten. Diese wurden ergänzt durch Fragen, die sich aus den strukturierten Interviews ergaben sowie durch Fragen zur Person.

Insgesamt umfasste der Fragebogen 56 Fragen, von denen nur die letzten beiden Fragen offene Fragen waren, die die Möglichkeit für Ergänzungen bieten sollten. Die restlichen Fragen waren geschlossene Fragen, bei denen es nur die Möglichkeit eines Kommentars bei Auswahl des Feldes „Sonstiges“ gab. Teilweise war eine Mehrfachauswahl von Antworten möglich. Die Fragen gliederten sich in die Kapitel „Allgemeine Fragen“, „Fragen zu Leistungen während der Schwangerschaft“, „Fragen zum Ort der Entbindung“, „Fragen zur Nachsorge“, „Fragen zur Kinderärztin/ zum Kinderarzt“, „Fragen zur Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung während der gesamten Schwangerschaft“ und „Fragen zu Ihrer Person“. Der Fragebogen wurde in acht Sprachen übersetzt (englisch, französisch, spanisch, rumänisch, russisch, türkisch, arabisch, farsi). Außerdem wurde eine Online-Version mit LimeSurvey erstellt. Hier konnte der Fragebogen in Deutsch oder Englisch ausgefüllt werden.



Landeshauptstadt
München
**Referat für Gesundheit
und Umwelt**

Mütterbefragung der Landeshauptstadt München

Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement im Auftrag des
Referats für Gesundheit und Umwelt

Kontakt:

Viola Koncz
Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement – INM
Klinikum der Universität München
Schillerstraße 53
80336 München
Telefon: 089/4400-57101

schwangerenversorgung@inm-online.de
www.inm-online.de



Landeshauptstadt
München
**Referat für Gesundheit
und Umwelt**

Fragebogen zu Ihrer Schwangerschaft und Geburt

Zunächst einmal herzlichen Glückwunsch zur Geburt Ihres Kindes!

Um herauszufinden, wie die Situation für Schwangere in München ist, führt das Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München (RGU) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement am Klinikum der Universität München (INM) regelmäßig eine **Befragung von Müttern kurz nach der Entbindung** durch. Ziel dieser Studie ist **eine Verbesserung der Versorgungssituation rund um die Schwangerschaft und Geburt**.

Wir möchten Sie bitten, uns einige Fragen zu Ihrer Schwangerschaft zu beantworten. Das Ausfüllen dauert ca. 10-15 Minuten. Die Befragung ist freiwillig. Mit den getroffenen Einstellungen wird eine anonyme Umfrage konfiguriert. Es werden von Ihnen keine personenbezogenen Daten abgefragt. Bitte geben Sie auch keine persönlichen oder personenbeziehbaren Daten an. Sollten personenbezogene Angaben enthalten sein, werden diese umgehend nach Kenntnisnahme unkenntlich gemacht. Damit gibt es in der Datenbank keinerlei Eintrag von wem, wann und wo die Umfrage ausgefüllt wurde. Die Angabe Ihrer persönlichen Daten erfolgt freiwillig. Eine Weitergabe oder Übermittlung an Dritte erfolgt nicht. Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, entsteht für Sie kein Nachteil. Sie würden uns und anderen Müttern aber mit Ihren Antworten sehr weiterhelfen. Alle Fragen beziehen sich auf die jetzige Entbindung.

Ich erkläre mich damit einverstanden.

Wenn Sie diesen Bogen gerne in einer anderen Sprache hätten, sagen Sie bitte einer Pflegekraft Bescheid.

Wenn Sie den Bogen ausgefüllt haben, können Sie ihn anonym in die im Gang aufgestellte Box werfen oder Sie schicken ihn per Post an:

Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement
Viola Koncz
Schillerstr. 53
80336 München

Alternativ können Sie den Bogen auch online ausfüllen. Gehen Sie dazu bitte auf folgende Internetseite: <http://umfrage.inm-online.de/muetterbefragung> oder scannen Sie den QR-Code. Sie können den Fragebogen dort auch auf Englisch ausfüllen.



Wir möchten Sie bitten, uns den Fragebogen möglichst schnell, spätestens 3 Wochen nach der Entbindung zukommen zu lassen. Falls Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, oder die Frage für Sie nicht zutrifft, lassen Sie diese bitte einfach frei.

Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich gern an viola.koncz@med.uni-muenchen.de oder rufen Sie an unter der 089/4400-57101.

Vielen Dank im Voraus!

Viola Koncz
im Auftrag des Referats für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München und des Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement des Klinikums der Universität München

Allgemeine Fragen

1. Die wievielte Entbindung (Geburt) war diese für Sie?
 1. 2. 3. 4. 5. 6. oder mehr

2. Wann war die Entbindung (Geburt)?
 _____ Monat _____ Jahr

3. Wie lange ist die Geburt her?
 Geburt war heute
 1 Tag 2-3 Tage
 4-7 Tage mehr als eine Woche

4. Wie viele Kinder haben Sie bei dieser Geburt bekommen?
 1 Kind Zwillinge Drillinge oder mehr

5. In welcher Schwangerschaftswoche haben Sie Ihr Kind bekommen?
 In der _____ Woche

6. Wie haben Sie Ihr Kind bekommen?
 natürliche Geburt (Spontangeburt)
 geplanter Kaiserschnitt
 unvorhergesehener Kaiserschnitt
 Geburt mit Saugglocke
 Geburt mit Geburtszange/Geburtslöffel

7. Waren bei Ihnen oder Ihrem Kind während der Schwangerschaft Komplikationen bekannt? (z.B. Gefahr einer Frühgeburt, Schwangerschaftsvergiftung, Plazentastörungen)
 Ja Nein

8. Wer aus Ihrem sozialen Umfeld hat Sie während der Schwangerschaft unterstützt? (Mehrfachantworten möglich)
 mein Partner/ meine Partnerin meine Mutter
 Familie Freunde
 andere Schwangere Sozialarbeiter/in
 niemand
 sonstige Personen: _____

9. Welche Personen aus dem medizinischen Bereich haben Sie während der Schwangerschaft unterstützt? (Mehrfachantworten möglich)
 Hebamme Frauenärztin/-arzt
 Kinderärztin/-arzt Beratungsstelle
 niemand
 sonstige Personen: _____

10. Wie wichtig waren für Sie folgende Informationsquellen während der Schwangerschaft?

	sehr wichtig	wichtig	kaum wichtig	gar nicht wichtig	nicht genutzt
Internet:	<input type="checkbox"/>				
Fernsehen:	<input type="checkbox"/>				
Bücher/ Zeitschriften/ Zeitung:	<input type="checkbox"/>				
Frauenärztin/-arzt:	<input type="checkbox"/>				
Hebamme:	<input type="checkbox"/>				
Freunde/ Bekannte/ Familie:	<input type="checkbox"/>				
andere Schwangere (z.B. aus Kursen, über Internetforen):	<input type="checkbox"/>				
Beratungsstelle:	<input type="checkbox"/>				
eigene Erfahrung aus vorheriger Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>				
Entbindungseinrichtung (z.B. Krankenhaus, Geburtshaus):	<input type="checkbox"/>				
Andere (ggf. ergänzen):	<input type="checkbox"/>				

11. Fühlten Sie sich zum Thema Schwangerschaft und Geburt gut informiert? (Mehrfachantworten möglich)
 Ja
 Nein, ich fühlte mich nicht gut informiert, weil...
 ich nicht wusste wo ich suchen sollte.
 es zu viele unterschiedliche Informationen gab.
 ich den Inhalt der Informationen nicht verstanden habe.
 ich die Informationen aufgrund von Sprachproblemen nicht verstanden habe.
 die angebotenen Informationen nicht ausreichend waren.
 aus sonstigen Gründen: _____

12. Wählen Sie zu jeder Aussage jeweils eine Antwort, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen vor der Geburt gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen vor der Geburt ...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksberg General Hospital, DK-3400 Hillerød

Fragen zu Leistungen während der Schwangerschaft

13. In welchem Schwangerschaftsmonat (ungefähr) haben Sie erstmals Kontakt zu einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt aufgenommen?

- im _____ Monat.
- Ich mache das erst nach der Entbindung.

14. Bei der Wahl einer Frauenärztin oder eines Frauenarztes ist für mich besonders wichtig... (Mehrfachantworten möglich)

- räumliche Nähe
- persönliche Empfehlung
- ansprechende Homepage
- zusätzliches Leistungsangebot
- gute Bewertungen im Internet
- Bekanntheit durch frühere Betreuung
- sonstiges: _____

15. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen zu?



Ich hatte Schwierigkeiten, eine Frauenärztin/ einen Frauenarzt zu finden.

- | | | | |

Ich hatte Probleme, Termine bei meiner Frauenärztin/ meinem Frauenarzt zu bekommen.

- | | | | |

16. Haben Sie in der Schwangerschaft bei der Frauenärztin oder dem Frauenarzt Leistungen in Anspruch genommen, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden?

- Nein
- Ja, und zwar... (Mehrfachantworten möglich)
 - mehr als 3 Ultraschalluntersuchungen
 - 3-D Ultraschall (dreidimensional)
 - Nackenfaltentest / Nackentransparenz-messung (spezielle Ultraschall-Untersuchung zur Risikoeinschätzung für angeborene Krankheiten)
 - Test auf Infektionen (z.B. Toxoplasmose, Ringelröteln, Zytomegalie, Windpocken)
 - DNA-Bluttest (Test auf Erbgut-veränderungen beim Kind)
 - Akupunktur
 - sonstige: _____

17. Haben Sie an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen?

- Ja
- Nein, weil...
 - ich bei der letzten Schwangerschaft bereits einen Geburtsvorbereitungskurs gemacht habe.
 - ich keinen Kurs machen wollte.
 - ich keinen Platz bekommen habe.
 - ich kein Geld für den Geburts-vorbereitungskurs ausgeben wollte.
 - ich nicht wusste, wer solche Kurse anbietet.
 - aus sonstigen Gründen: _____

18. Welche Leistungen von Hebammen (außer Geburtsvorbereitungskurs) haben Sie in der Schwangerschaft in Anspruch genommen? (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> persönliche Beratung | <input type="checkbox"/> telefonische Beratung |
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> alternative Verfahren (z.B. Akupunktur) |
| <input type="checkbox"/> weitere Kurse (z.B. Kinderpflege, Still-Kurs) | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
- Ich habe keine Leistungen in Anspruch genommen, weil...
- ich das Angebot nicht kannte.
 - ich kein Interesse/ keinen Bedarf hatte
 - ich keine Zeit hatte.
 - die Betreuung durch den Arzt/ die Ärztin ausreichend war.
 - ich keinen Platz mehr bekommen habe.
 - ich es mir finanziell nicht leisten konnte.
 - ich keine Kontaktadressen gefunden habe.
 - aus sonstigen Gründen: _____

Fragen zum Ort der Entbindung

19. Wie haben Sie sich über mögliche Entbindungskliniken oder alternative Entbindungsmöglichkeiten informiert? (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bewertungsportale im Internet | <input type="checkbox"/> Webseiten der einzelnen Einrichtungen |
| <input type="checkbox"/> Frauenärztin/ Frauenarzt | <input type="checkbox"/> Hebamme |
| <input type="checkbox"/> Freunde/ Bekannte/ Familie | <input type="checkbox"/> andere Schwangere |
| <input type="checkbox"/> Zeitschriften/ Zeitung | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Informationsbroschüren | <input type="checkbox"/> wusste ich von der letzten Schwangerschaft |
- andere: _____

20. Warum haben Sie sich für diese Klinik/ dieses Geburtshaus entschieden? (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> räumliche Nähe | <input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung |
| <input type="checkbox"/> ansprechende Homepage | <input type="checkbox"/> medizinische Ausstattung |
| <input type="checkbox"/> Klinik/Geburtshaus hat in der Stadt einen guten Ruf | <input type="checkbox"/> gutes Gefühl bei Besichtigung oder Informationsveranstaltung |
| <input type="checkbox"/> intensive Betreuung während der Geburt | <input type="checkbox"/> Ich kenne die Mitarbeiter in der Klinik/ dem Geburtshaus. |
| <input type="checkbox"/> Meine Frauenärztin / mein Frauenarzt arbeitet in dieser Klinik. | <input type="checkbox"/> Meine Hebamme arbeitet in dieser Klinik/ diesem Geburtshaus. |
| <input type="checkbox"/> Anmeldung in der eigentlich gewünschten Entbindungseinrichtung war nicht möglich | <input type="checkbox"/> ungeplant hierher geschickt oder verlegt worden |
| <input type="checkbox"/> keine Hebamme für meine gewünschte Hausgeburt gefunden | |
- andere: _____

21. Waren Sie in der Klinik / dem Geburtshaus angemeldet, in der / dem Sie entbunden haben?

- Ja
 - Nein, weil...
 - ich wegen einer Komplikation verlegt wurde.
 - die Klinik, in der ich eigentlich angemeldet war, keinen Platz zur Geburt für mich hatte.
 - die Entbindung als Hausgeburt oder im Geburtshaus geplant war, dort aber nicht beendet werden konnte.
 - ich mich erst kurz vor der Geburt für diese Klinik entschieden habe.
 - ich nicht wusste, dass man sich anmelden muss.
 - aus sonstigen Gründen:
- _____

22. Wie viele Entbindungseinrichtungen (z.B. Krankenhaus, Geburtshaus) haben Sie kontaktiert bis Sie eine Zusage hatten?

- keine (Bitte weiter bei Frage 26.)
 1 2 3 4 oder mehr

23. In welchem Schwangerschaftsmonat haben Sie erstmals Kontakt zu einer Entbindungseinrichtung aufgenommen?

- im _____ Schwangerschaftsmonat

24. In wie vielen Kliniken/Geburtshäusern waren Sie gleichzeitig angemeldet?

- in keiner (Bitte weiter bei Frage 26.)
 1 (Bitte weiter bei Frage 26.)
 2 3 4 oder mehr

25. Haben Sie sich bei den NICHT benötigten Kliniken/Geburtshäusern wieder abgemeldet?

- Ja Nein

26. Wie sehr trifft die folgende Aussage zu?

Ich hatte ausreichende Informationen über die Einrichtung, in der die Entbindung geplant war.



- | trifft voll und ganz zu | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu | trifft gar nicht zu |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |

Fragen zur Nachsorge (nach der Entbindung)

27. Wie sehr trifft die folgende Aussage zu?

Ich habe das Gefühl, dass ich in den ersten Wochen zu Hause mit dem Baby genug Unterstützung bekommen werde.



- | trifft voll und ganz zu | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu | trifft gar nicht zu |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |

28. Wer aus Ihrem sozialen Umfeld wird Sie in den ersten Wochen mit dem Baby unterstützen? (Mehrfachantworten möglich)

- mein Partner/ meine Partnerin meine Mutter
 Familie Freunde
 andere Schwangere Sozialarbeiter/in
 niemand
 sonstige Personen: _____

29. Welche Personen aus dem medizinischen Bereich werden Sie in den ersten Wochen mit dem Baby unterstützen? (Mehrfachantworten möglich)

- Hebamme Frauenärztin/-arzt
 Kinderärztin/-arzt Beratungsstelle
 niemand Stillberaterin
 sonstige Personen: _____

30. Kennen Sie folgende Angebote für die Nachsorge?

- | Ja | Nein |
|---|--------------------------|
| Offene Hebammensprechstunde:
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hausbesuch durch eine Kinderkrankenschwester:
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. Können Sie sich vorstellen folgende Angebote in Anspruch zu nehmen?

Ja, habe ich schon getan/geplant	Ja, kann ich mir vorstellen	Nein, kann ich mir nicht vorstellen
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

Offene Hebammensprechstunde:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hausbesuch durch eine Kinderkrankenschwester:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

32. Bei der Wahl einer Hebamme für die Nachsorge ist für mich besonders wichtig... (Mehrfachantworten möglich)

- räumliche Nähe
- persönliche Empfehlung
- ansprechende Homepage
- zusätzliches Leistungsangebot
- gute Bewertungen im Internet
- Bekanntheit von der letzten Schwangerschaft
- sonstiges: _____
- Ich möchte keine Hebamme für die Nachsorge.

33. In welchem Schwangerschaftsmonat (ungefähr) haben Sie erstmals Kontakt zu einer Hebamme für die Nachsorge aufgenommen?

- im _____ Schwangerschaftsmonat
- Ich mache das erst nach der Entbindung.
- Ich möchte keine Hebamme.
- Ich wusste nichts von diesem Angebot.

Falls Sie noch keine Hebamme für die Nachsorge kontaktiert haben, überspringen Sie bitte die nächsten Fragen und gehen direkt weiter zur Frage 36.

34. Wie viele Hebammen für die Nachsorge haben Sie kontaktiert (bis Sie eine Zusage hatten)?

- _____ Hebammen
- Ich habe keine Hebamme gefunden trotz _____ Versuchen.

35. Wie haben Sie die Kontaktdaten der Hebammen gefunden?

- persönliche Kontakte
- durch die letzte Schwangerschaft
- Empfehlung durch Frauenärztin/-arzt
- Internetseite „Hebammensuche Bayern“
- Hebammenhotline München
- sonstiges: _____

36. Hat die Hebamme, die Sie in der Nachsorge betreuen wird, Sie auch in der Schwangerschaft beraten?

- Ja
- Nein
- Teilweise
- Ich hatte während der Schwangerschaft keine Hebammenbetreuung
- Ich weiß noch nicht, welche Hebamme mich in der Nachsorge betreuen wird.

37. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen zu?



Ich hatte Schwierigkeiten, eine Hebamme für die Nachsorge zu finden.

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich fühle mich für den Zeitraum nach der Geburt ausreichend über mögliche Hebammenleistungen informiert.

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Fragen zur Kinderärztin/zum Kinderarzt

38. Was ist Ihnen bei der Auswahl einer Kinderärztin/eines Kinderarztes besonders wichtig?
(Mehrfachantworten möglich)
- räumliche Nähe
 - persönliche Empfehlung
 - ansprechende Homepage
 - zusätzliches Leistungsangebot
 - gute Bewertungen im Internet
 - Bekanntheit durch frühere Betreuung
 - sonstiges:
- _____

39. In welchem Schwangerschaftsmonat haben Sie angefangen, einen Kinderarzt zu suchen?
- im _____ Schwangerschaftsmonat
 - Ich habe schon einen Kinderarzt durch mein anderes Kind / meine anderen Kinder.
 - Ich habe erst nach der Entbindung einen Kinderarzt gesucht.
 - Ich habe noch keinen Kinderarzt gesucht.

Falls Sie noch keine Kinderärztin/keinen Kinderarzt gesucht haben, überspringen Sie bitte die nächste Frage und gehen direkt weiter zur Frage 41.

40. Wie viele Kinderärzte haben Sie kontaktiert (bis Sie eine Zusage hatten)?
- _____ Kinderärzte
 - Ich habe noch keinen Kinderarzt gefunden trotz _____ Versuch/en.

Fragen zu Ihrer Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung während der gesamten Schwangerschaft

41. Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit der medizinischen Versorgung während der Schwangerschaft waren (Beratungsgespräche, Verfügbarkeit von Hebammen, Fachärztinnen und Fachärzten, Zugang zu Informationen, etc.) Gemeint ist der Zeitraum der Schwangerschaft, nicht die Geburt.



höchst zufrieden | | | | | gar nicht zufrieden

Wie zufrieden waren Sie mit der medizinischen Versorgung während der gesamten Schwangerschaft?

| | | | |



viel besser als erwartet | | | | | viel schlechter als erwartet

Zu welchem Grad hat die medizinische Versorgung während der gesamten Schwangerschaft Ihrer Erwartung entsprochen?

| | | | |

Zu welchem Grad hat die medizinische Versorgung während der gesamten Schwangerschaft Ihren Bedürfnissen entsprochen?

| | | | |

Fragen zu Ihrer Person

42. Wie alt sind Sie?

- unter 18 18-25
- 26-30 31-35
- 36-40 älter als 40

43. Wie wohnen Sie (mit dem Baby)?

- gemeinsam mit meinem Partner/ meiner Partnerin alleine
- bei der Familie (Eltern) in einer Wohngemeinschaft
- in einer gemeinsamen Unterkunft mit anderen Personen (z.B. Wohnheim) kein fester Wohnsitz
- sonstiges: _____

44. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? (Bitte eintragen)

- _____ Erwachsene
- _____ Kinder über 14 Jahren
- _____ Kinder unter 14 Jahren (mit dem jetzigen Baby)

45. Wie lautet Ihre Postleitzahl?

46. In welchem Land sind Sie geboren?

- Deutschland
- anderes Land: _____

47. Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie? (Mehrfachantworten möglich)

- deutsch
- andere: _____

48. Was ist Ihre Muttersprache? (Mehrfachantworten möglich)

- deutsch englisch französisch
- spanisch russisch polnisch
- griechisch rumänisch türkisch
- arabisch chinesisch dari oder farsi
- serbokroatische Sprache kurdische Sprache
- andere: _____

49. Wie schätzen Sie Ihre Sprachkenntnisse ein?

sehr gering/ gar nicht 0	gering 1	mittel- mäßig 2	gut 3	sehr gut/ Muttersprache 4
deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Falls Sie keine oder geringe deutsche Sprachkenntnisse haben, hatten Sie zu wichtigen Terminen und zur Geburt eine(n) Dolmetscher/ -in dabei?

- Nein
- Übersetzung war nicht nötig, weil ich mich mit dem Personal in einer anderen Sprache verständigen konnte.
- Meine Deutschkenntnisse waren ausreichend.
- Ja, teilweise
 - eine Person aus der Familie oder dem Freundeskreis
 - eine(n) professionelle(n) Dolmetscher/ -in
 - wechselnde Personen
- Ja, immer
 - eine Person aus der Familie oder dem Freundeskreis
 - eine(n) professionelle(n) Dolmetscher/ -in
 - wechselnde Personen

51. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> noch Schülerin | <input type="checkbox"/> Schule beendet ohne Schulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule/Mittelschule | <input type="checkbox"/> Realschule / Mittlere Reife |
| <input type="checkbox"/> Abitur / Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> anderer, und zwar: _____ |

52. Was ist Ihr höchster beruflicher Abschluss?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (noch) kein beruflicher Abschluss | <input type="checkbox"/> Ausbildung/Lehre/ Fachschule |
| <input type="checkbox"/> Meister | <input type="checkbox"/> Fachhochschuldiplom |
| <input type="checkbox"/> Bachelor | <input type="checkbox"/> Master / Magister / Diplom / Staatsexamen |
| <input type="checkbox"/> Promotion / Ph.D. | <input type="checkbox"/> anderer: _____ |

53. Was haben Sie vor der Geburt beruflich gemacht? (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> in Ausbildung (Schule/ Studium/ Lehre) | <input type="checkbox"/> Minijobberin |
| <input type="checkbox"/> Angestellte/ Beamtin | <input type="checkbox"/> Selbstständig |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau | <input type="checkbox"/> Elternzeit |
| <input type="checkbox"/> Arbeit suchend | <input type="checkbox"/> anderes: _____ |

54. Wie sind Sie krankenversichert?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich (z.B. AOK, Techniker) | <input type="checkbox"/> privat |
| <input type="checkbox"/> im Ausland versichert | <input type="checkbox"/> nicht krankenversichert |

55. Haben Sie Vorschläge, wie man die Versorgungssituation für Schwangere in München verbessern kann?

56. Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns in Bezug auf Ihre Schwangerschaft in München mitteilen möchten?

Wir danken Ihnen für das Ausfüllen des Fragebogens und wünschen Ihnen und Ihrem Kind alles erdenklich Gute für die Zukunft!