

Positionspapier des Runden Tisches Geburtshilfe zur aktuellen Lage der Geburtshilfe in Karlsruhe

1. Geburtsorte

Hintergrund und Ausgangslage

In Deutschland ist die freie Wahl des Geburtsortes gesetzlich im §24f SGB V verankert. Neben stationären und ambulanten Geburten in Kliniken sind auch Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen, Geburtshäusern oder Hausgeburten möglich. Angestellte Hebammen betreuen die Geburten in Kliniken und freiberufliche, geburtshilflich tätige Hebammen betreuen Geburten in den anderen genannten Geburtsorten, aber auch Geburten als Begleit-Beleghebamme in einer Kooperationsklinik. Um den Familien eine Wahl des Geburtsortes zu ermöglichen, sind sowohl räumliche als auch personelle Rahmenbedingungen ausschlaggebend.

In Karlsruhe gibt es drei Geburtskliniken: Das Städtische Klinikum Karlsruhe sowie das Diakonissenkrankenhaus und die St. Vincentius Kliniken, welche unter dem Dach der ViDia Kliniken Karlsruhe verortet sind. Die drei Geburtskliniken verfügen über jeweils vier Kreißsäle. Nach dem Umbau des Städtischen Klinikums sollen nach aktuellen Planungen ab 2023 sechs Kreißsäle zur Verfügung stehen. Durch Zusammenlegung des Diakonissenkrankenhaus und der Vincentius Kliniken werden nach Umbau der ViDia Kliniken noch sechs Kreißsäle vorhanden sein.

In Summe werden im Stadtgebiet Karlsruhe somit zum aktuellen Planungsstand zukünftig zwölf Kreißsäle zur Verfügung stehen. Für geeignete räumliche Rahmenbedingungen ist die Anzahl der Kreißsäle allein nicht ausschlaggebend. Viel wichtiger ist es, dass genügend Räume im Sinne eines Gesamtkonzepts wie Aufenthaltsräume, Rückzugsräume etc. vorhanden sind. Im Städtischen Klinikum und in den St. Vincentius Kliniken ist dies bereits der Fall. Durch die Baumaßnahmen im Diakonissenkrankenhaus fehlen aktuell Räume im Sinne eines Gesamtkonzepts. Nach Abschluss der Baumaßnahmen ist jedoch von einem ausreichenden Raumangebot auszugehen.

Die Anzahl außerklinischer Geburten liegt in Karlsruhe und Umgebung unter dem deutschlandweiten Schnitt. Deutschlandweit lag 2020 das Verhältnis dokumentierter, außerklinischer Geburten bezogen auf die Anzahl aller in Deutschland geborenen Kinder bei 1,8 Prozent. Darin eingeschlossen sind Hausgeburten sowie Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen und Geburtshäusern. Aus qualitativen Analysen und Gesprächen mit Hebammen in Karlsruhe ist deutlich geworden, dass wenige Hebammen aus Karlsruhe Hausgeburten begleiten. Einige Hebammen aus den angrenzenden Bezirken (Pfalz, Rhein-Neckar-Gebiet) bieten ebenfalls eine Hausgeburtsbegleitung in Karlsruhe an. Trotzdem liegt die Zahl der Hausgeburten unter dem Bundesschnitt von 1,8 %. Die Optionen in einer hebammengeleiteten Einrichtung, oder einem Geburtshaus zu gebären, ebenso wie die Betreuung unter der Geburt durch eine Beleg-Begleit-Hebamme sind in Karlsruhe nicht vorhanden. Die Einrichtung eines hebammengeleiteten Kreißsaals wird vom Städtischen Klinikum im Rahmen eines Projekts geplant. Die Realisierung hängt jedoch davon ab, ob sich ausreichend Personal findet und ob die räumlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen gegeben sein werden.

Eine Wahlfreiheit in Bezug auf den Geburtsort ist in Karlsruhe derzeit nicht gewährleistet. Der Wunsch nach einem spezifischen Geburtsort wird von Frauen oftmals mit qualitativen Wünschen assoziiert - sei

es eine spezifische medizinische Versorgung (z.B. eine angeschlossene Kinderklinik), eine möglichst intime und ruhige Atmosphäre, die Betreuung durch eine Beleghebammen, eine Eins-zu-Eins Betreuung oder weitere Faktoren. Durch eine Befragung können die Bedarfe und qualitativen Wünsche der Karlsruher Frauen und Familien präzisiert und so für zukünftige Entwicklungen berücksichtigt werden. Im Rahmen der Neugestaltung der Räumlichkeiten spricht sich der Runde Tisch Geburtshilfe dafür aus, die qualitativen Wünsche der Frauen zu berücksichtigen und die Umsetzung nach außen zu kommunizieren. So kann auf unterschiedliche Wünsche der Frauen für ihre Geburt auch ohne eine bisher umgesetzte Wahlmöglichkeit des Geburtsorts bestmöglich eingegangen werden. Daneben begrüßt der Runde Tisch Geburtshilfe, in Zukunft auch die Wahlfreiheit des Geburtsortes in Karlsruhe umzusetzen, z.B. durch Gründung eines Geburtshauses oder eines hebammengeleiteten Kreißsaales.

Problemstellungen

a. Zunehmende Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung der Grundversorgung

Im Jahr 2016 wurde das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ erarbeitet und Anfang 2017 veröffentlicht. Gesundheitsziele sind ein Instrument der Gesundheitspolitik, um sich auf notwendige Verbesserungen zu fokussieren und diese in eigener Verantwortung umzusetzen. Das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“-spricht sich für eine interventionsarme, frauenzentrierte Betreuung aus und für eine Stärkung der kontinuierlichen Betreuung während der Geburt, im Sinne einer Eins-zu-Eins Betreuung durch Hebammen.

Hinsichtlich der klinischen Geburten sind die Anzahl der Kliniken und die Verfügbarkeit von Kreißsälen in Karlsruhe, insbesondere durch die geplante Erweiterung im Städtischen Klinikum Karlsruhe, grundsätzlich ausreichend. Trotz einer rechnerisch guten räumlichen Versorgung kann jedoch nicht automatisch von einer dauerhaft guten Versorgung in der täglichen Praxis ausgegangen werden. Die Umsetzung einer Eins-zu-Eins Betreuung unter der Geburt ist vor allem aus personellen Gründen, sowohl seitens der Hebammen als auch der Ärzt*innen, nicht verlässlich möglich. Die räumlichen Rahmenbedingungen zu verbessern, ist ein erster notwendiger Schritt. Die Stärkung und Sicherung der personellen Situation von Hebammen und Ärzt*innen ist jedoch deutlich wichtiger. Im Rahmen der bisherigen Krankenhausfinanzierungsstruktur ist eine Verbesserung der personellen Situation der angestellten Hebammen nicht möglich. Ebenso lassen die finanziellen Grundlagen für die freiberuflich, geburtshilflich tätigen Hebammen die Erhöhung der Beleg- und Hausgeburtshabammen nicht zu. Für die Umsetzung des Zieles einer individuellen und frauenzentrierten Geburtshilfe ist das Vorhandensein, die Kompetenz und Motivation des geburtshilflichen Personals wichtiger als die räumliche Ausstattung.

Somit kann die Forderung aus dem nationalen Ziel Geburtshilfe, dem Koalitionsvertrag und der S3 Leitlinie „Geburt am Termin“ nach einer Eins-zu-Eins Betreuung auf absehbare Zeit nicht umgesetzt werden. Dies bedeutet eine dauerhafte Qualitäts-Einschränkung in der Betreuung von Gebärenden und auch für die Zufriedenheit der angestellten Hebammen. Aufgrund chronischer Überlastung und Unterbesetzung scheiden vermehrt Hebammen aus der Tätigkeit aus oder reduzieren ihre Arbeitszeit. Hierdurch kommt es zu einer fortwährenden Verschärfung der Problemlage.

Ein weiterer Grund für den Mangel an Hebammen auf der Wochenbettstation und die fehlende Möglichkeit für Kliniken, Hebammen auf Schwangeren- oder Wochenbettstationen einzustellen, ist die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV). Die PpUGV erschwert die Einstellung von Hebammen auf den Wochenstationen, da Hebammen nur zu einem Fünftel bewertet werden im Vergleich zu einer Gesundheits- und Krankenpfleger*in. In der zweiten Version der PpUGV werden examinierte beziehungsweise studierte Hebammen sogar nur zu 10 Prozent anerkannt. Jedoch ist es für die Ausbildung von Hebammen und die Abnahme der Prüfungen in diesem Tätigkeitsfeld unabdingbar, dass auf den Wochenbettstationen auch Hebammen arbeiten. Denn nur sie sind

befugt, als Praxisanleiter*innen tätig zu sein und die Prüfungen abzunehmen. Durch die Zunahme des Bedarfs an Praxisanleiter*innen fehlen diese Hebammen jedoch bei der Arbeit im Kreißaal. Diese Situation gefährdet die Ausbildung der Hebammen und erschwert die personelle Situation in den Kreißälen.

Darüber hinaus führen der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses für Pflegeschlüssel auf Intensivstationen und die Vorgaben für die Durchführung von Geburten bei Patientinnen mit bestimmten Risikofaktoren (S3-Leitlinie) zu einer deutlichen Reduktion der Kapazitäten in den Kliniken und erfordern eine Lenkung und teilweise auch ungewollte Verlegung der Patient*innen. Aufgrund räumlicher und/ oder personeller Engpässe müssen die Geburtskliniken in regelmäßigen Abständen wehende Frauen von einer Klinik zur anderen schicken. Die Verlegung in andere Kliniken bedeutet für Schwangere und Ungeborene oft eine hohe Belastung und teilweise auch ein hohes Risiko. Gleichzeitig erfordert die Verlegung einen erheblichen Aufwand für die Geburtskliniken und bindet wichtige Ressourcen, die eigentlich in der Patient*innenbetreuung benötigt werden. Die genannten Vorschriften sind allerdings dazu da, vermeidbare Gefahren bei Risikoschwangerschaften zu vermeiden. Sie sind daher im Sinne einer qualitätsorientierten Geburtshilfe unverzichtbar und sollten im Zusammenhang mit Kapazitätsproblemen in der Geburtshilfe nicht in Frage gestellt werden.

Zudem hat die Betreuungsintensität der Patient*innen deutlich zugenommen, welche ebenfalls mehr Kapazitäten bindet. Gründe dafür liegen unter anderem in steigenden Sprachbarrieren durch die Versorgung von Patient*innen mit geringen Deutschkenntnissen, einer gestiegenen Unsicherheit und einer fehlenden ambulanten Versorgung durch Hebammen in der Nachsorge. Dies wirkt als Symptomverstärker, ist aber nicht ursächlich für die Überlastung der Geburtshilfe. Die Geburtshilfe ist unter anderem durch die S3-Leitlinie aufgefordert, einen stärkeren partizipativen Charakter des Zusammenwirkens mit der Patientin zu forcieren – dies benötigt eine bessere personelle Ausstattung. Eine stärkere Ermöglichung der Mitwirkung der Patientinnen ist für eine frauenzentrierte Geburtshilfe unerlässlich.

Laut Diagnosis-Related-Groups (DRG) hat beispielsweise der Kreißaal des Diakonissenkrankenhauses Stand August 2022 ein Recht auf 14,75 Hebammen-Planstellen. Laut AWMF-S2k Leitlinie von März 2021 sollten aber mindestens 16,81 Planstellen zur Verfügung stehen. Darin sind noch nicht zusätzliche Arbeiten wie Praxisanleitung, Leitungsaufgaben, zusätzliche administrative Tätigkeiten, Urlaub und Krankheitsausfälle enthalten.¹

Gleichzeitig ist Geburtshilfe nicht planbar, dadurch entstehen Vorhaltekosten, die nicht durch das DRG-Finanzierungssystem refinanziert werden. Es müssen genügend Räume und vor allem ausreichend Personal zur Verfügung stehen, um kurzfristigem Ansturm begegnen zu können. Gleichwohl gibt es auch Phasen, in denen nur wenige Geburten stattfinden. Genügend Personal und somit auch genügend Zeit wird benötigt, um auf die individuellen Wünsche der Frauen eingehen zu können. Die Realität in den Kliniken bildet sich aber auch in nicht besetzten Hebammenstellen, Arbeitsverdichtung und Raumnot ab. Nur durch ein extrem hohes Maß an Motivation und Engagement der Hebammen und Ärzt*innen lässt sich die Geburtshilfe auf dem bisherigen Niveau halten. Kurz- bis mittelfristig ist hier dringend Änderung geboten.

Lösungsansätze

Der Runde Tisch Geburtshilfe Karlsruhe fordert daher eine Vergütung der stationären Leistung über die Fallpauschalen DRG sowie eine realistische Vergütung einer Spontangeburt. Darüber hinaus ist die Ausweitung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes auf Hebammen sowie eine angemessene bzw.

¹ https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-001I_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatalogische-Versorgung-Deutschland__2021-04_01.pdf

angepasste Vergütung unabdingbar. Außerdem muss das Zeitbudget der Praxisanleiter*innen im Stellenplan Berücksichtigung finden. Es muss möglich sein, den Betreuungsschlüssel (Eins-zu-Eins) umzusetzen. Die im Koalitionsvertrag 2021 vorgesehene Krankenhauskommission wurde im Mai 2022 eingerichtet, um notwendige Reformen im Krankenhausbereich anzugehen. Sie soll Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitlinien für eine auf Leistungsgruppen und auf Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung erarbeiten, die sich an Kriterien wie Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientiert.

Die Krankenhauskommission hat ihre erste Stellungnahme² kurz vor der Sommerpause vorgelegt. Darin werden Empfehlungen für eine Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe thematisiert.

Um das Verlegungsmanagement für die Karlsruher Geburtskliniken zu verbessern, soll vor allem die Transparenz für werdende Eltern gestärkt werden, beispielsweise durch die öffentliche Kommunikation einer längerfristigen Abmeldung einer Klinik. Ebenso wird angestrebt, eine Übergabe aller relevanten Unterlagen möglichst digital gut zu regeln. Hierfür wird der bundesweite Austausch für erfolgreiche Modelle gesucht.

b) Klinikschließungen

Karlsruhe hat als Großstadt auch in der gesundheitlichen Versorgung enorme Anziehungskräfte auf das Umland. Daher versorgen die Kliniken die Bevölkerung weit über das Stadtgebiet hinaus. Die Schließung von Geburtsstationen im Umkreis von Karlsruhe führt dabei jedoch zu einer Überlastung der Kreißsäle in den Karlsruher Kliniken. Die Kommunikation zwischen den drei Karlsruher Geburtskliniken funktioniert im engen kollegialen Austausch bereits auf einem hohen Niveau. Dies ist eine zentrale Voraussetzung, um die knappen Ressourcen bedarfsorientiert einzusetzen und eine bestmögliche Versorgung sicherzustellen.

Lösungsansätze

Weitere Kreißsaal-Schließungen im Umland sind jedoch unbedingt zu vermeiden. Zudem sollte eine quantitative Bewertung der geburtshilflichen Versorgungslage in der Region erstellt werden. Die Festlegung einer künftigen Struktur der stationären Geburtshilfe folgt sinnvollerweise einer qualitativen und quantitativen Analyse der regionalen Gegebenheiten. Orientierung für die Strukturierung der Geburtshilfe kann das Stufenmodell der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses bieten. Sinnvollerweise ist die regionale Versorgung im Raum Karlsruhe Teil einer Gesamtkonzeption im Rahmen der Landes-Krankenhausplanung.

c) Fehlende ambulante Notfallversorgung

Zur weiteren Belastungszunahme in den Kliniken führt auch, dass die gynäkologische ambulante Notfallversorgung an den Wochenenden und Feiertagen durch die Kliniken sichergestellt werden muss. Es fehlt eine andere Art der Versorgung von gynäkologischen und geburtshilflichen Anfragen durch einen fachspezifischen Wochenenddienst oder eine Telefonberatung. Die existierende Notfallversorgung in den allgemeinen Notfallpraxen beziehungsweise über die Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung „116117“ wird als nicht suffizient wahrgenommen.

²https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/220708_Empfehlung_AG_Paedatrie_und_Geburtshilfe_zu_Paedatrie_und_Geburtshilfe.pdf

Lösungsansätze

Das Thema „ambulante Notfallversorgung“ wird in einer separaten Unterarbeitsgruppe mit den Vertreter*innen der Kliniken, der Frauenärzt*innen, des Hebammenverbands Kreisgruppe Karlsruhe sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg thematisiert. Ziel ist es, gemeinsam Lösungen für Karlsruhe zu erarbeiten. Auch die Hebammen bieten ihre Mitarbeit in der ambulanten Versorgung an, um eine professionsübergreifende Versorgung zu gewährleisten.

2. Ambulante Hebammenversorgung

Hintergrund und Ausgangslage

Die Stadt Karlsruhe arbeitet seit vielen Jahren sehr vertrauensvoll mit den freiberuflichen Hebammen in Karlsruhe zusammen. In verschiedenen Projekten wird durch enge Kooperation die Umsetzung einer möglichst guten Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen angestrebt.

Zuletzt wurde das Projekt "Hebammen in Familienzentren" entwickelt und umgesetzt (GR 14.05.2019, 2019/0357) und Ende 2021 evaluiert (JHA 01.12.2021). Schwangere und Wöchnerinnen ohne Hebammenbetreuung können eine niedrigschwellige, wohnortnahe Sprechstunde in Familienzentren wahrnehmen. Bei Bedarf wird diese Versorgung auch in den ersten Wochen aufsuchend angeboten. Durch niedrigschwellige Angebote werden Frauen erreicht, die nur schwer Zugang zu einer "regulären" Hebammenbetreuung gefunden haben. Vor allem Frauen mit Migrationshintergrund und erhöhtem Betreuungsbedarf können in die Betreuung mit Hebammenleistungen und der Frühen Prävention Karlsruhe integriert werden. Eine Vernetzung der Hebammen untereinander und auch der Institutionen der Frühen Prävention mit Hebammen wird durch dieses Angebot verbessert und gestärkt.

Problemstellung

Die Suche nach einer Hebamme gestaltet sich für viele Schwangere schwierig. Insbesondere die Hebammenversorgung in den Sommermonaten von Juli bis September ist nicht zufriedenstellend. Schwangere mit Entbindungstermin im Sommer haben erhöhte Schwierigkeiten, eine Hebamme zu finden. Es ist daher wichtig, Hebammen untereinander gut zu vernetzen, um die vorhandenen Ressourcen effizient zu nutzen.

Darüber hinaus ist es für die zukünftige Versorgung wichtig, die Anzahl an Hebammen in Karlsruhe zu halten bzw. im besten Fall auszubauen. In Karlsruhe wird die Nachwuchsgewinnung durch den Studiengang „Angewandte Hebammenwissenschaft“ der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Karlsruhe (DHBW) sichergestellt. Seit Oktober 2021 erfolgt das duale Studium primärqualifizierend in Kooperation mit neun Kliniken in Karlsruhe und im Umland. Es sind alle 31 finanzierten Studienplätze pro Jahr besetzt.

Die Sicherung der Ausbildung am Standort der DHBW muss jedoch besonders bezüglich der praktischen Ausbildung in den Blick genommen werden, zu der neben der klinischen auch die außerklinische Tätigkeit gehört. Es fehlen in den Kliniken Hebammen auf der Wochenstation durch die aktuellen Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), aber auch in den Kreißsälen durch personelle Engpässe. Für den Ausbildungsauftrag muss die Freistellung der Praxisanleiter*innen gewährleistet sein. Für die außerklinische Tätigkeit gestaltet sich die Akquise von Praxisanleiter*innen schwierig, insbesondere da auch Einsätze der Studierenden in der außerklinischen Geburtshilfe bei Hausgeburten oder im Geburtshaus gewährleistet sein müssen. Hier wäre eine Bereitstellung einer Vernetzungsplattform hilfreich, damit sowohl Studierende als auch Praxisanleiter*innen gute Teams bilden können.

Lösungsansätze

Der RT Geburtshilfe trägt dazu bei, die Zusammenarbeit der vier Akteur*innen zu verbessern. Die Überleitungen vom klinischen in den ambulanten Sektor und umgekehrt können durch eine intensive Verständigung optimiert werden. Eine funktionierende Zusammenarbeit der Gynäkolog*innen und Hebammen insbesondere in der Schwangerenvorsorge und der Kinderärzt*innen und Hebammen in der Wochenbettbetreuung auf Augenhöhe kann Ressourcen aufzeigen und die Betreuung der Schwangeren und Wöchnerinnen verbessern.

3. Psychosoziale Versorgung

a) Ansprache aller Wöchnerinnen zu Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten

Hintergrund und Ausgangslage

Schwangere sollten bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft und um die Geburt herum hilfreiche Informationen zu Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten erhalten. Ein zentrales Element sind die Schwangerschaftsberatungsstellen, welche ein staatlich und gesetzlich verankertes niederschwelliges Angebot zur Beratung, Unterstützung und Begleitung Schwangerer sowie Familien in den ersten Lebensjahren nach Geburt eines Kindes leisten. Darüber hinaus wird die persönliche Ansprache bereits gut durch das Netzwerk Frühe Prävention unter anderem durch die Begrüßungsmappe der Stadt Karlsruhe gelöst. Hebammen spielen häufig eine zentrale Rolle in der Vermittlung dieser Angebote und in der Beratung von Familien. Die Umsetzung des Zieles einer Kontinuität in der Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen lässt sich gut durch eine ausreichende Anzahl an freiberuflichen Hebammen gewährleisten. Als eine Berufsgruppe, deren Arbeitsfeld das gesamte Betreuungsspektrum von Schwangerschaft über Geburt und Wochenbett abdeckt, rücken die Hebammen hier in den Fokus.

Ein überwiegender Teil der freiberuflich tätigen Hebammen in Karlsruhe ist über einen Kooperationsvertrag der Stadt Karlsruhe in das Netzwerk Frühe Prävention integriert und informiert Familien im Rahmen der Wochenbettbetreuung mithilfe der Karlsruher Begrüßungsmappe über die psychosozialen Angebote nach einer Geburt. So werden jährlich circa 1.000 passgenaue und bedarfsorientierte Beratungsgespräche geführt. Dies entspricht einem Anteil von etwa 1/3 aller Geburten in Karlsruhe.

Zudem führen Mitarbeiter*innen der Frühen Prävention auf allen Karlsruher Geburtshilfestationen sowie auf Stationen der Kinderklinik des Städtischen Klinikums einmal pro Woche eine Sprechstunde durch, in welcher Eltern über die Angebote informiert werden.

Problemstellung

Eine flächendeckende Ansprache der Familien ist aktuell über die vorhandenen Ressourcen nicht möglich. Insbesondere für nicht-deutschsprachige Familien ist die Informationsverfügbarkeit schwierig. Eine Mehrsprachigkeit der Informationen ist nötig. Zudem soll die Verfügbarkeit individuell abrufbarer und selektierbarer Informationen gestärkt werden, da nicht alle Familien dieselben Informationen benötigen.

Lösungsansätze

Hierbei ist das Zusammenwirken der verschiedenen Leistungssysteme verstärkt in den Blick zu nehmen. Das Netzwerk Frühe Prävention leistet hier seit vielen Jahren einen entscheidenden Beitrag, gleichzeitig ist die sektorenübergreifende Zusammenarbeit weiterhin eine Herausforderung. Durch die Fördermittel der Bundesstiftung Frühe Hilfen in Verwaltung des Kommunalverband Jugend und

Soziales (KVJS) Baden-Württemberg sollte zukünftig eine Etablierung von Babylots*innen in Geburtskliniken als Regelangebot ermöglicht werden. Ein Einsatz in allen drei Geburtskliniken in überregionaler Verantwortung wäre ein erster wichtiger Schritt, dem Einzugsgebiet der Geburtskliniken gerecht zu werden. Eine alleinige Aufgabenwahrnehmung durch die Stadt Karlsruhe scheint aufgrund des großen Einzugsgebiets nicht zielführend.

b) Psychische Belastungen und Erkrankungen

Hintergrund und Ausgangslage

Psychische Belastungen in der Schwangerschaft sowie peri- und postpartal sind durchaus häufig. Es gibt grundsätzlich ein breites Angebot von verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen, welche Eltern beraten oder behandeln können.

Problemstellung

Psychische Belastungen oder Erkrankungen wie zum Beispiel die postpartale Depression sind teils noch immer stigmatisiert. Längst nicht alle betroffenen Eltern finden den Weg zu einer professionellen Beratung in einer Beratungsstelle oder sind in ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Behandlung. Gerade im kurativen Bereich sind die Wartezeiten lang, teils verbunden mit organisatorischen Hürden, wie „Abtelefonieren“ vieler Praxen, um einen freien Therapieplatz zu finden. Bei psychiatrischen vollstationären Klinik- oder Tagesklinik-Behandlungen besteht aktuell keine Möglichkeit der Mitaufnahme oder Betreuung der Kinder. Aber auch die Vermittlung zwischen den verschiedenen Systemen und Netzwerken ist noch nicht immer selbstverständlich und bedarf der Verbesserung.

Sowohl die Neugeborenen als auch im Haushalt betreute Geschwisterkinder psychisch belasteter Elternteile sind nicht genügend im Blick. Die Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder sowie die Eltern-Kind-Bindung können gravierend sein, wenn Eltern hier keine adäquate Unterstützung finden.

Die latenten und akuten psychischen Belastungen rund um die Geburt brauchen mehr Sensibilität und Beachtung. Die vor allem durch Personalmangel nicht immer optimale Betreuung unter der Geburt oder auch belastende Erlebnisse rund um die Geburt verstärken die psychische Notlage mancher Mütter.

Lösungsansätze

Die Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen Akteur*innen der psychischen und psychiatrischen Versorgung werden weiterentwickelt, dies auch unter dem Aspekt der enormen Arbeitsbelastung zum Beispiel in den Kliniken und Praxen. Die Überleitungen ins Netzwerk Frühe Prävention sowie in weitere Netzwerke werden weiter verbessert und verstetigt. Zudem werden Informationsmaterialien zu dem Hilfefon nach schwieriger Geburt in die Begrüßungsmappe aufgenommen und so Eltern eine niedrigschwellige kurzfristige therapeutische Unterstützung und Beratung zur Verfügung gestellt.

Die Stärkung der Elternrolle, die Bedürfnisse der Kinder sowie die Eltern-Kind Bindung haben eine zentrale Bedeutung und sollen stärker berücksichtigt werden. Eine systematische Erfassung von im Haushalt psychisch belasteter oder erkrankter Elternteile betreuter Kinder wird etabliert, sodass die Versorgungs- und Bedarfslage einbezogen werden kann.

Sowohl die latente als auch akute psychische Belastung von Eltern rund um die Geburt wird durch eine Sensibilisierung der Akteur*innen zum Beispiel durch Fortbildungen und Information in den Blick gerückt.

Familienfreundliche und entlastende Angebote wie die „stationsäquivalente Behandlung“ (StaeB) der Psychiatrischen Klinik des Städtischen Klinikum Karlsruhe, welches eine Behandlung im häuslichen Umfeld erlaubt, werden fortgeführt und ausgebaut. Die Diskussion über neue Projekte (Mutter-Kind-Station, familienorientierte Tagesklinik etc.) wird angeregt. Hierzu kann eine weitere Arbeitsgruppe „Psychiatrische Versorgung rund um die Geburt“ beitragen.

4. Kommunale Kommunikation

Hintergrund und Ausgangslage

Für Schwangere sollten alle wichtigen Infos und Unterstützungsangebote an einem zentralen Ort auffindbar sein. Die Informationen sollten dabei niedrigschwellig und umfassend sein.

Problemstellung

In der Verbesserung der Wirksamkeit von Angeboten ist es aufgrund einer Versäulung in unterschiedliche Leistungssysteme und Zuständigkeiten entscheidender, die Zugänge aktiv zu gestalten, als lediglich „gute“ Angebote zu konzipieren. Die zukünftige Gestaltung der kommunalen Kommunikation und die Zugänglichkeit von Angeboten sollte verstärkt bearbeitet werden.

Lösungsansätze

Zur Stärkung der Aufbereitung und Auffindbarkeit der Angebote in Karlsruhe wird mittels der Landesförderung „Erprobung lokale Gesundheitszentren mit Fokus auf geburtshilfliche Versorgung“ eine Koordinationsstelle bei der Stadt Karlsruhe geschaffen.

Diese Stelle soll die verschiedenen Angebote der medizinischen und sozialen Geburtshilfe systematisieren und vernetzen und einen niedrigschwelligen Zugang ermöglichen. Gleichzeitig soll darüber eine wichtige Vernetzungsplattform geschaffen werden, um bestmögliche Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit in Karlsruhe zu erreichen.

Durch die gezielte Aufbereitung von Informationen und die damit verbundene Bearbeitung der Schnittstellen von Leistungssystem und -logiken soll effektiv der in Teilen "versäulten" Geburtshilfe entgegengetreten werden. Die Fokussierung auf den Zugang von Angeboten eröffnet neue Zielgruppen und eine bessere Versorgung innerhalb der vorhandenen Ressourcen. Die Aufbereitung der Informationen soll so geschehen, dass eine dauerhafte Pflege und Aktualisierung ebenjener mit wenig Aufwand leistbar ist und so Bürger*innen gut informiert und Fachkräfte entlastet werden, indem Weiter- und Überleitungen leichter gelingen. Dies ist eine wichtige Maßnahme für attraktive Arbeitsbedingungen - Fachkräfte, die ihre Patient*innen und Klient*innen bedarfsgerecht versorgen und weitervermitteln können, haben oftmals eine deutlich höhere Arbeitszufriedenheit als jene, denen eine ganzheitliche Versorgung nicht gelingt.

Denkbar wäre es, Informationen aus der bereits bestehenden Begrüßungsmappe sowie allen weiteren wichtigen Infos für Schwangere digital an einem Ort zur Verfügung stellen. Zum Beispiel im Rahmen des städtischen Internetauftritts oder in einer eigens dafür zu erstellenden App. Ein geeignetes Medium zur Aufbereitung der Informationen wird durch die Koordinationsstelle in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der thematischen Unterarbeitsgruppe ausgewählt werden.

Fazit

Durch den Runden Tisch Geburtshilfe ist eine hervorragende Möglichkeit geschaffen worden, durch die sich verschiedene Akteur*innen vernetzen und austauschen können. Dadurch können gemeinsam die Problemstellen der Geburtshilfe in Karlsruhe eruiert und Lösungsvorschläge entwickelt werden.

Wie durch die oben beschriebenen Themen sichtbar wurde, weist die Situation der Geburtshilfe in Karlsruhe vielzählige Herausforderungen und Versorgungslücken auf. Die geburtshilfliche Versorgung ist aktuell nur möglich, da alle beteiligten Professionen täglich über ihre üblichen Kapazitäten hinausgehen. Die Umsetzung des Nationalen Zieles Gesundheit und der S3 Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ wird von allen Beteiligten angestrebt. Die derzeitige geburtshilfliche Situation in Karlsruhe lässt dies jedoch nicht zu. Daher ist die Stärkung der Geburtshilfe in den verschiedenen angesprochenen Bereichen enorm wichtig, damit Karlsruhe ein „guter und sicherer Ort der Geburtshilfe“ sein kann.

Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) und das Finanzstabilisierungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verhindern in der derzeitigen Form einen nötigen Einsatz von Hebammen auf den Schwangeren- und Wochenstationen. Die Versorgung von Risikoschwangeren und von Wöchnerinnen gehören zum Berufsbild der Hebammen. Der Einsatz auf den Stationen und damit auch die Umsetzung der Kontinuität sind nicht mehr möglich für die Kliniken. Die Bezahlung der Hebammen könnte aus dem Diagnosis-Related-Groups (DRG)-Finanzierungsgesetz ausgegliedert werden analog zum Pflegepersonal. Die Finanzierung der Geburtshilfe über die bisherigen DRGs verhindert die Stärkung der interventionsarmen Geburtshilfe. Denn eine zeitintensive interventionsarme Betreuung von Gebärenden wird nicht angemessen durch die DRG refinanziert. Hier sind Nachbesserungen und Veränderungen auf der Bundesebene in der Gesetzgebung und Finanzierung nötig.

Eine gute Betreuung von Frauen in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett stellt den Grundpfeiler einer gesunden Gesellschaft dar. Durch die Einrichtung des Runden Tisches Geburtshilfe wurde eine Möglichkeit geschaffen, mit allen, die an der Versorgung in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett in Karlsruhe beteiligt sind, die aktuelle Situation der Hebammen und der Geburtshilfe in Karlsruhe zu erörtern. Der Runde Tisch Geburtshilfe hat zwischen diesen beteiligten Akteuren und Eltern den Dialog gefördert und die vorhandenen Expertisen genutzt, um die Begleitung junger Familien zu erfassen. Vor dem Hintergrund immer schwieriger werdender Rahmenbedingungen für Hebammen und Ärzt*innen muss die Informationslage für Schwangere und Eltern verbessert und neue Versorgungskonzepte entwickelt werden. Die kooperative interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hebammen und Ärzt*innen sowie anderen beteiligten Berufsgruppen stellt die Grundlage einer Betreuung dar, in der die Frau, ihr Kind und ihre Familie im Mittelpunkt stehen.

Die Mitwirkenden am dem Positionspapier Geburtshilfe tragen aktiv zur weiteren Verbreitung und Diskussion der hier dargelegten Herausforderungen bei. Hierdurch wird ein dialogischer Prozess mit Politik, Fachöffentlichkeit und Zivilgesellschaft angestrebt und von allen Akteur*innen mitgetragen.