LANDTAG
NIEDERSACHSEN

N i e d e r s c h r i f t

über die 71. - öffentliche - Sitzung

des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Gleichstellung

am 2. Oktober 2025

Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung: Seite:

Landesaktionsplan Gute Geburt: Eine gesunde und gute Geburt für Mütter und Kinder sicherstellen

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/7478

Anhörung

- *Aktionsbündnis Gesundheit Rund um die Geburt* 3
- *Mother Hood e. V.* 9
- *Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen* 14
- *Hebammenverband Niedersachsen* 21
- *Hebammenpartnerschaft St. Marienhospital Vechta* 26
- *Verband der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Niedersachsen* 26
- *Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (ÖGD Niedersachsen)* 34
- *DIAKOVERE als Träger der Geburtshilfe* 39

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD)
3. Abg. Marten Gäde (SPD)
4. Abg. Andrea Prell (SPD)
5. Abg. Julia Retzlaff (SPD)
6. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
8. Abg. Eike Holsten (CDU)
9. Abg. Laura Hopmann (CDU)
10. Abg. Heike Koehler (i. V. d. Abg. Sophie Ramdor, ab 13:30 Uhr vertreten durch den per Videokonferenztechnik zugeschalteten Abg. Alexander Wille) (CDU)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Swantje Schendel (bis 12:10 Uhr, ab 13:00 Uhr vertreten durch Abg. Dr.in Tanja Meyer) (GRÜNE)
13. Abg. Eva Viehoff (bis 12:10 Uhr vertreten durch Abg. Dr.in Tanja Meyer) (GRÜNE)
14. Abg. Delia Klages (AfD)

Als Zuhörerin (§ 94 GO LT):

Abg. Swantje Schendel (ab 13:00 Uhr) (GRÜNE)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Lange.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10:15 Uhr bis 12:10 Uhr, 13:00 Uhr bis 14:43 Uhr.

Tagesordnung:

Landesaktionsplan Gute Geburt: Eine gesunde und gute Geburt für Mütter und Kinder sicherstellen

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/7478

erste Beratung: 69. Plenarsitzung am 26.06.2025
federführend: AfSAGuG
mitberatend gem. § 27 Abs. 4 Satz 1 i. V. m. § 39 Abs. 3 Satz 1 GO LT: AfHuF

zuletzt behandelt: 67. Sitzung am 28.08.2025

Anhörung

Aktionsbündnis Gesundheit Rund um die Geburt

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 8

Veronika Bujny *(per Videokonferenztechnik zugeschaltet)*: Ich bin Sprecherin und auch Gründungsmitglied des Bündnisses „Gesundheit rund um die Geburt“ in Niedersachsen. Dieses Bündnis hat sich 2017 gegründet und bemüht sich seitdem darum, dass wichtige Aspekte aus dem Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ in Niedersachsen umgesetzt werden. Es lohnt sich immer noch sehr, sich in dieses Gesundheitsziel einzuarbeiten, weil es die Geburt nicht nur von der Seite der Geburt als solches, sondern die gesamte Lebensphase der Frauen und Familien in der sich völlig verändernden Zeit rund um die Geburt in den Blick nimmt bis weit über das Ende des ersten Lebensjahres hinaus.

Wir haben in diesem gesellschaftlichen Bündnis viele Organisationen wie Sozialverbände und Wohlfahrtsverbände, von Beratungsstellen, aber auch Berufsverbände - wie der Hebammenverband -, den Landesfrauenrat und vor allen Dingen auch die Landesarbeitsgemeinschaft der Gleichstellungsbeauftragten in unseren Reihen. Es wird also allgemein gesehen, dass es ein frauenpolitisch wichtiges und brisantes Thema ist, sich um die Geburt und alles, was damit zu tun hat, zu kümmern.

Wir haben zum Thema der Umsetzung dieses Gesundheitsziels in Niedersachsen zwei große Konferenzen durchgeführt. Die erste Konferenz fand im Juni 2019 statt. Leider ist dann auch infolge von Corona vieles untergegangen. Es haben sich zwar Runde Tische gebildet. Außer der Umsetzung der Akademisierung der Hebammenausbildung sind aber nur wenige Maßnahmen umgesetzt worden.

Unsere Forderungen waren schon damals: Schaffung eines Aktionsbüros und Ausbildung eines Aktionsplans für die Gesundheit rund um die Geburt. Das Aktionsbüro ist vor drei Jahren eingerichtet worden, allerdings bis heute ohne das Ergebnis eines Aktionsplans. Wir sehen hier die Politik gefordert, dringend etwas zu tun, damit es zu diesem Aktionsplan kommt. Denn dieser Aktionsplan ist erforderlich, um wirklich auch eine Veränderung und positive Verbesserungen herbeizuführen.

Deshalb sind wir über diesen Entschließungsantrag sehr glücklich und hoffen wir, dass Sie alle mit breiter Zustimmung hinter diesem Entschließungsantrag stehen. Es braucht halt mehr als die Entscheidung nur für das Aktionsbüro. Dieser Aktionsplan ist so dezidiert, dass er wirklich auch erarbeitet werden muss. Man muss ihn sich als einen fortlaufenden Prozess vorstellen. Das ist nichts, was man einmal aufstellt und dann bleibt es so und ist alles geregelt, sondern es ist erforderlich, dass sich unterschiedliche Teilnehmende in Runden Tischen auf lokaler, kommunaler, regionaler und landesweiter Ebene zusammensetzen, um zu überlegen, wie ein solcher Aktionsplan ausgestaltet werden kann. Dazu brauchen wir die Entscheidungen aus der Politik. Wir brauchen auch die Exekutive, das Ministerium, um dabei wichtige Dinge auf den Weg zu bekommen.

Wir haben in Niedersachsen eine große Welle von Schließungen geburtshilflicher Abteilungen erlebt. Bekanntlich sind zum Teil Wege mit weit mehr als 40 Minuten Fahrzeit zu einer geburtshilflichen Abteilung erforderlich. Gerade wenn Schwerpunktkrankenhäuser, wie zum Beispiel in Aurich, überlastet sind und sich abmelden, fehlt für die Frauen in einer großen Region die Möglichkeit, rasch eine geburtshilfliche Abteilung zu erreichen. Dafür sind Notfallpläne und Verlegungspläne erforderlich. Die Krankenhäuser müssen in den Regionen zusammenarbeiten, damit die Frauen und Familien vonseiten der Krankenhausstruktur und -organisation wirklich einen Schutz erfahren. Diese wilden Schließungen müssen aufhören. Es kann nicht sein, dass Krankenhäuser ihre Geburtshilfen zugunsten anderer lukrativerer Abteilungen schließen, und es kann auch nicht sein, dass große Regionen trotz eines Sicherstellungszuschlags plötzlich ohne Geburtshilfe dastehen.

Auf diese Situation muss die Politik reagieren! Die Geburtshilfe ist eine ganz große Gesundheitsleistung in Niedersachsen. In den letzten Jahren gab es durchschnittlich 70 000 Geburten. An diesen 70 000 Geburten hängen auch 70 000 Frauen, Kinder, Familien, Geschwisterkinder, Partner usw. Wir gehen bundesweit immer von der Zahl von 1,6 Millionen Menschen aus, die pro Jahr davon betroffen sind. Diese wichtige Gesundheitsleistung muss auch entsprechend ihrer Häufigkeit gut und sicher für alle geregelt sein.

Dadurch, dass die Struktur in Niedersachsen sehr gemischt ist, muss es in einer Region auch ein Netzwerk von Krankenhäusern mit dem Level 4, Level 3, Level 2 oder Level 1 geben, die miteinander gut kooperieren können. Heutzutage gibt es Telemedizin. Zum Beispiel in Varel funktioniert die Telemedizin bereits. Das wäre ein landesweites Modell, das wir anstreben würden, indem sich ganze Regionen zusammenschließen, die Geburtshilfe wirklich miteinander regeln und die Verlegungen geordnet und sicher vonstattengehen lassen, sodass sich im Notfall nicht die kleineren Krankenhäuser bzw. die Krankenhäuser niedrigerer Level erst darum bemühen müssen, wer die Frau bzw. das Kind übernehmen kann. Das könnte gut geregelt werden, ohne dass direkt sozusagen mit Kanonen auf Spatzen geschossen werden muss und jede Geburt nur noch mit einem daneben stehenden Pädiater stattfinden kann, wofür es überhaupt keine Evidenz gibt und was auch nicht die Sicherheit erhöht. Die Sicherheit wird dadurch erhöht, dass regelmäßig interdisziplinäre Notfallfortbildungen stattfinden und dass die Teams geübt sind in dem, was im Notfall zu tun ist. Denn in der Regel verlaufen Geburten natürlich und komplikationsarm oder komplikationslos. Wenn es aber zu Komplikationen kommt, muss schnell und effektiv reagiert werden. Das ist ebenfalls ein Punkt, der deutlich und fest zu regeln ist.

Es geht uns aber auch darum, dass die Frauen und Familien gesehen werden in ihrem Wunsch, nicht interessensgeleitete Informationen zu bekommen, sondern Informationen, die ihnen wirklich ermöglichen, gemeinsam eine Entscheidung zu treffen, wo und wie sie ihr Kind zur Welt bringen möchten, ob sie bei einer Beckenendlage einen Kaiserschnitt oder eine natürliche Geburt haben möchten. Alles dies sind Fragen, die Eltern bewegen. Es geht ihnen auch darum, wie das Stillen unterstützt wird, wo sie sich gut aufgehoben fühlen usw. Eltern benötigen Fachinformationen, die einfach und unproblematisch zu erreichen sind. Sie brauchen Wege, wie sie Unterstützung, auch finanzielle Unterstützung, und Anträge dafür auf ganz einfachem Weg finden und ausfüllen können, ohne dass sie dafür ein Diplom brauchen. Sie müssen sich in einem Netzwerk von Hilfe und Unterstützung sicher aufgehoben fühlen. Auch dafür gibt es viele gute Beispiele, was man tun kann und woran man arbeiten könnte. Das muss nicht immer mit viel Geld hinterlegt sein. Aber es muss auch klar sein: Die Finanzierung für diesen Bereich und auch die Unterstützung müssen so sein, wie es auch in anderen Bundesländern passiert. Dafür muss auch Geld in die Hand genommen werden.

Ich möchte an dieser Stelle zunächst einen Cut machen und Ihre Fragen beantworten.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen, die mir Anregungen für einige Nachfragen gegeben haben.

Sie haben von einem fortlaufenden Prozess gesprochen. Was ist aus Ihrer Sicht dafür notwendig, dass dieser Prozess gelingen kann?

Sie haben erwähnt, die Erreichbarkeit beträgt in mehreren Fällen durchaus über 40 Minuten Fahrzeit. Zahlen, die uns vorgelegt werden, suggerieren immer etwas anderes. Sie haben das aber auch durch die Abmeldungen hinterlegt, die dazu führen können, dass diese Erreichbarkeit nicht gegeben ist. Dass Abmeldungen möglich sind, wird in der Theorie oft nicht mitbedacht. Daher möchte ich gerne fragen: Wie kommt es denn zu diesen Abmeldungen?

Haben Sie auch Ideen dafür, wie wir eine Fachkräftesicherung herstellen können?

Sie sprachen von der Notwendigkeit regionaler Lösungen, bei denen sich auch Regionen zusammenschließen sollen. Könnten hier die Gesundheitsregionen unterstützen und dabei eine Rolle spielen?

Sie haben ferner darauf hingewiesen, dass Eltern Unterstützung brauchen und dass es dafür gute Beispiele gibt. Können Sie uns ein solches Best-Practice-Beispiel benennen?

Veronika Bujny: So, wie wir uns als Bündnis darauf einstellen, dass unsere Arbeit nicht irgendwann aufhört, werden wir als Bündnis die Geburtshilfe über eine lange Zeit unterstützen müssen, weil die Lobbyarbeit an anderer Stelle fehlt. Geburtshilfe hat weder teure Medizintechnik, noch geht sie mit einem immensen Medikamentenverbrauch einher, wofür sich sonst eine andere Lobby bildet. Vielmehr geht es darum, Eltern und Familien zu unterstützen. Diese Lobbyarbeit - so sehen wir uns als Bündnis - müssen wir leisten. Das muss im Prinzip als Prozess stattfinden, der auch irgendwo begleitet wird. Es kommt ja immer auf das Problem an, um das es in der jeweiligen Region geht. Landesweit müssen sich auch Runde Tische bilden, an denen verschiedenste Professionen miteinander gezielt an einem Problem arbeiten. Wenn dieses Problem gelöst ist, dann verändert sich vielleicht der Runde Tisch und setzt sich die Gruppe neu zusammen, weil es ein neues Problem oder ein neues Thema gibt, das als Nächstes bearbeitet werden

soll. Es wird sicherlich einen Kreis von Menschen oder von Organisationen geben, die das über lange Zeit hinweg mitverfolgen müssen. Auch ein Monitoring dieser Arbeit muss stattfinden.

Das alles hört sich jetzt sehr aufwendig an, ist dies aber letztendlich nicht, weil es immer wieder gezielt um die jeweiligen Thematiken gehen muss, um dann wieder ein Schrittchen weiter zu kommen. Der Aktionsplan kann nur fluide sein. Dann können Dinge abgearbeitet sein, und neue Probleme werden aufkommen. So richtet sich im Moment der Fokus zum Beispiel ganz stark auf den klinischen Bereich. Es gibt aber auch große Wünsche von Eltern, zum Beispiel mehr in die außerklinische Geburtshilfe zu gehen, die sich also Hausgeburten oder Geburten in Geburtshäusern wünschen. Dann könnte überlegt werden, wie das auch mit Krankenhäusern in der Nähe gut gesichert werden kann. Diese sind nämlich erforderlich. Man kann nicht irgendwo auf dem Land in der hintersten Gegend, etwa in Nordenham, ein Geburtshaus eröffnen und damit das Problem lösen wollen; denn im Notfall muss nah genug eine Klinik vorhanden sein. Deshalb ist das alles nur im Verbund miteinander und auch nur mit den entsprechenden Fachkräften möglich, die genau wissen, wo die Problematiken liegen. Es gibt ja auch die Bereitschaft der Fachkräfte, sich darum zu kümmern.

Zur Erreichbarkeit: Wenn es zum Beispiel im Krankenhaus in Aurich zu Engpässen kommt, dann trifft es die Entscheidung, dass es in seiner Geburtshilfe momentan mehr nicht stemmen kann. - Ich nenne dieses Beispiel nicht, weil dieses Krankenhaus besonders auffällig ist, sondern weil ich in dieser Region lebe. Das ist jetzt also überhaupt kein Bashing, sondern es ist, ganz im Gegenteil, eine sehr verantwortungsvolle Entscheidung, zu sagen: Mehr können wir im Moment nicht stemmen.

Hinzu kommt: Die Geburtshilfe ist ein Saisonbetrieb. Man kann die Schwangere nicht für Freitag um 18 Uhr bestellen, um die Geburt vorzunehmen, und die Nächste erst für 20 Uhr bestellen und so alles gut regeln, sondern es gibt Zeiten, zu denen plötzlich ganz viele Schwangere im Kreißsaal sind. Wir fragen uns auch, wie das kommt. Auch ich arbeite in einem Kreißsaal in Ostfriesland. Es gibt immer Zeiten, in denen wir warten und denken: Jetzt könnten eigentlich welche kommen! - Wenn die Fachkräfte ausgebucht und die Möglichkeiten in dem Krankenhaus momentan ausgebucht sind, kann es verantwortlich sein, sich abzumelden. Das bedeutet dann natürlich für die Schwangeren, die auf dem Weg in eine Klinik sind, sehr weite Wege. Die Frauen spiegeln uns immer wider: Das Schlimmste an der Geburt waren die Wehen im Auto. - Wenn man alle 5 Minuten eine Wehe hat und 40 Minuten fahren muss, ist das wirklich eine Tortur. Man muss sich dabei auch klarmachen, dass man nicht locker irgendwo hinfahren kann, wo dann die Geburt beginnt, sondern man fährt zu einem Zeitpunkt, zu dem die Geburt schon im vollen Gange ist. Deshalb stellt die Erreichbarkeit eine Schwierigkeit dar. Wenn die Frau zum Beispiel unterwegs entscheidet, dass sie nicht mehr rechtzeitig den Kreißsaal erreichen kann - das ist erst vor Kurzem wieder in Wardenburg vorgekommen, wo das Kind irgendwo unterwegs an der Autobahn zur Welt gekommen ist -, dann muss der Rettungsdienst informiert sein, dann müssen Hebammen auf dem Rettungswagen sein und muss das irgendwie klappen. In Rheinland-Pfalz und in Hessen gibt es bereits Modelle in dieser Richtung. Davon kann man lernen. Wir müssen nicht immer alles neu erfinden, sondern können auch für uns hier in Niedersachsen gute Best-Practice-Beispiele nutzen.

So etwas gibt es bereits in der Region. In Varel, Oldenburg und Umgebung wird bereits mit Telemedizin gearbeitet, sind die Verlegungskonzepte klar und ist die Aufnahme sofort geregelt.

Das wünschen wir uns zum Beispiel auch für die Kreißsäle in anderen Regionen in Niedersachsen. Das ist ein sehr gutes Modell, und es würde sich sicherlich lohnen, das auszuprobieren.

Best-Practice-Beispiele gibt es auch bezogen auf die Senkung der Kaiserschnittrate. Auch das Modell „Bauchgefühl“ hat sich jetzt zweimal bewährt und hat gezeigt, dass Kaiserschnittraten gesenkt werden können. Das kann für die einzelne Frau, die das betrifft, gesundheitlich viel bedeuten. Man muss sehen: Jeder nicht gemachte Kaiserschnitt vermeidet später eine Menge an Interventionen und gesundheitlichen Problemen. Es lohnt sich durchaus, zu überlegen, warum bestimmte Kliniken eine Kaiserschnittrate von mehr als 40 % haben und was wir tun können, damit verhindert wird, dass so viele Frauen nur einen Kaiserschnitt bekommen können. Das hat natürlich auch immer noch mit der Finanzierung der Krankenhäuser zu tun. In dem Bericht der Enquetekommission ist deutlich geworden, dass nach den DRGs nach wie vor fast das Doppelte für einen Kaiserschnitt gezahlt wird als für eine normale Geburt. Letztere ist im Übrigen günstiger als die Entfernung von Mandeln. Die normale Geburt ist deutlich unterfinanziert. Auch das wäre ein Punkt. Das gehört aber nicht hierher.

Zur Fachkräftesicherung für den Hebammenbereich: Es ist natürlich klar, wenn über Jahre viel zu wenig ausgebildet worden ist, dann ändert sich die Situation nicht innerhalb kürzester Zeit. Seit Bestehen des Hebammenstudiums, also in den letzten fünf Jahren, hat sich die Lage in Niedersachsen aber schon deutlich verbessert. Wir rechnen damit, dass in fünf bis acht Jahren grundsätzlich zumindest eine gute Besetzung in den Kreißsälen zu erreichen ist. Das hängt sicherlich auch noch an einigen anderen Dingen, wie zum Beispiel jetzt an dem Problem, dass über den Hebammenhilfevertrag die Beleghebammen schlecht gestellt werden und dabei Fragen auftauchen. Aber das ist für den Hebammenbereich im Grunde eine gute Regelung.

Die andere Frage ist: Was ist mit Pädiatern, und was ist zum Beispiel mit Kinderintensivschwestern? Das sind ganz dramatische Bereiche, da Krankenhäuser in Niedersachsen ihren Level nicht halten können, weil ihnen das Personal fehlt. Ich kann ad hoc nicht sagen, wie man das lösen kann, aber man kann Konzepte entwickeln, gemeinsam daran arbeiten und dann auch wieder regionale Lösungen finden.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Sie haben sowohl in Ihrer schriftlichen Stellungnahme als auch in Ihrem Beitrag heute alle wichtigen Handlungsfelder benannt. In der Tat müssen viele Akteure ins gemeinschaftliche Handeln kommen, damit sich die Geburtshilfe in Niedersachsen verbessern kann. Mit welchen ein, zwei oder drei Maßnahmen würden Sie beginnen, wenn Sie Gesundheitsministerin wären oder eine Mehrheit hier im Parlament hätten? Wir müssen ja auch über Prioritäten nachdenken, womit wir am meisten helfen würden.

Veronika Bujny: Grundsätzlich bin ich der Auffassung, dass es einen Plan braucht. Dieser Plan ist jetzt nicht ad hoc vorhanden. Das ist das Wichtigste und auch sehr gut in diesem Entschließungsantrag dargestellt.

Das Dringendste ist aus meiner Sicht die Einsicht, dass in Niedersachsen alle Level an Krankenhäusern gebraucht werden, also von Level 1 bis Level 4, und dass man ferner die Forderung aus dem Kopf bekommt, dass bei jeder Geburt Kinderärzte dabei sein müssen, wofür es nämlich keine Evidenz gibt und was auch bei einer Geburt außerhalb einer Klinik nicht der Fall ist. Des Weiteren nenne ich die Bildung der Regionen und damit die Schaffung einer klaren Absprache

für Übernahmen sowie die Notfalleinbindung. Damit meine ich die Forderung, Systeme für den Rettungsdienst zu finden, sodass Hebammen in Einzelfällen mitfahren können. Sie müssen nicht dauernd dabei sein, aber es gibt Modelle, bei denen freiberufliche Hebammen den Rettungsdienst bei Geburten unterstützen. Denn es gibt eine Pflicht zur Hinzuziehung einer Hebamme zur Geburt. Diese gilt natürlich auch im Rettungswagen. Das sind aus meiner Sicht momentan die wichtigsten Punkte. Aber auch der ambulante Bereich - das kommt in unserem Bündnis auch immer wieder zur Sprache - ist wichtig und muss angegangen werden. Momentan würde ich aber den Schwerpunkt erst mal auf diese Kliniksituation legen.

Abg. **Karin Emken** (SPD): Eigentlich ist schon alles gesagt worden. Ich möchte mich sehr dafür bedanken, dass Sie sehr unterstützt haben, dass erst mal der Landesaktionsplan mit den Schwerpunkten erstellt werden muss. Unser Entschließungsantrag beinhaltet ja auch ganz klar, dass es ein Prozess sein muss, dass es immer eine Kooperation mit den maßgeblichen Berufsfeldern geben muss und dass das auch ein weiterführender Prozess ist. Wir sehen es also genauso, dass das nicht nur einmal gemacht wird und es dann gut ist, sondern dass man beständig im Austausch sein muss und dass die Vernetzungsstelle dann tatsächlich die einzelnen Runden Tische - wie Sie das genannt haben - in den Regionen einrichten und betreuen kann mit dem Ziel, auch im ländlichen Bereich die Versorgung sicherzustellen.

Ich möchte auch Ihre Aussage unterstützen, weil das Krankenhaus in Aurich die Geburtsstation für meinen Wahlkreis Wittmund und Inseln ist. Wir hören tatsächlich des Öfteren von Schließungen. Wenn die Frauen das nicht wissen, dann fahren sie dorthin und müssen dann mindestens noch eine halbe Stunde länger fahren. Das sorgt für extremen Stress. Gerade wir im Nordwesten haben wirklich großen Bedarf.

Das wollte ich unterstützend sagen. Vielen Dank für Ihr Statement!

Abg. **Delia Klages** (AfD): Ich habe drei Fragen. Erstens. Sie haben eingangs erwähnt, dass Sie seit drei Jahren ohne einen Plan arbeiten. Ich wüsste ganz gerne, was die Arbeit ohne diesen Landesaktionsplan von der Arbeit mit Landesaktionsplan unterscheiden wird.

Zweitens. Sie haben davon gesprochen, dass die Runden Tische je nach Problemlage eine wechselnde Besetzung haben könnten. Ich wüsste ganz gerne, wie Sie sich solch eine wechselnde Besetzung konkret vorstellen.

Drittens. Sie haben erwähnt, dass dann, wenn im Rettungsdienst eine Geburt schon voll im Gang ist, eine Anwesenheitspflicht von Hebammen besteht. Wie wollen Sie sicherstellen, dass eine Bereitschaftshebamme überhaupt für solche Einsätze zur Verfügung steht?

Veronika Bujny: Meine Aussage war, dass das Aktionsbüro eingerichtet worden ist, aber dass es bisher nicht zu einem Aktionsplan gekommen ist. Wenn es einen Aktionsplan geben soll, dann muss dies der klare Wille der Politik sein. Daran muss gearbeitet werden, und dann muss an manchen Stellen vielleicht auch Geld in die Hand genommen werden. Das bedeutet, dass wir bisher keine regionale Absicherung haben. Das, was wir uns von dem Plan versprechen, ist, denke ich, in meinen Ausführungen schon deutlich geworden.

Die Runden Tische gibt es ja schon seit längerer Zeit, nämlich seit 2018. Damals ging es um die Akademisierung des Hebammenberufs, die in Niedersachsen wirklich sehr gut vonstattengegangen ist. Dafür ist der Runde Tisch entsprechend eingerichtet worden. Das heißt, wenn es um

bestimmte Probleme geht, müssen bestimmte Menschen, die sich in diesem Fall in erster Linie mit der Akademisierung der Hebammen befassen - sie waren aus verschiedenen Ministerien und Hochschulen, von den Hebammenverbänden usw. -, an einem Tisch sitzen und sich überlegen, was man wie machen kann und was ein gutes Konzept wäre. Da haben wir Vorgaben gemacht, nämlich 40 Studienplätze an vier Orten verteilt über Niedersachsen. Das ist alles wunderbar gelaufen. Wenn jetzt ein anderes Thema aufkommt, zum Beispiel die Regionalisierung oder die regionale Absicherung der Geburtshilfe vor Ort, dann muss man wieder überlegen: Bilden sich in der Region jeweils Runde Tische? Gibt es erst einmal einen übergeordneten Runden Tisch, der vielleicht die Kriterien festlegt, nach denen in den Regionen gearbeitet werden kann, und bilden sich erst dann Runde Tische in den Regionen? Dabei sind sicherlich andere Akteure wichtig. Dann brauchen wir das Wissenschaftsministerium und die Hochschulen nicht, sondern dann brauchen wir die Krankenhausvertreter vor Ort, die Ärzteverbände, die Kassenärztlichen Vereinigungen und alle, die mit dem Rettungsdienst befasst sind. Dann braucht man also wieder ganz andere Personen. So ist das gemeint. So läuft das ja im Prinzip schon im Hintergrund. Momentan gibt es auch den Runden Tisch Geburtshilfe. Es braucht jetzt aber eigentlich wirklich auch ein klares Bekenntnis dazu, diesen Aktionsplan umzusetzen und jeweils zu verändern.

Zum Rettungsdienst: Dafür gibt es schon einige Beispiele. So werden Verträge mit niedergelassenen Hebammen geschlossen, die sich oft bereithalten müssen, wenn sie als Hebammen in Geburtshäusern oder als Hausgeburtshebammen arbeiten oder wenn sie Beleggeburten in Kliniken 1 : 1 betreuen. Dann müssen sie sich ohnehin immer bereithalten. Dann werden die abwechselnden Zuständigkeiten festgelegt, welche Hebamme wann wie vom Rettungsdienst angerufen werden kann. Es gibt auch lokale Konzepte, nach denen in einer Region eine bestimmte Hebamme und in einer anderen Region eine andere Hebamme zuständig ist; denn die Bereiche, die Rettungsdienste abdecken, werden ja auch immer größer. Es wäre ja nicht sinnvoll, vom südlichen Ostfriesland aus an die Küste zu fahren, um bei einer Geburt zu unterstützen. Also muss dort jemand in der Nähe sein. Dafür gibt es Konzepte und Überlegungen, die sich aber immer wieder nach den lokalen Bedingungen richten müssen. Dafür gibt es sicher gute Möglichkeiten.

Mother Hood e. V.

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 4

Kimberley Schumacher: Vielen Dank, dass ich zu dieser Anhörung eingeladen worden bin. Ich möchte mich gerne zunächst kurz vorstellen. Ich bin dreifache Mutter, lebe mit meiner Familie im ländlichen Raum im Landkreis Harburg und beobachte seit Jahren mit Sorge, wie die Situation werdender Eltern oder frischgebackener Eltern ist, und engagiere mich aus diesem Grund seit knapp zehn Jahren bei Mother Hood. Wir sind eine bundesweite Elternvertretung und setzen uns für bessere Bedingungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ein. In dieser Funktion bin ich auch Teil des Bündnisses wie Frau Bujny. Aktuell nehme ich auch am Runden Tisch hier in Niedersachsen teil.

Die aktuelle Situation von Schwangeren in Niedersachsen ist sehr unterschiedlich. Je nachdem, in welcher Region die Frauen leben, landen sie in überfüllten Kreißsälen und erleben sie sehr viele medizinische Eingriffe, die zum Teil vielleicht gar nicht nötig wären. Manche Frauen erleben Gewalt. Die Frauen müssen zum Teil immer weiter fahren, wie wir schon gehört haben. Es gibt

auch immer rund um die Geburt stationär Problemlagen. Aber auch schon vorher in der Vorsorge gibt es das Problem, dass Frauen keine Frauenärzte für die Vorsorge und keine Hebamme finden oder dass sie verschiedene Fachmeinungen hören und sozusagen zwischen den Stühlen sitzen. Das geht dann auch weiter. Im Wochenbett ist die Betreuung längst nicht für alle Frauen sichergestellt.

Das sind alles Situationen, die zeigen, dass schon heute die Sicherheit für Mütter und Kinder gefährdet ist. Die Rechte von Frauen und Kindern auf eine gute Gesundheitsversorgung werden einfach missachtet - und das mitten in Deutschland.

Jede Frau und jede Familie müssen die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett so erfahren können, wie sie es sich wünschen, und die Unterstützung bekommen, die sie brauchen. Das muss möglich sein, ohne dass die Frauen in dieser labilen Phase, in der sie Unterstützung benötigen, darum kämpfen müssen; denn sie haben dann nicht die Kraft dafür. Das müssen wir als Gesellschaft einfach sicherstellen.

Aus diesem Grund begrüßen wir als Elternorganisation diesen Entschließungsantrag sehr. Aus meiner Sicht ist es längst überfällig, dass im Bereich der Geburtshilfe etwas passiert. In diesem Antrag werden schon sehr viele Maßnahmen genannt, die dafür notwendig sind. Sie sind aber noch sehr grob gefasst.

Wir brauchen diesen Aktionsplan, um tatsächlich konkrete einzelne Schritte einzuleiten und weiterzukommen. Wir müssen überlegen, was jede einzelne Person dazu beitragen kann, um Veränderungen zu erreichen. Dafür begrüßen wir sehr das Vorhaben, dass es eine Vernetzungsstelle geben soll, wie sie ja aktuell das Aktionsbüro in Teilen schon übernimmt. Das brauchen wir, um die verschiedenen Interessensbereiche zu bündeln: die Interessen der Eltern, die Interessen der Berufsverbände, aber auch der verschiedenen Ebenen: der einzelnen Orte, der Kommunen, der Landkreise. Wir brauchen diese Vernetzungsstelle, um erst mal den Aktionsplan mit den verschiedenen notwendigen Akteuren zu erstellen, um ihn dann auch fortzuschreiben und zu überlegen, wie die Umsetzung in den Regionen gelingt und was vielleicht noch angepasst werden muss. Wichtig ist aber, dass das nicht nur ein einzelnes kurzes Projekt sein darf, das jetzt für ein, zwei Jahre angegangen wird, sondern das muss langfristig angelegt sein. Wir haben in den letzten drei Jahren, seitdem es das Aktionsbüro gibt, gemerkt: Wenn man immer nur kurzfristig planen kann, dann kann man keine Pläne entwickeln, um langfristig in die Umsetzung zu gehen, sondern dann ist das einfach nur Flickschusterei und nicht langfristig angelegt. Das heißt, es ist wichtig, eine langfristige Finanzierung dafür vorzusehen. Dann kommen wir auch voran.

Ein Thema ist aus meiner Sicht besonders wichtig, das wir auch schon angesprochen haben: Die Frauen haben einen Anspruch auf eine wohnortnahe Versorgung. Es geistert immer wieder diese Fahrzeit von 40 Minuten herum. Wir haben vorhin schon gehört: Diese 40 Minuten können unter der Geburt sehr lang werden. Für die Frauen ist das einfach zu lang.

Ein Problem ist auch, dass man bei den für 40 Minuten Fahrzeit in Betracht kommenden Krankenhäusern oder Kreißsälen immer von idealen Bedingungen für eine Fahrt mit dem eigenen Pkw ausgeht. Wann haben wir denn diese idealen Bedingungen? Es gibt auch Schnee, es gibt Eis, es gibt Erntezeiten mit vielen landwirtschaftlichen Fahrzeugen auf den Straßen in Niedersachsen, und nicht jede Familie und Frau hat einen eigenen Pkw, um diesen Weg auf sich zu nehmen.

Wie ist es denn um die öffentliche Infrastruktur bestellt, sodass die Frauen die Kreißsäle erreichen? Wenn das nicht möglich ist, dann bleibt vielen nur der Weg mit dem Rettungswagen. Dann stellt sich auch die Frage, ob es richtig ist, dass jede Frau mit dem Rettungswagen zur Geburt fährt. Man muss sich dann überlegen, wie das mit den Kapazitäten und Ressourcen sinnvoll organisiert werden kann.

Auch die Situation auf den Inseln dürfen wir bei diesem Thema nicht vergessen. Wie kommen die Frauen von den Inseln zur Geburt? Ist das Boardinghaus die einzige Lösung? Ist es so, wie dies in den letzten Jahren schon praktiziert wurde, für jede Frau eine Lösung?

Wichtig ist mir auch: Wir haben aktuell ein weitverteiltes Krankenhausnetz. Ein Netz hat leider auch Löcher. Diese Löcher werden zum Teil immer größer. Unter keinen Umständen darf es schon jetzt in der aktuellen Situation zu weiteren Schließungen von Kreißsälen kommen! Die Kapazitäten in den aktuell vorhandenen Kreißsälen sind zum Teil schon erschöpft. Die Folge ist, dass die Frauen abgewiesen werden müssen oder dass die Frauen noch aufgenommen werden, aber dass die Qualität der Versorgung leidet; denn niemand kann gleichzeitig mit voller Aufmerksamkeit in mehreren Räumen sein. Deshalb ist es wichtig, dass das Land gesetzliche Grundlagen für die Krankenhausplanung schafft, die sicherstellen, dass es genug geburtshilfliche Abteilungen gibt, die in ausreichender Zahl in der Fläche verteilt sind. Es muss beispielsweise auch Sanktionsmöglichkeiten geben, wenn sich die Krankenhausträger nicht an diese Vorgaben halten, um so sicherzustellen, dass jede Frau den Geburtsort frei wählen kann. Das ist schon heute nicht für jede Frau gegeben. Dabei geht es nicht nur um die Kliniken, sondern auch um die außerklinische Geburtshilfe.

Ich möchte noch einmal betonen: Die aktuelle Situation vieler Krankenhäuser in Niedersachsen ist schwierig. Viele Krankenhäuser sehen das mit Sorge, sowohl die Mitarbeiter als auch zum Teil die Krankenhausleitungen. Viele möchten ihre Geburtshilfen eigentlich aufrechterhalten, aber sehen zum Teil keine Chance dafür, weil sie mit der aktuellen Finanzierungssituation für das gesamte Haus überfordert sind.

Ein anderes Thema hat Frau Bujny schon angesprochen: Die Familien brauchen Informationen und Aufklärung zur Steigerung ihrer Gesundheitskompetenz, um sie dazu zu befähigen, selber Entscheidungen treffen zu können, sodass sie nicht darauf angewiesen sind, dass man ihnen sagt, was sie zu tun haben. Dabei geht es nicht nur um den Bereich Geburt, sondern das ist auch langfristig wichtig, damit die Eltern, wenn sie Babys haben, befähigt werden, entscheiden zu können, was sie selber machen können und wer ihr Ansprechpartner ist, damit sie nicht beim ersten Schnupfen in der Notaufnahme der Kinderklinik landen. Das alles braucht viel Aufklärungsarbeit, braucht Geld und braucht den Willen, das anzugehen und zu verändern.

Es wird viele kleine Schritte geben müssen, die man dann in einem Landesaktionsplan kleinschrittig aufstellen und bearbeiten kann, sodass man in die Umsetzung kommt. Langfristig kann man damit die Gesundheitskompetenz der gesamten Bevölkerung stärken. Denn es sind die Generationen von morgen, die dann so aufwachsen. Das unterstützt eine große Gesundheitsprävention in der gesamten Bevölkerung und wird langfristig höchstwahrscheinlich zu einer Senkung der Kosten im Gesundheitssystem führen. Insofern darf man dafür nicht lediglich kurze Zeiträume betrachten.

Der Antrag enthält schon verschiedene Punkte für Bereiche, für die sich die Landesregierung auf Bundesebene einsetzen soll, weil nun mal verschiedene Zuständigkeiten bestehen. Mir ist es wichtig, dass sich der Landtag darüber einig ist, in den Bereichen, die in seiner Zuständigkeit liegen, ins Handeln zu kommen, und dass man sich dann aber gemeinsam auf der Bundesebene auch dafür einsetzt, dass die Veränderungen, die auf Bundesebene notwendig sind, vorangebracht werden. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Punkte in dem Antrag wichtig. Zusätzlich wäre es aus meiner Sicht wichtig, sich auch für ein bundesweites Perinatalregister einzusetzen, um damit zu erfassen, wie Mütter und Kinder aus der Geburt herauskommen und wie die Situation der Geburtshilfe und der Gesundheitsversorgung in Deutschland aktuell ist. Denn das geschieht aktuell nicht. Man kann auf der Grundlage der aktuellen Daten nicht herausfinden, wie sich irgendeine Situation in der Schwangerschaft langfristig auf die Gesundheit der Kinder, aber auch der Mütter auswirkt. Das wäre durch ein Perinatalregister möglich, für das man bundesweit die gesetzlichen Grundlagen schaffen müsste. Das würde zu einer Verbesserung der Qualität und auch zu mehr Sicherheit in der Versorgung von Müttern und Kindern führen.

Ich bitte Sie, sich gemeinsam dafür einzusetzen, die Gesundheitsversorgung für Mütter und Kinder in Niedersachsen sicherzustellen und zu verbessern, damit wir hier langfristig eine gute Zukunft für die nächsten Generationen haben.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Auch Sie haben die Situation bei der Finanzierung erwähnt. Es gibt ja Gründe, warum geburtshilfliche Abteilungen geschlossen werden. Was wäre aus Ihrer Sicht eine auskömmliche Finanzierung, damit es genau dazu nicht kommt?

Meine zweite Frage bezieht sich auf das Perinatalregister. Wie beurteilen Sie dabei die Datensicherheit? Denn man muss, wenn man solch ein Register einführt, auch auf die Daten der Personen zurückgreifen, damit man langfristig Untersuchungen durchführen kann. Wie schätzen Sie die Datensicherheit dabei ein?

Kimberley Schumacher: Zu Ihrer Frage zur Finanzierung: Nicht nur die Geburtshilfe und Gynäkologie, sondern auch andere Fachabteilungen in den Krankenhäusern sind zum Teil unterfinanziert - zum Beispiel die Pädiatrie und zum Teil die HNO-Heilkunde -, sodass es immer wieder zu Querfinanzierungen kommen muss. Ich halte es für wichtig, dass für alle Abteilungen eine ausreichende Finanzierung sichergestellt wird. Insbesondere die Geburtshilfe ist schwierig planbar, sodass vermutlich immer eine gewisse Querfinanzierung notwendig ist. Man muss beispielsweise aber auch sehen, dass das ärztliche und pflegerische Personal in der Geburtshilfe in vielen kleinen Krankenhäusern auch die gynäkologischen Patientinnen betreut, sodass es hilfreich wäre, die gynäkologischen Fallpauschalen oder Bezahlungen anzupassen bzw. das fallbasierte System in diesem Bereich zu verlassen und andere Finanzierungswege festzulegen, um die notwendige personelle, räumliche und materielle Ausstattung zu finanzieren. Das wäre mein Vorschlag dazu.

Zu der zweiten Frage zur Datensicherheit beim Perinatalregister: Ganz sicherlich wird in irgendeiner Form die Zustimmung zur Datenverarbeitung notwendig sein. Ansonsten wird vermutlich nur eine anonymisierte Form möglich sein. Beides wäre denkbar. Es gibt ja beispielsweise schon das Deutsche Krebsregister, das auch auf der Zustimmung zur Datenverarbeitung basiert. Da ist das ja auch schon möglich.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich finde es gut, dass Sie einen konkreten Vorschlag zum Thema Gesundheitskompetenz gemacht haben. Denn auch ich habe aus einigen Gesprächen mit Akteurinnen und Akteuren in diesem Bereich den Eindruck gewonnen, dass das dazu beitragen könnte, dass Frauen in den entsprechenden Situationen eher die passenden Behandlungen, Interventionen oder auch Nichtinterventionen erfahren.

Ich möchte Ihnen eine ähnliche Frage stellen wie Frau Bujny. Ich glaube, wir alle hier sind uns einig, dass generell mehr Ressourcen für die Geburtshilfe auf verschiedenen Ebenen extrem wichtig wären, auch bei der Krankenhausfinanzierung. Was wären, wenn wir beschließen, dass ein Landesaktionsplan erstellt werden soll, die ein, zwei oder drei wichtigsten Maßnahmen, mit denen wir auch unter Einsatz von Haushaltsmitteln beginnen sollten? Ich glaube, die Forderung nach einer Verstetigung dieses Prozesses ergibt durchaus Sinn. Ich sehe aber auch die Gefahr: Wir können ja nicht sagen, dass die ehrenamtlich engagierten Akteurinnen und Akteure die Ideen liefern und miteinander reden, und alle sind sich irgendwie einig, was man eigentlich machen könnte bzw. müsste. Was wären, wenn Sie Gesundheitsministerin wären, die ersten zwei Punkte, die Sie auf der Ebene Niedersachsens umsetzen würden? Wären es auch die maximal 40 Minuten Fahrzeit?

Kimberley Schumacher: Einer der wichtigsten Punkte wäre aus meiner Sicht, sicherzustellen, dass es zu keinen weiteren Schließungen von Kreißsälen kommt, also gesetzliche Grundlagen dafür zu schaffen, dass die Krankenhäuser diese Abteilung nicht mehr schließen können. So wie alle Häuser für die Grundversorgung eine Chirurgie und Innere Medizin vorhalten müssen, so muss auch bei den Krankenhäusern, die bis heute eine geburtshilfliche Abteilung haben, sichergestellt werden, dass diese erhalten bleibt. Dann dürfen die Häuser damit aber nicht alleine gelassen und dadurch quasi in den finanziellen Ruin getrieben werden, wenn das der Grund sein sollte, weshalb sie die geburtshilfliche Abteilung schließen wollen, sondern dann muss sichergestellt sein, dass sie langfristig bestehen kann. Das wäre mir ein großes Anliegen.

Ein weiterer Punkt wäre, dass man es tatsächlich konkret angeht, die Gesundheitskompetenz zu steigern, und dass Mittel bereitgestellt werden, um sich beispielsweise in einer großen Aufklärungskampagne entweder auf Landesebene oder vielleicht sogar in Zusammenarbeit mit dem BIÖG - der ehemaligen BZgA - auf Bundesebene dafür einzusetzen und gemeinsam mit den anderen Ländern Mittel bereitzustellen, um diese Aufklärungsarbeit zu leisten. Die Krankenhäuser könnten beispielsweise dazu verpflichtet werden, Daten zu der aktuellen Gesundheitsversorgung in den einzelnen Kreißsälen bereitzustellen, nämlich zu den Kaiserschnitt-Interventionsraten und welche Geburtsmöglichkeiten sie überhaupt anbieten. Leider bieten nur noch sehr wenige Abteilungen beispielsweise spontane Geburten bei Beckenendlage oder Zwillingen an.

Abg. **Karin Emken** (SPD): Ich habe keine Fragen, sondern möchte mich nur für Ihre Anregungen und dafür bedanken, dass Sie sehr schön beschrieben haben, wie die Situation im ländlichen Raum gerade in der Erntezeit ist. Auch ich wohne im ländlichen Raum. Die Fahrten verzögern sich nicht selten um 10, 20 oder 30 Minuten, wenn Trecker vor einem herfahren oder wenn die Straße gesperrt wird. Insofern ist die flächendeckende Versorgung sehr wichtig immer mit dem Blick darauf, wie sich die Situation im ländlichen Raum darstellt.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Die Themen Fahrzeiten und Gesundheitskompetenz habe ich als sehr wichtige Punkte mitgenommen. Ich habe nur eine kurze Frage. Sie haben am Anfang geschildert, wie die Situation in der Geburtshilfe für die

Schwangeren ist und was sie dort erleben. Sie haben aber auch gesagt, die Vorsorge und die Nachsorge sind wichtig. Können Sie noch etwas dazu sagen, welche Probleme Ihnen in der Vor- und Nachsorge geschildert werden?

Kimberley Schumacher: Im Bereich der Vorsorge ist vielen Frauen gar nicht bekannt, dass eine Hebammenvorsorge möglich ist. Wenn sie davon erfahren, würden sie das sehr gerne in Anspruch nehmen. Das sind also quasi zwei Schritte. Dann stehen sie aber vor der Herausforderung, Hebammen zu finden, die diese Vorsorge anbieten und Kapazitäten haben. Zum Teil ist auch die Zusammenarbeit mit den Frauenarztpraxen schwierig, weil es da zum Teil an Wissen fehlt. Die Frauen hängen dann in diesem Bereich zwischen den verschiedenen Fachmeinungen der Personen und sitzen sozusagen zwischen den Stühlen. Das ist insbesondere im Bereich der Vorsorge ein Problem. Die Frauen werden in den Frauenarztpraxen auch nicht unbedingt immer gut aufgeklärt, weil dort entweder das Wissen fehlt oder die Kapazitäten fehlen, um die Frauen darüber aufzuklären, welche Möglichkeiten zur Geburt sie haben, beispielsweise hinsichtlich der Wahl des Geburtsortes oder in Bezug darauf, welcher Geburtsmodus für die individuelle Frau der richtige ist. Es gibt Frauen, bei denen der Kaiserschnitt der bessere Weg ist. Für die meisten Frauen sollte aber die spontane Geburt angestrebt werden. Viele Frauen wünschen aber einen Kaiserschnitt, weil sie nicht wissen, was bei einer spontanen Geburt auf sie zukommt. Da fehlt es einfach an Aufklärung. - Das ist die Situation im Bereich der Vorsorge.

Zu der Situation im Wochenbett: Erst relativ spät erfahren viele Frauen oder wird ihnen bewusst, dass sie die Möglichkeit der Betreuung durch eine Wochenbett-Hebamme haben und dass sie sich darum kümmern müssen. Sie wissen oft gar nicht, welche Leistungen ihnen diesbezüglich zustehen. Dann haben sie aber je nachdem, in welcher Jahreszeit die Geburt stattgefunden hat und in welcher Region sie wohnen, die Schwierigkeit, dass sie zum Teil keine Betreuung finden können.

Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen

Schriftliche Stellungnahmen: Vorlage 1 und Nachtrag 1

Anwesend:

- Thomas Altgeld
- Sabine Scholz-de Wall

Thomas Altgeld: Vielen Dank, dass wir zu dieser Anhörung eingeladen worden sind. Ich leite auf nationaler Ebene die Arbeitsgruppe, die zwischen 2015 und 2017 das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ erstellt hat. Ich hätte mir nie vorstellen können, dass wir die Zeit von 2015 verklären; denn damals war noch vieles an geburtshilflicher Versorgungsstruktur vorhanden und haben wir schon gesagt, dass etwas passieren muss. In einigen Bundesländern ist dann auch einiges passiert. Auf der Bundesebene hat der Bund im vergangenen Jahr einen Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung dieses Gesundheitsziels vorgelegt. Deshalb ist es umso wichtiger, dass auch die Länder nachziehen. Wir waren in Niedersachsen mit der Einrichtung des Aktionsbüros relativ weit vorne. Dann kamen die Corona-Pandemie und andere politische Prioritäten.

Frau Bujny hat am Anfang gesagt: In den letzten Jahren gab es durchschnittlich 70 000 Geburten in Niedersachsen. Sie hat nicht dazugesagt, dass eine Geburt die häufigste Einzeldiagnose für die Einlieferung in ein Krankenhaus ist. Bei der nächsthäufigen Diagnose „Herzinsuffizienz“ sind es in Deutschland 200 000 Fälle weniger. Als Mann sage ich dazu: Wenn das eine männergetriggerte Krankheit wäre, die vor allem Männer betrifft und technikintensiv ist, dann hätten wir diese Diskussion nicht. Es gibt tatsächlich 750 000 Krankenhausfälle - und dann muss man sich über Basics Gedanken machen! Das ist wirklich relativ bitter.

Deshalb würde ich mir wünschen, dass das zwischen den Oppositions- und Regierungsparteien kein strittiges Thema wird, sondern dass man da gemeinsam etwas macht und vielleicht auch fraktionsübergreifend im Einzelnen überlegt, was man in Niedersachsen verbessern kann.

Zu den einzelnen Punkten wird meine Kollegin Stellung nehmen, die dieses Aktionsbüro mit sehr viel Herzblut macht. Sie hat dazu auch Anregungen, die die einzelnen Punkte des Aktionsplans betreffen.

Sabine Scholz-de Wall: Es ist ein großartiges politisches Zeichen, dass Niedersachsen nun die Erstellung eines Landesaktionsplans für das 9. Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ und damit auch die Umsetzung der darin formulierten Forderungen und Ziele voranbringen wird. Die inhaltliche Ausrichtung des zu konzipierenden Landesaktionsplans befürworten wir sehr.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass die langfristigen Auswirkungen der Geburtserfahrung auf das körperliche und seelische Wohlbefinden der Mutter und des Kindes und der gesamten Familie in den Fokus gerückt und die Bedeutung einer qualitativ hochwertigen, frauenzentrierten Schwangerschaftsbegleitung und geburtshilflichen Versorgung gesehen werden. In dieser Zeit werden Weichen gestellt, die nicht nur die körperliche und seelische Gesundheit der einzelnen Frau, eines Kindes oder einer Familie lebenslang beeinflussen, sondern auch langfristig gesamtgesellschaftliche Auswirkungen haben.

In diesem Kontext sehen wir die Stärkung des Hebammenberufes als sehr positiv. Denn eine verlässlich zur Verfügung stehende Hebammenversorgung für alle Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen spielt für eine interventionsarme, professionelle und zugewandte Betreuung in dieser Lebensphase eine zentrale Rolle und ist ein wichtiger Präventionsbeitrag zur Gesundheit von Frauen und Familien.

Des Weiteren empfehlen wir, hier auch die ärztlichen Berufsgruppen in den Fachrichtungen Frauenheilkunde sowie Kinder- und Jugendmedizin im Fokus zu behalten. Wir haben es vorhin schon gehört: Auch die Kinderkrankenpflegenden sind hier sicher mitzudenken. Für alle genannten Berufsgruppen müssen die Bereiche Studium, Arbeitsbedingungen und Bezahlung im Blick behalten werden, um dem Fachkräftemangel und den daraus resultierenden Versorgungsengpässen entgegenzuwirken.

Wir befürworten ausdrücklich, dass der zu erstellende Landesaktionsplan die Perspektive von Frau und Kind in den Mittelpunkt stellt und dass flächendeckend eine wohnortnahe Erreichbarkeit von Geburtskliniken mit qualitativ hochwertigem Standard innerhalb von 40 Minuten Fahrzeit sichergestellt werden soll.

Ebenfalls sehr zu begrüßen ist, dass sich das Land für ein Sicherstellungskonzept für die ambulante und stationäre geburtshilfliche Versorgung einsetzen will. Um diese zu gewährleisten, regen wir dringend an, die Geburtshilfe gesetzlich als Teil der Akut- und Notfallversorgung zu verankern.

Auch möchten wir empfehlen, Kooperationskonzepte zwischen den Perinatalzentren Level 1 mit den Kliniken mit weniger hohen Versorgungsstufen zu unterstützen. Auch dazu haben wir vorhin schon etwas gehört. Im Bedarfsfall kann auf telemedizinische Unterstützung zurückgegriffen werden. Wir brauchen auch klare Verlegungskonzepte für Schwangere und Neugeborene. Wir hören von unserem Runden Tisch, zum Beispiel von den Chefärzt*innen der Level-4-Kliniken, dass sie nicht in höhere Level verlegen können, obwohl sie dies müssten, weil niemand mehr annimmt, und dass sie dann einfach ganz überraschend die Frauen in den Krankenwagen setzen und fünf Minuten vorher Bescheid sagen, damit die Frau an Ort und Stelle kommt, weil sie sonst nicht angenommen wird. Das darf nicht sein.

Als bedeutsam erachten wir in diesem Kontext auch den Erhalt der Vielfalt der geburtshilflichen Landschaft, damit Frauen auch in Zukunft die Wahlfreiheit bezüglich des Geburtsortes wahrnehmen können. Diese ist nämlich durch Artikel 2 des Grundgesetzes und auch durch das Sozialgesetzbuch gewährleistet.

Wir erachten es als sehr wertvoll, dass die erwähnte hebammengeleitete Betreuung in das Konzept von HKS+-zertifizierten Kreißsälen eingebettet werden soll. Dadurch wird einerseits die in der S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin empfohlene 1:1-Betreuung ermöglicht, während gleichzeitig die Qualität der geburtshilflichen Betreuung steigt. Die Evidenz zeigt, dass es dadurch zu einer Abnahme der Interventionsraten inklusive der Kaiserschnitthäufigkeit kommt, die sich als Spill-Over-Effekt auch in der interprofessionell betreuten Geburtshilfe zeigt. Zudem führen eine flächendeckende Implementierung von zertifizierten Hebammen-Kreißsälen sowie die Umsetzung der in der S3-Leitlinie empfohlenen 1:1-Betreuung für die interprofessionelle Geburtshilfe zur Entlastung der Fachärztesituation in den Abteilungen. In diesem Kontext möchten wir auch auf die Entwicklung der Personalbemessungsgrundlagen hinweisen, die derzeit auf Bundesebene diskutiert werden. Hier werden wir zeitnah ein valides Personalbemessungsinstrument brauchen.

Ein anderer Punkt ist die wirkungsvolle Gesundheitsversorgung für die steigende Zahl der sehr kleinen und/oder sehr kranken Früh- und Neugeborenen. In den 13 Perinatalzentren in Niedersachsen brauchen wir mehr Frauenmilchbanken. Bisher gibt es erst vier. Das ist ein elementarer Stellschlüssel, um schwerwiegende Grunderkrankungen, zum Beispiel NEC, zu reduzieren und zu verhindern.

Generell müssen wir auch noch einen Blick auf die zuletzt sogar leicht angestiegene perinatale Mortalität und deren Ursachen werfen. Auch die ansteigende Rate der Totgeburten müssen wir in den Blick nehmen und die mütterlichen Ursachen für Todesfälle betrachten und dokumentieren. Hier brauchen wir dringend ein zentrales Register.

Wir schätzen es sehr, dass auch die Stärkung der psychischen Gesundheit sowie die Gewaltprävention rund um die Geburt in den Blick gerückt werden. Dabei sollte auch der Aufbau eines flächendeckenden Angebotes für das nachgeburtliche Gespräch zur Vorbeugung gegen psychische Traumata bei Frauen nach der Geburt mitgedacht werden.

Als wichtiger Schritt für die Verbesserung der mütterlichen und kindlichen Outcomes ist die geplante Erweiterung der Perinataldatenerhebung um die Sicht der Eltern bezüglich ihrer Erlebnisse und Erfahrungen unter der Geburt zur Verbesserung der Versorgungsqualität ebenfalls sehr zu begrüßen. Das ist übrigens auf Initiative des Runden Tisches Geburtshilfe geschehen, der sich diesbezüglich mit Frau Professorin Dr. Hellmers in Verbindung gesetzt hat, die das Pilotprojekt umgesetzt hat.

Weiteren Forschungsbedarf sehen wir bezogen auf die tatsächliche regionale Zusammensetzung der Bevölkerung, damit wir eine bedarfsgerechte Versorgung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ermöglichen können. Schon heute setzt sich Niedersachsen im Rahmen der laufenden Krankenhausreform auf Bundesebene für den wohnortnahen Erhalt der Geburtshilfe sowie die Überarbeitung der Leistungsgruppe Geburten mit dem Ziel der besseren Abbildung der physiologischen Geburt ein. Darüber hinaus sollte geprüft werden, wie Niedersachsen sich auf Bundesebene auch für den Aufbau eines nationalen Geburtenregisters starkmachen kann.

Dies alles wird nicht kostenneutral realisierbar sein. Für die praktische Umsetzung des Landesaktionsplans bedarf es zukünftig einer stabilen und perspektivisch angelegten Finanzierung sowie einer zentralen Stelle, die - zum Beispiel unter Einbindung der Expert*innenrunde des Runden Tisches Geburtshilfe - die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen koordiniert und die interdisziplinäre Kooperation der eingebundenen Akteure unterstützt.

Auch die bundeslandübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung sollte bei der Konzeption eines Landesaktionsplans mitgedacht werden.

Abschließend möchte ich noch auf die Ergebnisse unserer Dialogwerkstatt „Geburtshilfe in Niedersachsen stärken: Interprofessionelle Ansätze für eine zukunftsfähige Versorgung“ hinweisen, an der ja auch einige von Ihnen mitgearbeitet haben. Unterstützt durch eine breit aufgestellte Expert*innenrunde - sie setzte sich zusammen aus dem Kreis der Eltern- und Interessenverbände, aus Wissenschaft und Praxis, aus Politik und Verwaltung und auch aus dem Kreis der Kostenträger und Leistungserbringer - hat der Runde Tisch am vergangenen Freitag, dem 26. September, orientiert an den fünf Unterzielen des 9. Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ inhaltlich zu kurz-, mittel- und langfristigen Zielen für einen Landesaktionsplan gearbeitet. In den folgenden Wochen werden die Ergebnisse dieser Veranstaltung gebündelt und aufgearbeitet werden. Gerne möchten wir mit diesen Impulsen die Erstellung des „Landesaktionsplans Gute Geburt: Eine gesunde und gute Geburt für Mütter und Kinder sicherstellen“ unterstützen.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen und die Statements gleich zu Beginn, die sehr eindringlich waren. Ich habe eine Frage zur Stärkung der psychischen Gesundheit in Bezug auf das nachgeburtliche Gespräch. Unter welchen Maßgaben sollte aus Ihrer Sicht solch ein nachgeburtliches Gespräch stattfinden? Oder würden Sie sagen, es sollte generell stattfinden, oder würden Sie dabei auch Abstufungen machen?

Meine zweite Frage: Sie haben auch in Ihrer schriftlichen Stellungnahme dringend angeregt, die Geburtshilfe gesetzlich als Teil der Akut- und Notfallversorgung zu verankern. Wie stellen Sie sich das vor, und welche Verbesserungen erhoffen Sie sich dadurch?

Meine dritte Frage bezieht sich auf Menschen mit Migrationshintergrund in Niedersachsen, insbesondere auf Basis von Zuwanderungsgeschichte in der Arbeitsmigration. Viele Mütter sind auch im Zuge der Arbeitsmigration in die Region Osnabrück/Emsland/Südoldenburg gekommen, die gerade in der Schwangerschaft nicht durch andere Angebote erreicht werden, die wir teilweise in der Flüchtlingssozialarbeit haben, und die auch keine Anknüpfung an das Hilfesystem haben. Haben Sie auch marginalisierte Gruppen besonders im Blick, und haben Sie das Gefühl, dass die Gesundheit rund um die Geburt für diese Gruppen noch schwieriger ist?

Sabine Scholz-de Wall: Zu Ihrer ersten Frage: Aus der Schweiz liegt schon gute Evidenz vor, dass das nachgeburtliche Gespräch für alle Frauen und Familien eine sehr gute Maßnahme ist, die der postnatalen Depression gut vorbeugt. Der Zeitpunkt des Gesprächs kann sehr unterschiedlich sein und muss individuell auf die Frau und Familie zugeschnitten sein. Auch die Durchführung kann sehr unterschiedlich sein. Aber allein, dass solch ein Angebot besteht, kann für die langfristige Gesundheit sehr hilfreich sein.

Zu Ihrer dritten Frage: Gerade Personen zum Beispiel mit niedrigem Bildungshintergrund, schlechter Lesekompetenz oder noch geringeren Sprachkenntnissen werden von vielen Angeboten ausgegrenzt. Selbstverständlich ist es sehr wichtig, dass solch ein Landesaktionsplan sozusagen nicht nur die Zahnarztfrau mitdenkt, die ohnehin alles bekommen und sich gut informieren kann. Hilfreich sind in Niedersachsen zum Beispiel unsere Hebammenzentralen. Das ist etwas ganz Besonderes, das wir hier in Niedersachsen auch im Vergleich zu anderen Bundesländern gut, aber noch nicht gut genug ausgebaut haben. Da müssen wir uns auch beim Hebammenverband Niedersachsen sehr bedanken, der das sehr stark vorangebracht hat. Hier ist aber noch Luft nach oben. Das haben wir auch in der Dialogwerkstatt gesehen. Viele Landkreise könnten noch sehr davon profitieren, wenn wir dieses Angebot weiter ausbauen.

Thomas Altgeld: Zu der zweiten Frage: Die Geburtshilfe ist da ja mittendrin. Wir haben das eben schon bei dem Rettungsdienst gesehen. Die Frage ist, wie man das alles miteinander verknüpft. Dadurch, dass die Geburtshilfe als nicht so problematisch gesehen oder nicht so wichtig genommen wird, fällt sie immer raus. Man denkt, dass man dabei mit den Level-Aufteilungen schon zu Ende ist. Da werden außerklinische und klinische Geburtshilfe und Rettungsdienst zusammen gedacht. Man müsste sich regionsspezifisch genauer ansehen, was möglich ist und was nicht möglich ist, und muss das auch länderübergreifend betrachten. Viele Geburten von Frauen aus Niedersachsen finden ja in Bremen und in anderen Bundesländern statt.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Sie haben erwähnt, dass die Ergebnisse der Dialogwerkstatt bald präsentiert werden. Ich würde mich freuen, wenn Sie uns schon ein paar Impulse daraus mitgeben können, wenn das möglich ist und wenn Sie das gerade parat haben.

Sie haben sich auch auf nachgeburtliche Gespräche bezogen. Gewaltprävention spielt ja auch eine große Rolle. Was könnte dafür nach Ihren Vorstellungen helfen?

Sabine Scholz-de Wall: Zunächst zu Ihrer zweiten Frage: Die Gewaltprävention ist stark verknüpft mit Aufklärung der Mitarbeitenden im Bereich der Geburtshilfe. Hier ist noch sehr viel Arbeit vor uns, um erst mal aufzuzeigen: Was ist denn Gewalt? Was empfinden Frauen als Gewalt? Eine zweite große Stellschraube ist ein ausreichend dichtes Versorgungsnetz, weil Menschen, die sehr stark belastet sind, eher dazu neigen, aus ihrem Zeitmangel und ihrem eigenen

Druck heraus Gewalt auszuüben. Das ist nicht immer körperliche Gewalt - aber auch das gibt es tatsächlich, obwohl man das manchmal kaum glauben möchte -, sondern auch verbale Gewalt. Wichtig ist auch hier eine ausreichend engmaschige Betreuung. Die 1:1-Betreuung wäre eine gute Prävention, vielleicht auch im Rahmen des HKS+-zertifizierten Kreißsaals, weil in diesem Rahmen auch sehr gute Fortbildungen für die Mitarbeitenden zusätzlich angeboten werden. Wichtig ist aber auch die Bewusstseinsschaffung. Am 25. November ist immer der „Roses Revolution Day“. Dann bieten wir traditionell eine Veranstaltung zu diesem Thema an, weil es ganz wichtig ist, da einfach dranzubleiben.

Ein bisschen Sneak Preview haben wir, glaube ich, auch schon durch unsere Impulse gegeben, die wir hier gesetzt haben. Ein wichtiger Aspekt aus der Dialogwerkstatt ist: Wenn wir diese vielen guten Ideen in die Umsetzung bringen wollen, dann muss das finanziell hinterlegt sein und braucht es eine zentrale Stelle, die das koordiniert, die auch interprofessionell die Kommunikation und die Zusammenarbeit stärkt. Dann sind es sehr viele Dinge. Wir werden uns am 17. Oktober wieder treffen. Bis dahin werden die einzelnen Workshops, die zu den Unterzielen des 9. Nationalen Gesundheitsziels gearbeitet haben, ihre Ergebnisse noch einmal sortieren und aufbereiten. Dann geht das wieder in den Runden Tisch und geht es damit weiter.

Thomas Altgeld: Wie Frau Bujny schon gesagt hat, ist es vielleicht der erste Schritt, jetzt einen Aktionsplan zu beschließen, um zu schauen, welche Entwicklungen es gibt oder welche Erfordernisse man noch aufgreifen kann. Wir sind für eine schnelle Verabschiedung dieses Aktionsplans, aber mit der Offenheit, dass man immer auch noch Anforderungen ergänzen kann und es nicht zu statisch zu denken, was solch ein Aktionsplan leisten kann.

Zu der Frage von Herrn Uhlen, wie man sozial benachteiligte Zielgruppen erreicht: Ich glaube, wir brauchen mehr Armutssensibilität in den öffentlichen Einrichtungen. Der Landkreis Osnabrück hat dafür Konzepte erarbeitet. Gleichgültig, wo man auftaucht, wird damit gerechnet, dass Menschen nicht lesen können, dass sie die deutsche Sprache nicht sprechen können, dass sie keine Formulare ausfüllen können und dass sie weiterverwiesen werden können. Eine der Herausforderungen, die sich auch in der Geburtshilfe stellt, ist, sich bewusst zu machen und zu schauen, wer Kontakt zu den Menschen hat und wie man dann auch Informationen rüberbringen kann.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Wenn ich mich richtig erinnere, gab es die Forderung zur Grund- und Regelversorgung schon, als vor ein paar Jahren das Krankenhausgesetz in Niedersachsen beschlossen wurde. Uns stellt sich die Frage, ob es dann, wenn wir das so hätten, nicht auch eine Positivdiskriminierung - Stichwort: Sicherstellungszuschläge usw. - möglicherweise erschweren könnte. Diese Frage ist jetzt aber vielleicht schon ein bisschen zu detailliert.

Ich habe noch die Frage, ob geplant ist, dass Sie noch einmal in unseren Ausschuss kommen und berichten, wenn nach dem 17. Oktober die Arbeitsgruppen die Ergebnisse zusammengefasst haben und der Runde Tisch getagt hat. Wenn das nicht geplant ist, würde ich das gerne beantragen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Der Ausschuss kann das gegebenenfalls beschließen und dazu einladen.

Sabine Scholz-de Wall: Vielen Dank dafür. Wir werden dieses Angebot sehr gerne in die Arbeitsgruppe mitnehmen, die diese Dialogwerkstatt vorbereitet hat. Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass wir dabei auf positive Resonanz stoßen werden und da etwas für Sie vorbereiten können.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Zu der Antwort von Herrn Altgeld möchte ich gerne konkretisieren, dass Armutsprävention bzw. insbesondere Präventionsketten, die beispielsweise im Landkreis Osnabrück integriert worden sind, durchaus Instrumente sind, die helfen. Mir ging es eben aber nicht nur um die Armutsfälle bzw. armutsgefährdeten Personen, sondern insbesondere um diejenigen, die aufgrund europäischer Arbeitsmigration zu uns gekommen sind und zum Teil auch Geld verdienen, aber mit dem Hilfesystem nicht vertraut sind, weil sie hier nicht im Hilfesystem ankommen, sondern hierher kommen, weil sie bei uns in der verarbeitenden Industrie sehr gerne arbeiten und auch gut verdienen und dann Gott sei Dank in der Familie auch mit einer Schwangerschaft gesegnet sind, aber dann manchmal keine Kontakte in das Hilfenetz von Betreuung, Beratung und Nachsorge herstellen können und nicht wissen, dass und wie es sich in Deutschland anders verhält als in anderen Ländern, wo Geburten meistens nicht im Krankenhaus stattfinden, was manchmal auch gar nicht so schlecht ist.

Sabine Scholz-de Wall: Frau Schumacher hat vorhin auch schon angesprochen, dass es wichtig ist, dass das besser miteinander verzahnt ist und nicht jede Leistung irgendwo einzeln gesucht werden muss.

Thomas Altgeld: Wir haben in den Präventionsketten beispielsweise in Oldenburg mit Wanderarbeitern in der Fleischindustrie gearbeitet. Es ist schon die Frage, welche zugehenden Geschichten man da hat. Dann ist nicht nur die Schwangerschaft das Thema, sondern überhaupt die gesundheitliche Versorgung und auch die Bildungsversorgung für Kinder, die schon geboren sind. Eines der Probleme, die wir uns im Landkreis Oldenburg angesehen haben, war, ob sie überhaupt in Schulen gehen oder nicht. Das muss man zusammen denken, und man muss auch die Arbeitsbedingungen in den Blick nehmen, ob sie dort gelassen werden oder ob es irgendeine Art von zugehender Hilfe im Landkreis gibt.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für die positiven Rückmeldungen. Uns ist sehr bewusst, dass man an vielen Stellen immer Verbesserungen erreichen kann, so gut das System auch ist. Man merkt hier, dass, wie Herr Altgeld gesagt hat, das Thema Geburten viele Jahre nicht im Fokus gestanden hat. Deshalb sind wir sehr froh über diese Rückmeldungen.

Ich habe mich jetzt noch zu Wort gemeldet, weil Sie den länderübergreifenden Aspekt eingebracht haben. Wir hatten hier im Ausschuss vor nicht allzu langer Zeit eine Übersicht über die Bewertung der Leistungsgruppen in Niedersachsen, wie die Erreichbarkeit wäre und welche Kriterien angelegt worden sind. Dabei hat man uns gesagt, dass es mit Daten über die Ländergrenze hinaus schwierig ist. Wir haben das im Blick. Wir halten das für einen wichtigen Aspekt und versuchen auch, das aufzuarbeiten, weil das für die Versorgung der Menschen natürlich eine wichtige Rolle spielt. Wenn das nächste Krankenhaus in Bremen ist, dann wird das im Zweifel auch angesteuert. Das haben wir gesehen, und ich hoffe, dass wir das auch bei den folgenden Beratungen entsprechend aufgearbeitet bekommen. Das ist jedenfalls unser Ziel.

Sabine Scholz-de Wall: Es ist nicht nur Bremen, sondern zum Teil auch Nordrhein-Westfalen. Kliniken werden aber auch plötzlich geschlossen. Häufig wird darauf verwiesen, dass es nach Nordrhein-Westfalen gar nicht weit ist. Man muss aber die Situation insgesamt betrachten.

Thomas Altgeld: Zu der Datenlage rund um die Geburt: In der Arbeitsgruppe zum Nationalen Gesundheitsziel haben wir das nationale Geburtenregister gefordert. In Deutschland wird im europäischen Vergleich relativ schlecht dokumentiert. Deshalb können wir immer nur Einzelstudien durchführen und wäre es auf jeden Fall eine Bundesratsinitiative wert, um eine bessere Datenlage nicht nur länderübergreifend, sondern auch über außerklinische und klinische Geburtsorte und all das, was in der Schwangerschaft mit Fehlgeburten passiert, zu schaffen. Das wird auch gar nicht sehr teuer sein.

Hebammenverband Niedersachsen

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 6

Anwesend:

- Hilke Schauland
- Susanne Huhndorf

Hilke Schauland: Der Hebammenverband sieht in dem Entschließungsantrag einen sehr wichtigen Schritt zur Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung der Frauen in Niedersachsen.

Durch die fortschreitende Schließung von Kliniken und die damit einhergehende ungeplante Zentralisierung insbesondere der Kreißsäle sind Versorgungslücken in Niedersachsen entstanden, die einer Planung und Entgegnung bedürfen. Dazu ist zwingend ein flächendeckendes, verlässliches und qualitativ hochwertiges Versorgungsnetz zu planen und umzusetzen. Dabei müssen alle geburtshilflichen Settings - inklusive Hebammenpraxen, Geburtshäuser, medizinische Zentren, niedergelassene Gynäkolog*innen und Hebammen - mit bedacht werden. Das Versorgungsnetz mit Beratung und Hilfe 24/7 in erreichbarer Nähe muss sichern, dass den Frauen das richtige Team zur richtigen Zeit und am richtigen Ort zur Verfügung steht.

Pädiater fordern, dass bei jeder Geburt ein Pädiater dabei sein soll. Diese Forderung steht konträr zur Realität: Die Versorgungsstufen der Kreißsäle werden herabgesenkt, weil es zu wenig Pädiater gibt. Beispiele sind Wilhelmshaven, Aurich und Leer. Vielmehr ist die Option des Ausbaus der Telemetrie sinnvoll. Beispielsweise in Varel wird das erfolgreich praktiziert.

Durch Kooperationsverträge müssen alle Kliniken in regionale Netzwerke eingebunden sein. Darin werden einerseits die Übernahme von Schwangeren und Neugeborenen und andererseits die Rotation von Ärzt*innen im Rahmen der Ausbildung vereinbart; denn wenn sie lokal nicht mehr ausreichend lernen, werden sie die Level-3- und -4-Häuser nicht mehr für sich als Ausbildungsort anerkennen. Standardisierte Trainings- und Fortbildungsveranstaltungen für geburtshilfliche Teams sind die Voraussetzung dafür, dass in einer Region nach den gleichen Standards gearbeitet wird und vergleichbare Kompetenzen erworben werden. Hierzu sind Verlegungskonzepte, eine gesicherte Übernahme und ein sicherer Transport zu gewährleisten. Eine Übernahme durch das nächstgelegene Perinatalzentrum muss zugesichert werden, damit die verlegenden Krankenhäuser nicht eine sehr lange Suche vornehmen müssen. Ich weiß, dass Oldenburg und Bremen schon immer hin und her telefonieren. Wenn aber eine Ärztin, die eigentlich dringend für die praktische Arbeit benötigt wird, herumtelefonieren muss, um ein Haus zu finden, in das sie eine Frau verlegen kann, dann bindet das unnötig Kapazitäten.

Hebammen ermöglichen eine qualifizierte Einschätzung des Geburtsprozesses. Die längeren Anfahrtswege bedeuten, dass Frauen und deren Familien während der Fahrt unbegleitet sind. Schwangere mit langen Anfahrtswegen sind Stress und Angst ausgesetzt und können sich im Auto nicht bewegen. Das kann Komplikationen hervorrufen. Auch der Fahrer ist dann involviert und kann nicht sicher Auto fahren, obwohl dies sein müsste.

Es gibt eine Studie, nach der Notfallsanitäter*innen ihr Wissen über ungeplante außerklinische Geburten sowie deren Begleitung als mittelmäßig gut beurteilen und ihnen mit großem Respekt begegnen. Selbst eine Verdoppelung der Ausbildungsstunden dieser Notfallsanitäter*innen würde ihnen keine ausreichende Sicherheit geben. In der Folge kann es zu Beeinträchtigungen kommen. Es bedarf eines stabilen Notfallkonzeptes, welches der Rettungsdienst mit Hebammen und Kliniken organisiert. Ein Beispiel dazu gibt es schon in Hessen. Ich möchte auch ein Beispiel aus Niedersachsen nennen: die vorhin schon erwähnte Geburt in Wardenburg. Der Mann hat zwei Minuten nach der Geburt den Rettungsdienst alarmiert und gesagt: „Das Kind ist da!“ Trotzdem sind drei Rettungswagen ausgefahren. - Dazu kann man ja sagen: Toll! - Jeweils ein Rettungswagen war für die Mutter, für den Vater und für das Kind. Diese drei Rettungswagen sind losgefahren und auch zur Klinik gefahren. Das zeigt, mit welch hoher emotionaler Beteiligung die Notfallsanitäter dem begegnen, ohne wirklich über eine entsprechende Ausbildung zu verfügen. Was hilft es denn dieser Familie, dass drei Rettungswagen zu ihr gefahren sind? - Wir stehen dafür bereit, gute Konzepte und wirkliche Sicherheit für die werdenden Familien mit aufzubauen.

Im ländlichen Raum werden die Fahrzeiten immer länger und in Metropolen die Angebote immer mehr überfüllt. Da besonders die Kreißsäle im ländlichen Raum für die Notfallversorgung an Wochenenden und Tagesrandzeiten zuständig sind, würde deren Wegfall dazu führen, dass die werdenden Eltern noch längere Anfahrtswege hätten, wenn sie Hilfe benötigen. Es müssen weitere Anlaufstellen implementiert werden. Für langfristige Lösungen wie geburtshilfliche Ambulanzen ist die Zusammenarbeit von Kommunen, Land und Bund unerlässlich, um neben der Krankenhausreform unverzüglich ergänzende Gesetzgebung und Verordnungen aufzustellen. Es fehlen Regelungen zur überregionalen Zusammenarbeit, zum Beispiel an den Landesgrenzen zu Bremen, Hamburg und Nordrhein-Westfalen.

Bei der Planung ist nicht nur die Maximalversorgung für die Geburtshilfe, also die Versorgung von komplizierten Fällen und Notfällen, sondern auch die Versorgung von gesunden Frauen mit gesunden Kindern mit zu berücksichtigen. An jedem Standort in Niedersachsen muss eine normale Geburt möglich sein. Die durch Leitlinien der Fachgesellschaften erstellten Behandlungsstandards müssen flächendeckend unter Beachtung der Levelzuordnung umgesetzt werden, um allen Schwangeren eine adäquate Betreuung zu ermöglichen, sodass auch spontane Beckenendlagengeburten und spontane Zwillingsgeburten möglich sind.

Was aktuell unter Qualität verstanden wird, reicht nicht. Es wird eigentlich nur erfasst, ob die Frau überlebt hat, ob das Kind gesund ist und ob die Klinikfahrzeiten eingehalten worden sind. Nicht erfasst werden die Zufriedenheit und das Wohlergehen der Frauen und auch nicht, ob sie unnötige Interventionen erfahren haben.

Im internationalen Vergleich schneidet Deutschland bei der Qualität der Geburtshilfe leider nicht gut ab. Die Interventionen sowie die Zahl der als traumatisierend beschriebenen Geburtserfahrungen von Frauen nehmen seit Jahren kontinuierlich zu und liegen im europäischen

Vergleich im oberen Drittel. Im Gegenzug sinkt leider der Anteil der interventionsarmen physiologischen Geburten. Beim Outcome der klinischen Geburtshilfe liegt Deutschland im europäischen Vergleich insgesamt im unteren Drittel. Insbesondere die sehr hohe Sectiorate sowie die hohe Quote von Frühgeburten fallen hier auf. Dann kann man nicht sagen, alles ist gut und wir können alles so belassen.

Die Qualität der klinischen Geburtshilfe zielt darauf ab, das medizinische Risiko zu minimieren, und nicht darauf, dass Mütter und Kinder gestärkt aus dem Prozess hervorgehen. Hier müssen die Qualitätskriterien und Parameter ergänzt werden, die sowohl die vorgegebene Versorgungsstruktur und die in Leitlinien festgelegten Behandlungsstandards als auch das subjektive Erleben der Geburt berücksichtigen. In der Erfassung der Geburtshilfe in Deutschland müssen unbedingt auch Kriterien wie das Wohlergehen, die Zufriedenheit mit der Geburt und die partizipative Entscheidungsfindung einbezogen werden. Diese Berichte müssen auch öffentlich sein.

Frauen, die unter der Geburt eine Traumatisierung erlebt haben, müssen die Anerkennung ihres Erlebten und Unterstützung zur Bewältigung erfahren. Das müssen wir aus ihrer Perspektive betrachten. Niemand kann von außen sagen: Das war ja nur ein Notfall, deswegen gibt es jetzt auch keine Traumatisierung. Der zweite Runde Tisch im Sozialministerium hat, wie vorhin berichtet wurde, schon dazu gearbeitet. Dieses Ergebnis liegt brach. Wir wünschen uns sehr, dass die Ergebnisse aufgegriffen und umgesetzt werden.

Die 1:1-Betreuungsgarantie muss auch aus der Perspektive der Frau betrachtet werden. Sie müssen überall Erfahrung finden. Denn das bedeutet eine 1:1-Betreuung: eine interventionsarme Geburt. Die professionelle Begleitung in der 1:1-Betreuung kann gesundheitliche Folgen von negativen Geburtserlebnissen wie Wochenbettdepression, posttraumatische Belastungsstörung und Bindungsprobleme des Neugeborenen mit großer Wahrscheinlichkeit minimieren.

Wir haben genügend Hebammen in Deutschland. Das klingt angesichts des Fachkraftmangels vielleicht seltsam, aber es ist so. Wir haben eigentlich eine ausreichende Anzahl von Hebammen. In Niedersachsen ist die Ausbildungszahl verdoppelt worden. Hebammen arbeiten aber nur in Teilzeit, weil sie die Rahmenbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Kreißsälen nicht aushalten. Insofern müssen wir daran arbeiten, dass es ein Personalbemessungsinstrument gibt, das leitliniengerechtes Arbeiten ermöglicht. Ich nenne jetzt auch mal eine Zahl: 1 zu 60. Eine Vollzeithebamme betreut 60 Geburten im Jahr. Davon sind wir hier fernab. Im Augenblick sind es im Schnitt 110 bis 130.

Zu der Ausbildungszahl: Leider können nicht alle Studienplätze belegt werden, weil es an Praxisorten fehlt. Es wäre also sinnvoll, die Praxisorte zu unterstützen und bei der Koordination zu helfen.

In Deutschland werden 98 % der Kinder in Kliniken geboren. Nur 6,7 % der Frauen erleben dort keine Intervention. Dabei wünschen sich 90 % der Frauen, interventionsarm mit einer intensiven Hebammenbetreuung zu gebären. Der Hebammenkreißsaal ist ein Betreuungskonzept, das sich an gesunde Schwangere richtet. Dabei hat die Schwangere im Hebammenkreißsaal die Wahl zwischen der hebammengeleiteten oder interprofessionell geleiteten Geburt. Dabei erfährt sie die 1:1-Betreuung; denn das ist die Voraussetzung. Für die nach außen erkennbaren strukturierten Prozesse im Hebammenkreißsaal, die die Qualität wie die 1:1-Betreuung aufzeigen, gibt es ein Zertifikat. Bisher ist das sonst ungeschützt. Eine Klinik kann sich ein Pappschild an die Tür

hängen und sagen: Das ist unser Hebammenkreißsaal. - Das zeigt aber nicht die Qualität nach außen. Die Implementierung und Zertifizierung der Hebammenkreißsäle in Niedersachsen zu fördern, ist eine ganz wichtige Qualitätssicherung.

Was wäre zu tun, Frau Hopmann, wenn ich jetzt in Niedersachsen Gesundheitsministerin wäre? - Dann würde ich sagen:

- Einrichtung eines Modellprojekts eines Versorgungsnetzes von Kliniken und ambulantem Setting, das Kooperationen und Verlegung regelt. Im Fokus liegt dabei die Förderung der frauzentrierten Geburtshilfe analog dem Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“. Mitzudenken sind Zukunftsoptionen wie geburtshilfliche Ambulanzen im ländlichen Raum.

- Die Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ wird mittels Runder Tische mit angepasster Besetzung nach Themeninhalt vorangebracht. Dabei werden die erarbeiteten Ergebnisse realisiert.

- Hebammenkreißsäle werden bei der Zertifizierung gefördert. Die notwendige gesetzliche Anpassung für leitliniengerechtes Arbeiten erfolgt.

- Die Praxisorte erhalten Unterstützung, damit alle Studienplätze besetzt werden können.

Das von Frau Scholz-de Wall angesprochene nachgeburtliche Gespräch kann ja nicht nur für die betroffene Frau förderlich und hilfreich sein, sondern es ist gleichzeitig ein Feedback für die Klinik, selber noch einmal zu reflektieren: War das gut, oder können wir Dinge verändern?

Das alles sind Schritte, die gerne unternommen werden sollten.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Sie haben sowohl in Ihrer schriftlichen Stellungnahme als auch in Ihren mündlichen Ausführungen, für die ich Ihnen danke, gefordert, dass die Qualitätskriterien um Parameter ergänzt werden müssen, die auch das subjektive Erleben der Geburt berücksichtigen. Um Qualität messbar zu machen, braucht man ja Daten und Fakten. Ich würde gerne wissen, wie Sie sich vorstellen, dass das subjektive Erleben qualitativ messbar gemacht werden kann.

Hilke Schauland: Es gibt eine Perinatalerfassung. Dazu haben wir uns am Runden Tisch in der Arbeitsgruppe um Frau Professorin Dr. Claudia Hellmers Gedanken gemacht. Ihre Kohorte hat dazu gearbeitet. Verschiedene Optionen sind möglich. Das alles wird hinterher anonymisiert und gibt Datensicherheit zu der geburtshilflichen Versorgung in Niedersachsen.

Zu Ihrer Frage zur Subjektivität: Es gibt tatsächlich schon Instrumente, die das erfassen. Das gibt es schon und müssen wir nicht erfinden. Das ist wissenschaftlich validiert. Man kann sich noch darüber unterhalten, wann es in die Erfassung geht. Frau Professorin Rainhild Schäfers hat dazu geforscht und hat nach zwei Wochen und nach acht Wochen dazu gefragt. In der heutigen Zeit muss es auch digital möglich sein, diese Daten zu erfassen, zusammenzuführen und in die Perinatalerfassung einzubringen.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Können Sie uns schon etwas zu den geburtshilflichen Ambulanzen sagen? Darunter kann ich mir noch nicht allzu viel vorstellen. Ich würde mich freuen, dazu noch ein bisschen mehr zu hören.

Meine folgende Frage haben Sie schon ein bisschen beantwortet. Ich habe wahrgenommen, dass der Runde Tisch sehr rührig ist. Wir haben heute auch schon von verschiedenen Modellen gehört. Ist das ein Erfolgsmodell zur Partizipation der verschiedenen Akteur*innen, oder was bräuchte es gegebenenfalls noch?

Hilke Schauland: Geburtshilfliche Ambulanzen bedeuten, dass Frauen am Wochenende zu den Randzeiten - also nach dem Ende der Sprechstunde und über die Nacht - eine Praxis aufsuchen können, in der sich entweder eine Hebamme oder ein Gynäkologe des vermeintlichen Problems annimmt. Wenn Frauen den errechneten Geburtstermin überschreiten, müssen sie regelmäßig eine Untersuchung vornehmen lassen und dafür gegebenenfalls eine Stunde unterwegs sein. Um das abzupuffern, wäre solch eine ambulante Praxis sehr gut, aber auch für die Ersteinschätzung: Geht es in Richtung Geburt, oder ist es doch eine langandauernde Latenzphase? Auch das alles könnte dort untersucht werden. Es gilt dann, das auch zu implementieren.

Zur Partizipation am Runden Tisch: Ja, wir sind sehr rührig. Vielen Dank, dass Sie das so wahrgenommen haben. Wir stellen uns Themen. Dann ist es sehr sinnvoll, dass diejenigen, die zur Entwicklung einer Lösung beitragen können, angepasst werden. Das ist sehr wichtig. Am grünen Tisch wird bei einer Zentralisierung überlegt, dass die Menschen, wenn eine Klinik schließt, in einer anderen Klinik arbeiten werden. So ist es aber nicht. Auch Hebammen sind in Familien eingebunden und ziehen nicht unbedingt zum nächsten Kreißsaal. Es ist auch keine gute Option, die Menschen, die dort arbeiten, dorthin zwingen zu wollen, sondern es gilt dann, eine gute geburtshilfliche Philosophie und gute Rahmenbedingungen für die Arbeit zu haben. Das lässt die Menschen in den Kliniken arbeiten. Wenn sie dort keine gute Basis haben, dann macht das auch krank und ist es nur gesund, dort wegzugehen.

Abg. **Andrea Prell** (SPD): Ich grübele noch ein bisschen über den Anteil von interventionsfreien Geburten in Höhe von 6,7 %, den Sie vorhin genannt haben. Was zählt dann bereits als Intervention? Ist schon das Legen eines venösen Zugangs eine Intervention? Beziehen sich die Interventionen auf alle Tätigkeiten im Kreißsaal oder auch auf nachgeburtliche Interventionen, zum Beispiel im Zusammenhang mit Nachwehen?

Hilke Schauland: Ja, das Legen eines venösen Zuganges ist eine Intervention. Tatsächlich können Frauen auch ohne einen venösen Zugang gebären. Das ist aber - wenn ich das bewerten darf - eine kleinere Intervention als eine größere. Ich habe schon vorhin überlegt, ob ich das sagen kann: Zum Beispiel findet auch Kristellern statt, bei dem vom Bauch her mitgedrückt wird. Es gibt in der Leitlinie eine Anleitung, wie das, wenn es sein muss, richtig gestaltet wird. Trotzdem erfahren Frauen schreckliche Situationen. Ich wage es, das hier jetzt einmal auszusprechen: Manchmal wird nicht nur der Arm darauf gelegt, sondern kniet man sich auch darauf. Alles das darf nicht sein. Das können wir auch nicht mehr kleinreden. Der venöse Zugang oder diese ganz schreckliche Gewalterfahrung - das alles soll nicht sein. Alles muss proportional geordnet sein.

Abg. **Karin Emken** (SPD): Ich glaube, der Dammschnitt gehört auch dazu. Das erfahren ja ziemlich viele Frauen.

Hilke Schauland: Ja, natürlich.

Abg. **Karin Emken** (SPD): Ich habe noch eine Frage zum Personalbemessungsinstrument. Wie kann ich mir das in der Praxis vorstellen?

Hilke Schauland: Wie Frau Bujny vorhin sagte: Es ist ja leider nicht möglich, der Schwangeren Zeiten anzugeben, wann ein guter Zeitpunkt für die Geburt wäre. Wir haben aber mal den Bedarf gesehen, die Zeiten zu addieren, wie viel Betreuungszeit die Frau benötigt und wie viele betreuungsferne Tätigkeiten im Kreißsaal anfallen. Wir sind ebenso wie andere Institutionen auf ein Verhältnis von 1 zu 60 gekommen. Das heißt, eine Hebamme betreut eine Frau. Sie muss aber nicht konsequent immer in demselben Raum sein, sondern es kommt auf den Bedarf der Frau an. Wenn die Frau von der Hebamme im Raum betreut werden möchte, hat die Hebamme die Möglichkeit, auch wirklich im Raum zu sein, also nicht zur Tür zu gehen, nicht den PC zu bedienen, nicht aufzuräumen oder zu putzen, sondern sie hätte dann wirklich die Zeit, die Frau entsprechend ihren Bedürfnissen zu begleiten. Das ist die sogenannte LoPH-Methode, die wir errechnet haben: die „Leitlinienorientierte Personalbemessung für Hebammen im Kreißsaal“. Es gibt auch eine Birthplace-Studie, die besagt: Wenn es einen Kreißsaal gibt, dann muss es auch eine Hebamme geben, die in dem Kreißsaal sein kann. - So einfach kann man das auch rechnen.

Hebammenpartnerschaft St. Marienhospital Vechta

*Da mittels der Videokonferenztechnik keine Verbindung zu Frau **Tanja Kenkel** hergestellt werden konnte, ist ihr Sprechzettel dieser Niederschrift als **Anlage** beigefügt.*

Verband der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Niedersachsen

Schriftliche Stellungnahmen: Vorlage 5 und Nachtrag 1

Dorothea Jahns: Vielen Dank, dass ich im Rahmen dieser Anhörung Stellung nehmen darf. Der Verband der Ersatzkassen vertritt die Ersatzkassen mit bundesweit rund 28 Millionen Versicherten. Auf Niedersachsen entfallen ungefähr 10 % von ihnen.

Vorab möchte ich aus eigener Erfahrung sagen - ich bin zweifache Mutter und dreifache Großmutter -: Hebammen sind bei einer Geburt sehr wichtig. Das ist eine ganz wichtige Profession.

Ich komme nun zu den wichtigsten Punkten des Antrages, für die wir uns kompetent halten und zu denen wir Stellung nehmen können.

Die erste These, die wir dazu herausgearbeitet haben, ist, dass Versorgungssicherheit vor Erreichbarkeit geht. Bei allen Themen, die wir auch im Rahmen der Krankenhausplanung begleiten, zeigt sich immer wieder: Es ist ein ganz wichtiger Faktor, dass sich in diesem Fall die Schwangere wirklich sicher sein kann, dass sie eine Entbindungssituation vorfindet, wo sie entsprechend aufgenommen und versorgt werden kann. Daher empfehlen wir ganz dringend, eine gestufte Versorgungsstruktur einzuführen. Wir haben im Rahmen der Enquetekommission schon sehr viel über den Bereich der Geburtshilfe und auch über die Unzulänglichkeiten gesprochen. In der gestuften Versorgungsstruktur sollten in einem Netz die Level-1-Kliniken sozusagen die Keimzelle und verantwortlich für die Steuerung sein. Wir meinen, das ist eine gute Voraussetzung. Wir haben heute schon verschiedentlich gehört, dass es wichtig ist, dass eine Koordination stattfindet und Verlegungsfahrten vermieden werden. Das ist für uns auch immer aus der Perspektive der Versicherten sehr wichtig. Insofern empfehlen wir eine gestufte Versorgung und Ver-

netzung unter Federführung der großen Level-1-Zentren, die dann mit den nachgeordneten Kliniken, die möglichst innerhalb von 40 Minuten Fahrzeit erreichbar sein sollten, die Versorgung sicherstellen und das auch miteinander mit verbindlichen Kriterien abstimmen können, sodass die beschriebene Situation, die manchmal auftritt, vermieden wird.

Es gibt auch die Möglichkeit, dass das Land Niedersachsen spezielle Fachpläne auflegt. Wenn es darum geht, die Besetzung der Kreißsäle sicherzustellen, finden wir in den aktuellen Vorgaben der Leistungsgruppen keine Hinweise zur Mindestpersonalvorhaltung. Die Mindestpersonalvorhaltung ist bekanntlich in der Pflege recht umstritten. Es ist aber letztendlich ein Baustein für eine wirklich verbindliche Versorgung, dass ein gewisses Mindestpersonal vorgehalten wird. Das zeigt die Expertise, die auch wir zu diesem Punkt haben.

Wir haben festgestellt, dass rein rechnerisch eigentlich eine 1:1-Betreuung möglich wäre, aber dass es diese derzeit noch nicht gibt. Unsere Empfehlung ist, dass man Fehlallokationen, die dort zurzeit bestehen, aufgreift und entsprechende Maßnahmen einleitet, um die Versorgung zu verbessern, sodass im Kreißsaal tatsächlich entsprechendes Personal vorhanden ist. Wir haben hier viel von weiteren Geschäftsfeldern und Angebotsfeldern gehört, aber müssen immer auch bedenken, dass das Personal dafür vorhanden sein muss.

Zum Personal ist hier auch schon vorgetragen worden, dass es eigentlich eine ganze Reihe von Hebammen gibt und dass die Situation vielleicht gar nicht so angespannt ist, wie sich dies auf den ersten Blick darstellen mag. Die Hebammen sind oftmals nicht direkt in der Geburtshilfe, sondern an anderen Stellen tätig. Insofern muss man aus meiner Sicht überlegen, wo man hier fokussiert und worin die primäre Aufgabe besteht. Wir plädieren dafür: Die primäre Aufgabe ist die geburtshilfliche Versorgung.

Des Weiteren haben wir uns auch mit der Qualitätssicherung auseinandergesetzt. Aus unserer Sicht ist die Mindestvorhaltung von Personal wichtig, um die Qualität sicherzustellen. Wir haben auch eine Mindestfallzahl hinterlegt, die wissenschaftlich ermittelt worden ist und die wir für richtig halten, um insgesamt das Setting für die Geburtshilfe sicherstellen zu können. Es sind ungefähr 500 Geburten. Es gibt auch Expertenmeinungen, die das noch etwas höher ansetzen.

An verschiedenen Stellen ist schon auf das Thema der Finanzierung eingegangen worden. Grundsätzlich haben wir uns auch in den Runden, die die Landesvereinigung für Gesundheit federführend moderiert hat und die wir begleitet haben, in einer Reihe von Sitzungen mit Finanzierungsfragen beschäftigt. Wir haben dazu auch vorgetragen. Ich will das hier nur kurz zusammenfassen: Die Finanzierung leitet sich ab aus den Kostenstrukturen der Krankenhäuser, die diese an das Institut für das Entgeltwesen melden. Dazu sind also Daten der Krankenhäuser erhoben worden. Hinsichtlich der Vergleichbarkeit einer normalen Geburt mit einer Sectio caesarea, also einer Schnittentbindung, muss man immer auch die Aufwände in den entsprechenden Krankenhäusern und Abteilungen betrachten. Das muss sich auch in der Vergütung widerspiegeln. Auf der Selbstverwaltungsebene wurde das bereits oft nachjustiert und wurde auch genau in den Blick genommen, dass die spontane Geburt einen höheren finanziellen Anreiz bekommen sollte. Daran hat die Selbstverwaltung gearbeitet. Aber es gibt natürlich auch Grenzen, wie weit man gehen kann und was man eben nicht kann. Diese Grenzen sind von Interessenvertretern mit berücksichtigt und im Rahmen eines Kompromisses ausgelotet worden. - So weit zu den DRGs.

Zur Finanzierung insgesamt: Die GKV unterstützt die Bereitstellung von zusätzlichem Personal. Dafür hat es Sonderprogramme gegeben, die bundesweit aufgelegt und von der GKV finanziert worden sind. Es gibt auch weitere Finanzierungen im Rahmen von Sicherstellungszuschlägen für ländliche Krankenhäuser. Diese sind über den Gemeinsamen Bundesausschuss mit entsprechenden Parametern und auch mit Finanzierungen hinterlegt worden. Ferner stellen wir vollumfänglich die Finanzierung der Ausbildung sicher.

Ein sehr großes Weiterkommen hat es aus unserer Sicht auch dadurch gegeben, dass die Hebammen ihre Finanzierung ab 2025 auf der Basis der Selbstkostendeckung erhalten. Sie sind aus den DRGs herausgelöst worden und wie das Pflegebudget zu behandeln, sodass jetzt Selbstkostendeckung für das Personal geleistet wird. - So weit zur Finanzierung im Krankenhausbereich.

Ich möchte jetzt noch auf die Qualitätssicherungsinstrumente eingehen, weil in verschiedenen Punkten thematisiert worden ist, weitere Parameter zu erheben und weitere Panels aufzulegen bzw. Veröffentlichungen vorzunehmen. Der G-BA hat ja schon sehr viel in Sachen Qualitätssicherung auf den Weg gebracht. Wenn ich die Krankenhäuser richtig verstanden habe, müssen sie immer zu viel dokumentieren. Aus vielen Veröffentlichungen auch des G-BA kann man aber verschiedene Parameter abrufen, beispielsweise die Sterblichkeit von Müttern und Säuglingen. Solche Daten sind durchaus vorhanden. Wenn man das um gewisse Parameter ergänzen möchte, dann ist aus meiner Sicht der G-BA der Ansprechpartner, der entsprechende Erweiterungen aufnehmen kann. Zusätzliche Expertise an anderer Stelle würden wir in diesem Fall nicht empfehlen.

Was die Patientinnen betrifft, so hat der G-BA bereits deren Sicht mit einbezogen. Entsprechende Weiterentwicklungen werden dort auch aufgenommen.

Zur Notfallversorgung, die heute auch schon angesprochen worden ist, haben wir - ganz vorsichtig formuliert - die Überlegung eingebracht, das IVENA-System, das die Notfallsituationen für den Rettungsdienst begleitet, um die Kreißsaalbesetzung zu erweitern, damit die werdenden Mütter nicht weite Wege zurücklegen müssen, ohne zu wissen, ob sie aufgenommen werden können. Wenn das IVENA-System öffentlich einsehbar wäre, könnte die werdende Mutter von vornherein sehen, dass sich der Kreißsaal, den sie ursprünglich aufsuchen wollte, abgemeldet hat, und von ihrem Standort aus direkt zu der nächstgelegenen Klinik fahren, weil sie dort aufgenommen werden kann. Das ist unsere Anregung dazu.

Zum Schluss möchte ich noch einmal unterstreichen, dass die Ersatzkassen auch für die Sicherstellung einer wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Schwangerschafts- und geburtshilflichen Versorgung in Niedersachsen mit einstehen wollen und diese ausdrücklich mit unterstützen.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Sie haben gerade erwähnt, dass es für die Hebammen aktuell die Selbstkostendeckung gibt. Von den Verbänden der Hebammen ist aber nach wie vor von einer Unterfinanzierung die Rede. Wie erklärt sich das aus Ihrer Sicht?

Dorothea Jahns: Aus meiner Sicht gibt es zwei Tatbestände. Das ist zum einen das Personal, nämlich die Hebammen und die Pflegepersonen in diesem Bereich. Es wird ab 2025 vollauskömmlich nach Selbstkostendeckung finanziert. Es gibt zum anderen natürlich noch andere Kos-

tenbestandteile. Diese fließen als Durchschnittskosten in die Vergütung ein. Es gibt Krankenhäuser, die mit den Durchschnittsvergütungen auskommen, und es gibt Krankenhäuser, die damit nicht auskommen. Das hängt zum Teil natürlich mit den Fallzahlen zusammen. Um Wirtschaftlichkeit, aber auch die Qualität sicherzustellen, ist durchaus auch eine gewisse Mindestgröße erforderlich. Allerdings - das möchte ich noch einmal betonen - gibt es ja auch die Sicherstellungszuschläge, die wir bezahlen und weiterhin für Krankenhäuser bezahlen werden, die die Mindestgröße nicht erfüllen, aber bedarfsnotwendig sind. Es ist in der Tat ganz wichtig, dass wir das machen. Die Grenze bei der Finanzierung ist aber natürlich immer, dass auch das Personal vorhanden sein muss. Deshalb lautet unser Appell, dass der Fokus primär darauf gerichtet werden sollte, dass die Hebammen wirklich für Geburten zur Verfügung stehen.

Abg. **Andrea Prell** (SPD): Sie sagten eingangs: Versorgungssicherheit vor Erreichbarkeit. In dieser Anhörung ist aber auch schon zur Sprache gekommen, dass es zu Komplikationen kommen kann, je weiter der Anfahrtsweg ist. Unter dieser Voraussetzung meine ich, dass zur Versorgungssicherheit auch Erreichbarkeit gehört. Sie erwähnten auch, dass diesbezüglich nach wie vor 40 Minuten im Raum stehen. Das haben wir schon von verschiedenen Seiten gehört. Deswegen meine konkrete erste Frage: Wie berechnet die Kostenträgerseite - oder wer auch immer - diese 40 Minuten Fahrzeit?

Meine zweite Frage: Sie haben gesagt, eine 1:1-Betreuung sei rein rechnerisch möglich, und Sie plädieren dafür, dass Hebammen primär für Geburten zur Verfügung stehen. Meinen Sie nicht, dass vor dem Hintergrund der erwähnten Präventivmaßnahmen vor und nach der Entbindung und von Gesundheitskompetenzen, die ja auch langfristig dem Gesundheitswesen wirklich eine Menge Geld sparen, der Beruf einer Hebamme auch über die Geburt hinaus genauso wichtig ist? Mir fällt es schwer, an dieser Stelle eine Priorisierung vorzunehmen, weil wir alle, die wir vielleicht Kinder haben, wissen, wie wichtig unsere Hebamme auch vor Ort zu Hause war, um Ängste zu nehmen, um uns Sicherheit zu verschaffen und die Fahrt zum Kinderarzt zu ersparen, weil die Gewichtsabnahme des Kindes nach der Entbindung eben doch ganz normal sein kann.

Meine dritte konkrete Frage, weil ich das tatsächlich nicht weiß: Wie hoch ist eigentlich die DRG, also die Fallkostenpauschale, für eine spontane Entbindung versus einer Sectio?

Dorothea Jahns: Für die Berechnung der 40 Minuten Fahrzeit gibt es offizielle Streetmaps, die sowohl vom GKV-Spitzenverband als auch von den anderen Verbänden zugrunde gelegt werden. Daraus werden die Erreichbarkeiten berechnet. Was die Versorgungssituation und die Sicherstellung anbetrifft, hat der G-BA entsprechende Kriterien aufgestellt, nämlich die Zahl der Frauen im entbindungsfähigen Alter in einer Region, die Häufigkeit von Geburten und welche Erreichbarkeiten dort zugrunde gelegt werden. Das wird mit durchaus geeigneten offiziellen Systemen berechnet und lässt sich auch auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes im Detail nachlesen.

Zu der Frage, warum eine 1:1-Betreuung möglich ist und darauf die Priorität gesetzt wird: Ich kann nachvollziehen, dass eine Prävention und weitere Betreuung durch Hebammen sinnvoll und schön sind. Ich glaube auch nicht, dass künftig alle Hebammen nur noch Geburten betreuen. Ich würde aber die Priorität darauf setzen, dass der Entbindungsvorgang, die Geburt, etwas ganz Wichtiges ist und dass dabei die Sicherheit der Frauen eine sehr große Rolle spielt. In der Tat hat sich die Situation in der Gesellschaft verändert und ist eine Unterstützung sowohl in der vorgeburtlichen Situation als auch in der nachgeburtlichen Situation durchaus wichtig. Trotzdem

bleibe ich dabei, dass die Priorität auf den wirklich wichtigen Part der Entbindung gesetzt werden sollte.

Zu Ihrer Frage zur Vergütung: Für eine normale Geburt haben wir die Bewertungsrelation 0,494. Das besagt noch nicht allzu viel. Dieser Wert wird aber noch multipliziert. Ich habe dafür jetzt mal den Bundesbasisfallwert zugrunde gelegt. Niedersachsen liegt nahe daran. Danach werden für eine normale Geburt rund 2 170 Euro bezahlt. Für eine normale Sectio werden rund 3 190 Euro bezahlt. In die Kalkulation dafür ist natürlich auch die Vorhaltung der ärztlichen Expertise - etwa der Anästhesie -, die dabei auch im medizinischen Sinne eine wesentliche Rolle spielt, auf der Basis der Kosten, die die Krankenhäuser an das InEK gemeldet haben, eingeflossen. Das hatte ich am Anfang schon angesprochen. Es ist ein bisschen schwierig, das miteinander zu vergleichen. Wenn man noch eine andere Ressource in Anspruch nimmt, muss man das auch mit berücksichtigen und in die Waagschale werfen.

Abg. **Karin Emken** (SPD): Ergänzend dazu habe ich eine Frage zur Finanzierung der natürlichen Geburt: Ist die Finanzierung unabhängig davon, wie lange eine Geburt dauert?

Dorothea Jahns: Dabei wird eine durchschnittliche Verweildauer von drei bis sechs Tagen zugrunde gelegt. Der Geburtszyklus als solcher ist dabei mit umfasst, gleichgültig ob die Entbindung 7 Stunden oder 30 Stunden dauert.

Abg. **Karin Emken** (SPD): Das ist aber sehr gering. Denn gerade bei Erstgebärenden dauert es manchmal sehr lange.

Dorothea Jahns: Das ist ein Durchschnittswert.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. Ich werde den Eindruck nicht los, dass die Erreichbarkeit sowohl in Ihrer Stellungnahme als auch in Ihren Ausführungen heute ziemlich ausgehöhlt wird, wenn Sie die Versorgungssicherheit vor die Erreichbarkeit setzen und von „möglichst 40 Minuten“ und „ca. 40 Minuten“ sprechen. Das sind zwei einschränkende Bedingungen neben dem weiteren Merkmal von mindestens 500 Geburten im Jahr. Das bedeutet für eine Gemeinde im ländlichen Landkreis Osnabrück: Man fährt los in dem guten Willen, dass man in einer Dreiviertelstunde die letzten beiden Geburtsstationen in der Stadt Osnabrück erreicht, und erfährt auf dem Weg dorthin in dem transparenten IVENA-Register, in dem man, während die Frau im Auto Wehen hat, vor der roten Ampel vielleicht noch einmal nachsieht, dass auch im IVENA-Register die Ampel gerade auf Rot gesprungen ist, weil der Kreißsaal nicht frei ist. Dann fährt man von Osnabrück weiter nach Quakenbrück, wo die nächste Geburtsstation ist. Die Fahrt dorthin von Osnabrück aus dauert dann noch einmal eine Stunde; im Zweifelsfall muss man dann auch durch das Nadelöhr Lotter Kreuz. Inwiefern forcieren Sie auch über die Krankenkassen die Ausbildung von Rettungs- und Notfallsanitätern zu Hebammen im Rettungswagen? Ich glaube, es wird irgendwann für viele die einzige Alternative im ländlichen Raum sein, dann gleich einen Krankenwagen zu rufen in der Sicherheit, dass die Geburt höchstwahrscheinlich ohnehin auf der Straße passiert.

Meine zweite Frage: Inwiefern halten Sie es für realistisch, dass wir eine Versorgungssicherheit unter der Maßgabe von mindestens 500 Geburten pro Jahr niedersachsenweit weiterhin aufrechterhalten? Die Zahlen in Ihrer Stellungnahme stammen aus dem Jahr 2023. Seitdem sind ja

schon einige Krankenhäuser und Geburtsstationen geschlossen worden. Wie ist das dann überhaupt noch erreichbar?

Dorothea Jahns: Zunächst zu Ihrer zweiten Frage zur Erreichbarkeit der Standorte in Niedersachsen: Wir haben uns schon sehr früh mit den Erreichbarkeiten und der Standortsicherung befasst, auch in der Enquetekommission. Wir haben die sehr große Sorge, dass immer mehr Träger ihre Geburtshilfe schließen, und erfahren regelmäßig, dass Träger erklären, dass es ihre Sache ist, ob sie eine Geburtshilfe anbieten oder nicht, und dass sie, wenn sie kein Personal mehr haben, sie eben schließen.

Für die Sicherstellung sind ja die kommunalen Gebietskörperschaften zuständig, auch für eine Geburtshilfe. Der Landkreis Diepholz hat keine Geburtshilfe, aber möchte jetzt mit seinem neuen Klinikum wieder eine Geburtshilfe anbieten.

Aus unserer Sicht ist es wichtig, dass es ein Netz geburtshilflicher Einrichtungen gibt und dass das auch koordiniert wird, wie ich schon ausgeführt habe. Wir haben überhaupt kein Interesse daran, dass es weitere Schließungen gibt. Die Ausbildung wird von uns, wie erwähnt, auch finanziert. Wir haben dargelegt, dass nicht alle Ausbildungsplätze besetzt sind. Auch mit dieser Situation müsste man sich noch einmal befassen und der Frage nachgehen, ob da nicht eine Verbesserung erreichbar ist.

Zu der Frage zum Rettungsdienst und zur Ausbildung: Der Notruf kommt bei einer Zentrale an. Dann müsste der Rettungsdienst die geeigneten Personen einsetzen. Wir gehen davon aus, dass sie dazu in der Lage sind, den Rettungsdienst zu vollziehen und die Schwangere bis zur Entbindungsstation zu begleiten und dafür auch ihr Know-how zur Verfügung zu stellen. Es gibt ja telemedizinische Angebote, die auch schon im Rettungsdienst eine Unterstützungsfunktion haben können.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Dazu habe ich eine Nachfrage: Ist es überhaupt möglich, dass Rettungssanitäter zusätzlich ausgebildet werden, um einer solchen Situation angemessen zu begegnen? Wir haben vorhin schon gehört, dass es bei den Rettungssanitäter*innen durchaus sehr viel Stress auslösen kann, wenn eine Notfallsituation mit einer Geburt entsteht. Es gibt zum Beispiel in Hessen auch Überlegungen, in solchen Fällen eventuell Hebammen, die in Bereitschaft sind, im RTW mitzunehmen.

Mich treiben nach wie vor auch Fragen zur Finanzierung um. Jetzt sind zwar Modelle zur Vorhaltevergütung geplant, um die Finanzierung besser abzufedern und die Geburtshilfe auskömmlich zu finanzieren. Mir stellt sich dennoch immer wieder die Frage, weshalb die Geburtshilfe und ähnliche, nicht planbare Bereiche überhaupt über Fallzahlen abgerechnet werden. Warum werden nicht die notwendigen Institutionen vor Ort auskömmlich finanziert? Diese Institutionen müssen natürlich entsprechend dem Bedarf eingerichtet werden. Sie haben dargestellt, dass errechnet wird, was notwendig ist. Warum gibt es für dieses Mindestmaß an geburtshilflicher Versorgung nicht einfach eine Pauschale für die Bereitstellung der Geburtshilfe, die diese auch finanziell absichert?

Dorothea Jahns: Zu Ihrer Frage zu Hebammen im RTW und zur Ausbildung der Rettungssanitäter: Dafür müsste aus meiner Sicht in dem dafür zuständigen Ressort eine Anpassung vorgenommen werden. Für den Rettungsdienst und die Ausbildungsgänge dafür ist das Innenministerium

zuständig. Dazu, inwieweit das erforderlich ist, müssten statistische Erhebungen ausgewertet werden. Wir werden das gerne machen und nachreichen.

Zu Ihrer zweiten Frage: Die Größenordnung der Mindestfallzahlen hat der Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausreformgesetzes vorgesehen. Dazu findet jetzt auch eine Evaluation statt. An jeder Stelle eine Vorhaltung zu betreiben, würde uns insgesamt überfordern. Wir müssen schon mit Augenmaß betrachten, wie dieser Bereich insgesamt sichergestellt werden kann. Insofern liegt die Antwort sicherlich auch darin, dass eine gewisse Mindestgröße einfach auch aus Qualitätsgründen wichtig ist. Eine gewisse Mindestfallzahl ist notwendig. Wünschenswert wäre es sicherlich, dass man immer gleich etwas sozusagen um die Ecke hat. Aber das gibt es nicht. Also müssen wir überlegen, wie wir mit den Mitteln, die wir haben, gut umgehen und das optimal verteilen können. In dieser Bewegung sind wir im Moment. Wir überlegen, wie eine Vorhaltevergütung beschaffen sein kann, welche Mindestvorhaltungen es dafür geben soll und wie wir dann mit den Ressourcen klarkommen. Ich möchte noch einmal ganz deutlich betonen: Die Mittelbegrenzung liegt in der Ressource Personal. Das müssen wir bei diesem Bereich ganz klar mitdenken.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU) Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich habe noch eine Frage zu dem Thema Pauschale. Dazu hat Frau Prell schon eine Frage gestellt. Umfassen die Zahlen, die Sie gerade genannt haben, nur den Vorgang der Geburt oder auch den regelhaften Aufenthalt: zwei Tage stationäre Aufnahme mit Einling bzw. im Falle der Sectio vier Tage stationäre Aufnahme mit Einling? Gilt die Fallpauschale nur für die einzelne Leistung ohne das, was vorher und hinterher stattfindet? Die Anästhesie ist ja eine eigene Leistung. Es wäre schön, wenn Sie das konkretisieren könnten.

Meine zweite Frage bezieht sich auf das Thema Erreichbarkeit innerhalb von 40 Minuten Fahrzeit und Versorgungslücke. Ich habe das gerade noch einmal nachgelesen. PD Deutschland hat ja hier im Ausschuss die Kurzversion ihres Gutachtens vorgestellt und ausgeführt, dass theoretisch 92 % der Frauen in Niedersachsen eine geburtshilfliche Abteilung innerhalb von 40 Minuten erreichen können. Dabei haben wir bereits darauf hingewiesen, dass das nur theoretischen in dem Moment der Fall ist, in dem alle Kapazitäten frei sind. Daher finde ich es mutig, davon zu sprechen, dass keine Versorgungslücke besteht, weil ja von dem perfekten Fall ausgegangen wird, dass überall Kapazitäten frei sind. Daran schließt meine Frage an: Haben Sie einen Überblick darüber oder können Sie uns eine Größenordnung nennen, wie oft bzw. wie selten sich Kreißsäle abmelden und erklären, dass sie niemanden mehr aufnehmen können? Ich halte die Idee, das ähnlich wie IVENA zu behandeln, gar nicht für verkehrt; denn irgendwie muss darüber ja Transparenz geschaffen werden. Wenn ich aus Alfeld oder Duingen nach Hildesheim fahre, wo zwei Level-1-Krankenhäuser mit großen Abteilungen sind, dann kann es passieren, dass der Kreißsaal voll belegt ist. Dann bin ich aber vielleicht schon 45 Minuten gefahren und muss dann nach Hannover weiterfahren. Ich glaube, da müssen wir schon genau hinschauen. Die Aussage „Eine Versorgungslücke besteht nicht“ ist vielleicht statistisch gesehen nachvollziehbar, aber nicht für alle Betroffenen. Daher meine Frage: Haben Sie Erkenntnisse darüber, wie häufig es vorkommt, dass sich Kreißsäle abmelden? Ich habe von Rettungsdienstlern auch schon Hinweise erhalten, dass manche Träger generell nicht abmelden, auch wenn dies vielleicht verantwortlich wäre, weil manche Trägerverbünde das - aus welchen Gründen auch immer - nicht wollen. Ich wäre sehr dankbar, wenn Sie dazu etwas sagen könnten.

Dorothea Jahns: Wir haben keine Einsicht in das IVENA-System und haben auch nicht solche Statistiken. Wir wissen nicht, wie oft das der Fall ist, und wissen das auch nicht von anderen Abteilungen. Denn das Sozialministerium hat bei dem IVENA-System ausdrücklich vorgesehen, dass es keine Auswertungen und sonstige Einsichten dafür gibt. Wir müssten den Rettungsdienst befragen und schauen, wie dort die Situation aussieht. Ich nehme das gerne mit und gehe dem nach, welche Daten wir da geliefert bekommen.

Zu der Pauschale: Das Neugeborene ist immer in einer separaten Pauschale. Das zählt nicht dazu. Für die Geburt - ob es nun eine normale Geburt oder eine Sectio ist - gibt es eine Pauschale. Sie umfasst alle Maßnahmen in dem Zeitraum von der Aufnahme bis zur Entlassung. Also alles, was für die Versorgung der Mutter von der Aufnahme bis zur Entlassung notwendig ist, ist in dieser Pauschale geregelt.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Sie haben gerade von bedarfsnotwendigen Standorten gesprochen, die auch bei weniger als 500 Geburten pro Jahr existieren können. Wie viele Standorte es gibt, auf die das zutrifft? Wie viele Standorte sind an der Grenze, dass sie unter 500 fallen, und sind trotzdem standortrelevant?

Dorothea Jahns: Wir wissen, dass es zwei Standorte mit signifikant weniger als 500 Geburten im Jahr gibt. Wir haben jetzt gerade die Anmeldungen zu den Leistungsgruppen Geburtshilfe. Dabei wird darauf geblickt, inwieweit diese 500 Geburten erreicht werden oder nicht. Es gibt auch Krankenhäuser, die sich überlegen, 500 Geburten zu melden, unabhängig davon, ob sie sie tatsächlich erreichen. Genauere Zahlen kann ich Ihnen im Moment nicht nennen. Aber wir wissen aus der Vergangenheit, dass es zwei Häuser gab, die signifikant unter 500 Geburten gelegen haben. Sie haben in dieser ländlichen Region allerdings auch einen Sicherstellungszuschlag. Um es noch einmal ganz deutlich zu sagen: Wir haben auch ein großes Interesse daran, dass sie weiterhin betrieben werden.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Sie werden dann ein Problem haben, wenn die Zahlen geprüft werden.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. Wir werden das in Zukunft wirklich zu beobachten haben. Das Krankenhaus, in dem ich und auch meine Kinder geboren sind, das Franziskus-Hospital Harderberg, lag immer über 500 Geburten pro Jahr. Durch das Handeln der Träger wird dann vielleicht auch einiges ausgedünnt, was wir eigentlich landesweit bräuchten.

Meine Frage bezieht sich auf den Bereich der Mütterpflege. Das wird in der Nachsorge nach §§ 24 h und 38 SGB V durch die Krankenkassen unterstützt. Ich halte das für eine sinnvolle Ergänzung in der Begleitung von jungen Müttern nach der Geburt. Von einigen Betroffenen habe ich gehört, dass die Mütterpflege regelmäßig abgelehnt wird und dass das insbesondere auch Mütter mit Migrationshintergrund betrifft. Ist Ihnen so etwas bekannt bzw. können Sie bezüglich der Ablehnungen etwas nachliefern?

Dorothea Jahns: Mir ist das nicht bekannt, aber ich liefere das gerne nach. Ich werde bei den Ersatzkassen direkt nachfragen, ob so etwas bekannt ist. Auch zu dem Migrationshintergrund, den Sie angesprochen haben, werden wir recherchieren.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Ich habe eine Frage zur Vergleichbarkeit und würde mich freuen, wenn Sie die Antwort gegebenenfalls nachreichen würden. Was sind denn vergleichbare

Leistungen, die klinisch erbracht werden und etwa in der gleichen Höhe wie die Fallpauschalen für eine vaginale Geburt oder Sectio liegen?

Dorothea Jahns: Das müsste ich recherchieren, zumal auch immer auf die Kosten bei einer Blinddarm-Operation hingewiesen wird. Das werde ich nachreichen. Nichtsdestoweniger muss man immer auch sehen: Es sind die Kostendaten der Krankenhäuser, die das auslösen und zu dem DRG-System, zu den Bewertungen geführt haben. Ich warne ein bisschen vor dem Versuch, Vergleiche anzustellen und sich gegenseitig zu sagen: „Aber ich bin doch eigentlich mehr wert!“ Von der Historie her hat man bei Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 gesagt: Die Geburt wird als eins, als Referenzwert gewertet. Davon ist man dann ja sehr weit weggekommen, weil man dann entsprechende Daten und Kostendaten hatte und insgesamt ein System ausgerichtet hat, in dem das miteinander in Verhältnis gesetzt worden ist. Ich warne also ein bisschen davor zu sagen: „Der Blinddarm kostet doch so und so viel! Dann müssen wir das mindestens haben!“ Vielleicht präzisieren Sie Ihre Frage noch ein bisschen, sodass ich in meiner Recherche auf dem richtigen Pfad bin.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Es ist ganz nett, dass Sie das so einordnen. Allerdings wird immer gesagt, dass die Geburtshilfe unterfinanziert ist. Die Zahlen dafür werden von den Krankenhäusern geliefert, und auch die Zahlen in anderen Bereichen werden von den Kliniken geliefert. Deswegen stellt sich die Frage, wie die Deckung dieser Kosten erreicht werden kann, und interessiert mich die Vergleichbarkeit.

Dorothea Jahns: Zur Finanzierung habe ich grundsätzliche Ausführungen gemacht. Ich nehme das aber mit und werde das nachreichen.

Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (ÖGD Niedersachsen)

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 3

Dr. Katharina Hüppe: Ich finde es wunderbar, dass ich heute hier sein darf und dass wir als Öffentlicher Gesundheitsdienst beteiligt werden. Wir alle wissen: Hebammen beraten und betreuen Frauen während der Schwangerschaft, während der Geburt, während des Wochenbetts und auch danach, zum Beispiel in der Stillzeit. Sie leiten physiologische Geburten und untersuchen, pflegen und überwachen Neugeborene und Säuglinge. Etwas ganz Besonderes bei uns in Niedersachsen ist, dass es auch zu den Aufgaben der Hebammen gehört, die Mutter beim Stillen anzuleiten und auch über die jeweiligen aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission zu informieren. Das ist in Niedersachsen im Hebammengesetz festgeschrieben.

Wo liegen die Berührungspunkte zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und den Hebammen? - Es geht darum, eine sichere und wirksame berufliche Leistung der Hebammen sicherzustellen. Daher sind die Hebammen auch verpflichtet, der unteren Gesundheitsbehörde, also dem Gesundheitsamt, in dem Bereich, in dem sie tätig sind, den Beginn oder bei einer längeren Pause die Beendigung ihrer Berufsausübung und Änderungen zum Beispiel im Tätigkeitsspektrum, in der wöchentlichen Arbeitszeit oder auch in ihrer Erreichbarkeit anzuzeigen. Sie alle kennen die Hebammenlisten mit der E-Mail-Adresse etc.

Jährlich ist auch eine Meldung über die Tätigkeit in dem jeweiligen Jahr erforderlich. Diese Meldungen kommen immer im Januar. Ferner sind Nachweise über alle drei Kalenderjahre im Umfang von 40 Unterrichtsstunden absolvierten Fortbildungsveranstaltungen zu erbringen. Zudem sind freiberuflich tätige Hebammen verpflichtet, ihre Berufshaftpflichtversicherung nachzuweisen. Wir übermitteln diese Daten vom Gesundheitsamt an das Landesgesundheitsamt.

Die kontinuierliche, individuelle und bedarfsgerechte Betreuung einer Hebamme mit der Betreuung vor der Geburt, mit der begleiteten eingriffsarmen Geburt und der Wochenbettbetreuung fördert das Wohlbefinden und die Sicherheit von Mutter und Kind. Auch die Selbstbestimmtheit der Frau ist dabei ein wesentlicher Faktor. Dieses Angebot sollte flächendeckend und wohnortnah verfügbar sein. Um eine solche qualitativ hochwertige Betreuung und Versorgung zu erfahren, sollten keine parallelen Strukturen neu installiert werden. Der Fokus sollte vielmehr vermehrt auf die physiologische Geburt mit einer selbstbestimmten Geburtserfahrung und weniger Kaiserschnitte gelenkt werden. Hebammen und verschiedene Berufsgruppen sollten vermehrt eingebunden, Kreißsäle interdisziplinär geleitet und ärztliche Interventionen gleichberechtigt abgestimmt werden.

Mit dem Ziel einer risikoadaptierten Versorgung sollte eine Schwangere mit einer bekannten Belastung in einer Klinik mit der Option einer schnellen, adäquaten vorgeburtlichen und geburtshilflichen medizinischen Behandlung entbinden und ein Kind mit einer pränatal diagnostizierten Problematik oder dem Erfordernis einer postnatalen Diagnostik und Therapie in einer Klinik mit adäquater kinderärztlicher Versorgung geboren werden.

Die 40 Minuten Anfahrtzeit bis zur Geburtenklinik muss ich jetzt, glaube ich, nicht noch einmal thematisieren.

In Niedersachsen gehört es, wie erwähnt, zu den Aufgaben von Hebammen, die Mütter auf die aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hinzuweisen, die beim Robert Koch-Institut angesiedelt ist. Diese Besonderheit bietet den Hebammen die Chance, die psychologischen Einflussfaktoren einer Impfentscheidung - das sind insbesondere die Risikowahrnehmung von impfpräventablen Erkrankungen - durch den Hinweis auf Erkrankungsrisiken und mögliche Folgeerkrankungen sowie das Vertrauen in die Sicherheit und Effektivität von Impfungen kompetent und - was ich wichtig finde - ergebnisoffen mit den Müttern zu besprechen, die Impfbereitschaft der Mütter zu unterstützen und so die hochwirksame Prävention durch Impfungen zu fördern.

Zudem - das ist auch etwas Besonderes - können Hebammen natürlich mögliche schwierige familiäre Situationen - zum Beispiel eine psychische Erkrankung aufseiten der Eltern - erkennen, diese prospektiv besprechen und Unterstützungskonzepte planen. Genau hier sollten auch als Partner der Hebammen eingebundene multiprofessionelle Berufsgruppen fachlich kommunizieren, effektiv zusammenarbeiten und sich für die Option einer positiven Geburtserfahrung und passgenaue Hilfen einsetzen.

Erreicht werden sollten also zum einen Gesundheitsgerechtigkeit als faire und gerechte Chance eines guten Starts in das Leben, unabhängig von Herkunft und Lebenssituationen, und auch die Gesundheitsgleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig vom Einkommen oder Wohnort.

Ich möchte gerne noch zwei Punkte ergänzen. Zum einen zum Thema Rettungsdienst: In IVENA sind bereits drei Punkte enthalten, die sehr weit differenziert sind nach Schwangerschaftswoche, Drillings- oder Mehrlingsgeburten etc.: die präklinische Geburt, die begonnene Geburt und eine gestörte Schwangerschaft. Diese drei Punkte sind auch mit vielen Unterpunkten versehen, die genutzt werden können. Wir haben seit Jahren ein wunderbares Rendezvous-System von Rettungswagen und Notarzt. Wir haben Hebammenlisten, in denen jede Hebamme, die in Niedersachsen tätig ist, dokumentiert ist. Wir haben die großen Verbünde der Hebammen, die Netzwerke. Vielleicht wäre es eine Idee, darüber nachzudenken, dieses Rendezvous-Verfahren auf die Hebammen auszuweiten. Das heißt zum Beispiel, dass der Rettungsdienst informiert werden würde, weil eine Geburt im Gang ist etc. Ich kann auch berichten: Ich führe Rettungssanitäter- und Notfallsanitäterprüfungen durch. Im Curriculum für dieses Rettungspersonal ist die Geburt enthalten. Aber das ist immer ein großes Thema, und man ist immer in einem Habacht-Status. Es wäre denkbar, dass man über diese Hebammenliste lokal für einen Rettungsdienst oder für einen Bereich festlegt, welche der Hebammen im Notfall anrufbar ist. Dann würde der Rettungsdienst, der zu solch einem Fall gerufen wird, die diensthabende Hebamme informieren und würde sie im Rendezvous-Verfahren mit dazuholen. Das ist nur eine Idee, die mir heute Morgen hier gekommen ist.

Zum anderen möchte ich noch die Gesundheitskompetenz ansprechen, die ein großes Thema ist. In diesem Zusammenhang möchte ich einfach nur das BIÖG, das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, als Nachfolger der BZgA nennen. Es geht immer darum, zielgruppenspezifisch Schulungen auf den Weg zu bringen, Informationen und Kompetenzen an die Menschen heranzubringen. Ich finde, das ist wunderbar digital möglich, wenn ich die jungen Mütter in der U-Bahn sehe. Darüber kann man die Menschen in ihrem normalen Setting mit vielen Informationen erreichen. Man muss sie also nicht extra in die Klinik oder in die Praxis hineinbringen, sondern man kann die Menschen da erreichen, wo sie sind und wo sie für solche Dinge vielleicht auch Zeit und den Kopf frei haben. Ich kann mir vorstellen, dass man über das BIÖG, das ohnehin Informationsblätter über Schwangerschaft, Geburt und Familienplanung hat, eine Kooperation oder Zusammenarbeit in dieser Form hier für dieses Haus auf den Weg bringen kann. Ich bin gerne bereit, die Verbindung herzustellen. Den Leiter, Herrn Dr. Johannes Nießen, kenne ich sehr gut. Ich wäre gerne bereit, auch dabei zu unterstützen.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich bin froh, dass Sie zu dieser Anhörung eingeladen worden sind und berichten, und bedanke mich ganz herzlich dafür. Mir ist besonders aufgefallen, dass Sie auch die Arbeit vor einer Geburt in den Blick genommen und die Familie insgesamt eingebunden haben und den Strauß einfach noch einmal größer gemacht haben. Ich finde es auch sehr gut, dass Sie schon konkrete Überlegungen haben, die in Ihnen offensichtlich aus dieser Anhörung heraus gewirkt haben. Daran schließt im Grunde genommen meine Frage an, weil ich das einfach nicht weiß: Inwieweit sind Sie bzw. ist Ihre Institution schon beim Runden Tisch oder bei ähnlichen Einrichtungen partizipativ eingebunden?

Dr. Katharina Hüppe: Noch gar nicht.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Dann nehmen wir das als Anregung mit auf.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Auch ich bedanke mich ganz herzlich dafür, dass Sie hier gerade vorgetragen und durchaus auch schon inspirative Gedanken mit uns geteilt haben, was Hebammen sozusagen als Ersthelfer betrifft.

Sie haben in Ihrem Vortrag und auch in der schriftlichen Stellungnahme darauf aufmerksam gemacht, dass man nicht neue parallele Strukturen schaffen sollte. Mich würde genauer interessieren, was Sie mit diesen parallelen Strukturen meinen. Wir hatten vor Kurzem eine Veranstaltung innerhalb der CDU-Fraktion, bei der eine Hebamme gesagt hat - das ist mir sehr in Erinnerung geblieben -: „Wenn die Entwicklung so weitergeht, dann sind wir Hebammen irgendwann nur noch die Cheerleader, die im Kreißsaal stehen und den Gynäkologen beklatschen, der zwischen den Beinen das Kind herauszieht.“ - Das war ein Zitat! - Das würden wohl wir alle nicht für die richtige Entwicklung halten. Ich würde mich freuen, wenn Sie skizzieren würden, was Sie mit diesen parallelen Entwicklungen meinen, die Sie vermeiden möchten.

Dr. Katharina Hüppe: Ich möchte Herrn Altgeld von heute Morgen zitieren. Er sagte, er hat das 2015 zum ersten Mal mit auf den Weg gebracht, und damals gab es schon Strukturen, die sich bewährt haben. Auch ich bin Mutter und kann sagen: Die Hebamme, die ich hatte, hat mich vor der Sectio bewahrt. Das sind Kompetenzen, die man einfach schätzen muss. Da ich relativ ad hoc zu dieser Anhörung eingeladen worden bin, weiß ich nicht genau, welche möglichen Ideen schon von den Hebammen auf den Weg gebracht worden sind. Es gibt ja schon MVZs. Eben gerade wurde angeregt, Ambulanzen zu schaffen. Da hatte ich die Überlegung: Moment, das kann ja immer nur notfallmäßig sein! Denn wenn man normalerweise eine Schwangere betreut und weiß, dass das Wochenende nicht besetzt ist, dann plane ich meine Einsätze so, dass es für beide Partner machbar ist. Deswegen sage ich: Wo muss es so sein, dass wir so etwas brauchen? Oder haben wir die Möglichkeit, einen Rufbereitschaftsdienst zu haben? Ich habe das Gesundheitsamt in Hildesheim geleitet. Laura Hopmann und ich haben damals schon zusammengearbeitet und versucht, eine Hebammenzentrale auf den Weg zu bringen, um genau diese Dinge zu erreichen und um auch sprachlich entsprechende Ansprechpartner zu haben. Ich weiß noch, dass gesagt wurde - das hat mich damals sehr berührt -, eine afrikanische Frau müsse einen Teil der Plazenta essen, um eine Verbindung zu dem Kind aufzubauen. So etwas zu wissen, wenn man solche Frauen zur Entbindung hat, finde ich existenziell. Die Bindung von Kind und Mutter sowie genauso von Kind und Vater gehört für mich dazu. Deswegen frage ich: Haben wir wirklich solche Strukturen? Brauchen wir noch Strukturen? Da muss man mit den Hebammen ins Gespräch gehen: Welche Defizite habt ihr festgestellt? Wo muss es etwas Neues geben? Wo müssen wir etwas Neues hinbringen, was wir nicht in anderer Form haben oder was wir gar nicht mehr nutzen?

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Ich habe noch eine kurze Rückfrage auch vor dem Eindruck der Dialogwerkstatt, die am Freitag stattgefunden hat, auf der auch das Thema Hebammenzentralen angesprochen worden ist. Grundsätzlich bestand hinsichtlich der Erreichbarkeit der Kreißsäle, der Transparenz der Angebote und der Fragen, ob sie niedrigschwellig sind und ob jede Frau weiß, was es gibt, wo es das gibt usw., der Eindruck, dass die Situation in Niedersachsen sehr unterschiedlich ist. Das wird an vielen Stellen durch die Hebammenzentralen abgedeckt, die oftmals - aber nicht immer - an die Gesundheitsämter angedockt sind. Vor diesem Hintergrund hatten wir den Wunsch, auch den ÖGD anzuhören, und die Idee, dass die Gesundheitsämter bzw. der ÖGD vielleicht generell bei diesem Thema eine größere Rolle spielen könnten. Mir ist auch klar, dass dann, wenn wir uns Aufgaben für den ÖGD ausdenken, diese auch finanziert werden müssen. Vor dem Hintergrund, dass die Landkreise Träger der Jugendhilfe sind - Kindergesundheit, Schuleingangsuntersuchungen usw. - und auf Landkreisebene vieles kumuliert, würde es aus meiner Laienperspektive sehr viel Sinn machen, wenn die Gesundheitsämter und der Öffentliche Gesundheitsdienst bei der Verbesserung der Strukturen der Geburtshilfe nicht nur ein

Ratgeber wären, sondern vielleicht eine stärkere Rolle einnehmen würden. Mein Eindruck ist, dass die Situation regional sehr unterschiedlich ist. Vielleicht können Sie noch etwas dazu sagen, ob das im ÖGD-Landesverband diskutiert wird und ob man das für sich als wichtiges Handlungsfeld sieht. Vielleicht geben Sie einen kurzen Einblick, wie der Stand der Diskussion innerhalb der Gesundheitsämter ist.

Dr. Katharina Hüppe: Die Tatsache, dass ich heute hier bin, zeigt die Relevanz, die wir wahrgenommen haben. Wir hatten hier vor einiger Zeit schon mal Kontakt mit Vertretern der Politik. Dabei ist festgestellt worden, wie sinnvoll häufig die Zusammenarbeit und das gemeinsame Denken und Handeln für die Bevölkerung ist. Das ist ganz eindeutig und überhaupt keine Frage. Wenn man etwas auf den Weg bringen möchte: Wir haben noch nicht das Jahr 2026. Der Pakt für den ÖGD ist noch nicht ausgelaufen. Wie weit das weiterlaufen wird, steht in den Sternen. Ich sehe das persönlich - wenn ich dazu etwas als Person und nicht vom Verband her sagen darf - eher zögerlich. Ich glaube, wenn das passieren wird, dann wird es nicht eine Aufgabe des Bundes, sondern eine Landesaufgabe werden. Das ist vielleicht auch ein Appell an Sie alle diesbezüglich. Es gibt die Gesundheitsregionen, wo ganz viele zusammensitzen, wo ganz viele gemeinsam arbeiten. Es gibt die Familienhebammen. Es gibt die Frühen Hilfen. Frühe Hilfen enden aber mit dem dritten Lebensjahr. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist immer ein ganz großer Part bei den Gesundheitsämtern, die, wenn Kindergärten oder Eltern ein Thema haben, wo sie ein Kind untersucht haben möchten, immer auch den Zugang haben, dieses Kind vorzustellen. Das sind aber natürlich Einzelfallhilfen. Viel besser wäre es - was ja auch gesagt worden ist -, das zu bündeln und zu sagen: Wir machen das mit verschiedenen Berufsgruppen gemeinsam. Erziehungshilfe und alle diese Dinge sind ja beim Jugendamt angesiedelt. Sich dann auch in den Kommunen oder Kreisen gemeinsam dieses Themas anzunehmen, ist überhaupt keine Frage. Wenn das an uns als Bundesverband oder als Landesverband herangetragen wird: Wir reagieren. Das sieht man ja. Es gibt aber viele andere Dinge, die auf der Agenda stehen. Ich muss sagen, dabei sind die Hebammen nicht gerade die erste Priorität. Es geht dann immer wieder darum, zusammenzuarbeiten und immer wieder dieses Thema gemeinsam aufs Tapet zu heben, um dann gemeinsam ein Handeln auf den Weg zu bringen. Aber das ist nicht jedes Mal das Standardthema auf der Tagesordnung.

Abg. **Alexander Wille** (CDU): Ich bin erst später in diese Diskussion hineingekommen und habe insofern nicht alles nachvollziehen können. Ich habe aber die Begriffe „Rettungsdienst“ und „Telenotfallmedizin“ aufgenommen. Dazu möchte ich gerne zwei wichtige Hinweise geben. Erstens. Die Einführung der Telenotfallmedizin hat der Landtag vor einigen Monaten beschlossen. Das ist richtig. Es wird wirklich noch eine geraume Zeit brauchen, bis wir diese Ressource im Rettungsdienst landesweit verfügbar haben. Man darf jetzt in der Debatte nicht davon ausgehen, dass das schon vorhanden ist und dass man nur zum Telefonhörer greifen muss. Das ist leider nicht der Fall.

Zweitens. Ich kann an dieser Stelle nur den Hinweis geben: An der Stelle, wo Kapazitäten wegfallen oder zeitlich nur noch eingeschränkt erreichbar sind, wird der Rettungsdienst nicht in der Lage sein, diese Kapazitäten flächendeckend im Land Niedersachsen auszugleichen. Wir sind landesweit im Rettungsdienst nicht nur an der Belastungsgrenze, sondern in manchen Bereichen deutlich darüber hinaus. Uns fehlt massiv Fachpersonal. Auch das ist angesprochen worden. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind auch in diesen Fragen gut ausgebildet und geschult. Eine Hebamme an der Seite zu haben - ich habe selber jahrelang diesen Job gemacht -,

ist immer eine tolle Angelegenheit und gibt einem in einer solchen Situation viel Sicherheit. Aber, liebe Kolleginnen und Kollegen, zusammenfassend: Wir haben diese Ressourcen nicht! Also bitte vorsichtig sein mit dem Stichwort „Notfallmedizin“ und sehr, sehr zurückhaltend sein mit der Überlegung, dass der Rettungsdienst hier Lücken füllen könnte!

DIAKOVERE als Träger der Geburtshilfe

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 7

Anwesend:

- Prof. Dr. Thomas Moesta, Co-Vorsitzender der Geschäftsführung
- Prof. Dr. Ralf Schild, Chefarzt der Klinik für Geburtshilfe

Prof. **Dr. Thomas Moesta**: Für mich ist das eine Premiere in diesem Gremium. Ich bin von Haus aus Chirurg und war zwölf Jahre im KRH, zum Teil als Geschäftsführer Medizin. Ich habe die Geburtshilfe im Nordstadt Krankenhaus geschlossen, weil wir dort keine neonatologische Versorgung hatten und es zwei bessere Häuser in Hannover gab. Ich war dann sieben Jahre als Vorstandsvorsitzender der Uniklinik Halle in Sachsen-Anhalt. Das ist ein Bundesland, das in den Problemen des demografischen Wandels vorangeht und große Probleme auch in seiner Geburtsmedizin und in der Strukturierung von Geburtsmedizin hat. Das Thema Größe der Geburtsmedizin versus Qualität versus Erreichbarkeit ist auch dort ein politisches Dauerthema.

Mitgebracht habe ich Herrn Professor Dr. Ralf Schild, den Leiter unserer Geburtsmedizin. Wir kommen gerade von der Pressekonferenz zur Eröffnung von HENRIKE, des baulich-strukturell potenziell größten Geburtshauses in Deutschland, das, glaube ich, exemplarische Strukturen für Sicherheit und Qualität in der Geburtsmedizin vorhält, mit dem direkten Glasgang und der engen Verbindung zu einer großen Neonatologie in einem Perinatalzentrum Level 1.

Natürlich ist es unser Punkt, in dieser Debatte das Thema Qualität in der Geburt, Sicherheit in der Geburt und Konzentration von Leistungen zu vertreten. Mir ist bestens bewusst, dass die Politik in einem Dilemma zwischen Erreichbarkeit und Konzentration steht. Dieses Dilemma können wir Ihnen nicht völlig abnehmen. Aber wir müssen schon auf die Punkte hinweisen, die aus unserer Sicht dringend zu beachten sind.

Der Entschließungsantrag enthält viele Punkte, die wir zu 100 % unterstreichen würden. Ich bleibe mal bei den Zielen: Nur mit Ausnahme des Ziels unter der Nr. 2 würden wir alle Ziele unterstreichen, insbesondere die Ziele unter den Nrn. 1, 5, 6, 7, 8 und 9: eine bessere Finanzierung der Geburt, die Qualifikation von Hebammen, die Integration von Teams, strukturierte Abläufe schaffen. Das findet sich auch in den Themenfeldern unter den Nrn. 1 b) bis d) - nicht unter Nr. 1 a) -, 2 und 3.

Für problematisch halte ich das Ziel unter der Nr. 2: „Jede Frau hat rund um die Uhr Anspruch auf eine wohnortnahe (d. h. max. 40-minütige Fahrtzeit) Versorgung in einem Kreißsaal.“ Die Fahrzeit definiert die Fläche, aus der die Menschen in das Geburtszentrum kommen. Wie viele Menschen tatsächlich auf dieser Fläche leben oder eine Geburt brauchen, hängt an der Bevölkerungsdichte. Das heißt, wenn Sie eine strikte und kategorische Flächenvorgabe machen und in diesem Bereich eine Geburt pro Jahr vorkommt, dann haben Sie ein Zentrum, das eine einzige

Geburt machen muss. Das ist natürlich übertrieben, aber das ist genau die Ecke, wo wir uns in Geburtszentren bewegen, die wir heute aus der Geburtsmedizin und aus der verantwortlichen medizinischen Unternehmensführung für kritisch klein halten. Ich möchte das einmal vorrechnen: Nehmen wir eine Geburtsklinik mit 300 Geburten. - Um diese geht es ja in der Diskussion. - Sie wünschen sich gleichzeitig in diesem Papier, dass die Sectiorate auf 10 % reduziert wird. Dann sind in einem solchen Geburtssetting 30 Kaiserschnitt-Eingriffe pro Jahr. Der Kaiserschnitt ist für die Gesundheit des Kindes ein ganz entscheidender und schwierig zu organisierender Prozess, bei dem es wirklich auf jede Sekunde ankommt. Wenn man 30 Kaiserschnitt-Geburten im Jahr hat, dann braucht man rund um die Uhr einen anwesenden Facharzt, der in der Lage ist, diesen Eingriff auszuführen. Das Arbeitszeitgesetz wird immer enger. Die Menschen wollen immer weniger nachts arbeiten. Wir brauchen mindestens sechs Fachärzte vor Ort, auf die sich dann 30 Kaiserschnitt-Geburten verteilen. Das sind dann fünf im Jahr, also eine Kaiserschnitt-Geburt in zweieinhalb Monaten. Dafür muss der Betreffende 10 oder 15 Nachtdienste machen, um einmal gebraucht zu werden.

Das Problem ist, dass sich dort faktische Themen so summieren, dass man Qualität nicht mehr vorhalten kann. Wenn die Geburtenrate geringer wird und die Bevölkerungsdichte auch noch abnimmt - in Sachsen-Anhalt ist das ganz eminent -, dann kann man solche Häuser einfach nicht mehr qualitativ vorhalten. Es ist auch eine Frage der Verantwortung gegenüber dem Ungeborenen bzw. zu gebärenden Leben in einer qualitativ nicht gut strukturell ausgestatteten Geburtshilfe verbunden mit einem sehr viel höheren Risiko für eine lebenslange Beeinträchtigung, ganz abgesehen davon, was der Tod einer Mutter für die Familie bedeuten würde.

Sie haben einen schwierigen Abwägungsprozess. Erreichbarkeit und längere Anfahrten bedeuten auch ein Risiko der präklinischen Geburt. Aber zu kleine Zentren bedeuten heute auch eine inakzeptable Versorgungsqualität. Auf diesen Zusammenhang können wir nur hinweisen. Wir sind jetzt in einem großen, gut ausgestatteten Zentrum. Da kann man leicht reden. Aber ich bitte, das zu bedenken und das nicht so apodiktisch mit einem quasi gesetzlich einklagbaren Anspruch zu formulieren, weil dann eigentlich politische Reaktionen folgen müssen, Zentren aufrechtzuerhalten, die auch qualitativ eigentlich nicht mehr für diese Aufgabe geeignet sind.

So weit von unserer Seite die Zusammenfassung der Stellungnahme, die Sie auch schriftlich erhalten haben.

Prof. **Dr. Ralf Schild**: Mindestmengen kommen für uns natürlich gar nicht in Frage. Denn wir haben zum heutigen Stand 2 400 Geburten und sind in der auskömmlichen Lage, über ein großes Zentrum zu verfügen. Wir haben in unserer schriftlichen Stellungnahme auch Zahlen genannt. Diese Zahlen sind nicht aus dem Nichts gezogen, sondern das sind reelle Zahlen, die belegen, dass die Fallzahl auch etwas mit der Qualität zu tun hat. Denn für das, was man mehr tun muss, hat man eine größere Expertise. Das ist natürlich an größeren Zentren wesentlich günstiger.

Ungelöst ist natürlich die Frage: Was macht man in bevölkerungsarmen Gegenden? Wie ist der Transport vom Zuhause in die nächste Geburtsklinik gewährleistet? Es ist natürlich eine Frage der Politik, diese Transportwege zu definieren und auch zu finanzieren.

In der Klinik geht es gar nicht so sehr um die Sectiorate. Das ist jetzt ein Indiz. Wir führen eine Sectio dann durch, wenn sie nötig ist. Natürlich wird die Bevölkerung älter, die Risikofaktoren

nehmen zu, und die Sectiorate steigt. Auf 10 % wird in Deutschland keiner mehr kommen. Darauf kommen auch die besten europäischen Länder nicht. Die liegen zwar viel näher daran, aber sind doch ein gutes Stück von der 10-%-Rate entfernt.

Wichtig ist, dass die Qualität stimmt und dass die Frühgeburtlichkeit niedrig ist.

Es ist für mich eigentlich das wichtigste Argument, dass eine Kinderklinik im Haus ist. Die unvorhergesehenen Fälle treten ein. Rund 50 % der Kliniken in Deutschland haben keine Kinderklinik in der Geburtsklinik. Das ist auch in anderen Ländern anders. Die Zentralisierung, die Zusammenfassung wäre für mich ein ganz entscheidender Punkt.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Vielen Dank für Ihren Beitrag zu dieser Anhörung. Ich verstehe den Punkt, auf den Sie hinauswollen. Im Hinblick auf das Stichwort „Qualität und Häuser unter 500 Geburten“ stellt sich mir aber die Frage: Gibt es eine Evidenz, die nahelegt, dass in Häusern unter 500 Geburten bestimmte Outcomes signifikant schlechter sind? Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen.

Prof. **Dr. Ralf Schild**: Ich bin auch in der Perinatalerhebung tätig. Dabei ist der Trend zu sehen: Je niedriger die Geburtenrate ist, desto höher ist die Azidoserate und desto höher ist auch die Sectiorate. Die höchsten Sectioraten in Niedersachsen sind in den letzten Jahren in den ganz kleinen Häusern zu finden.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich habe dazu noch zwei Fragen, weil ich wissen will, ob ich das richtig verstanden habe. Sie plädieren dafür, dass die Fahrzeit keine so hohe Relevanz hat, weil es eher um die Qualität geht. Qualität definieren Sie mit einer hohen Fallzahl und der Häufigkeit der Durchführung von Sectios mit entsprechendem Fachpersonal. Die Situation einer Frau unter einer Geburt ist ja - das ist heute schon häufig angesprochen worden -, dass schon 40 Minuten Fahrzeit durchaus eine sehr lange Zeit sein können. Nach Ihren Ausführungen kommen wir gegebenenfalls auf noch längere Fahrzeiten. Ich würde das gerne einmal in Verhältnis setzen, ob wir wirklich auf ein System mit diversen Möglichkeiten verzichten können, zum Beispiel auch mit Level-3-und Level-4-Kliniken, wo eine absehbar unproblematische Geburt möglich, die Anfahrt aber entsprechend kürzer ist. Ich verstehe Ihren Blick darauf, dass das Kind nach der Geburt bestmöglich versorgt ist. Wir haben aber jetzt Level-3- und Level-4-Kliniken. Kommt es nach Ihrer medizinischen Erfahrung bei diesen Geburten vermehrt zu Situationen, die zu langfristigen Folgen bei Kindern führen, weil sie nicht adäquat versorgt sind? Wir haben heute auch von Verlegesystemen gehört. Sie sind damit ja nicht von einem System abgeschnitten. Natürlich muss ein System dahinterstehen, in dem alle bestmöglich versorgt sind.

Prof. **Dr. Ralf Schild**: Die Level-Einteilung hat aus meiner Sicht damit nichts direkt zu tun. Denn die Fallzahl ist ja nur ein Surrogatparameter für Expertise: Je mehr man macht, desto mehr Expertise hat man. Das ist aber nicht eins zu eins. In Level-3- und Level-4-Kliniken, die höhere Fallzahlen haben, ist die Expertise mit Sicherheit auch vorhanden - für Geburten ab 37 Wochen im Level 4. Das ist der Vorteil von großen Zentren. Es braucht nicht die Frau zu entscheiden, in welches Level sie geht. Es gibt auch Konstrukte, bei denen man ein zentrales Haus hat, wo die Level-Einteilung vor Ort durchgeführt wird, und nicht durch die Patientin selbst. Das ist in der Realität wahrscheinlich schwer umzusetzen. Aber um direkt auf die Frage zu antworten: Auch bei den Leveln 3 und 4 zählt die Fallzahl.

Prof. **Dr. Thomas Moesta**: Das ist ein Optimierungsproblem. Das eine Extrem ist, dass jeder ein Geburtszentrum mit n = 1 pro Jahr in seinem Vorgarten hat, und das andere ist, dass es nur ein Zentrum in Hannover gibt. Beides ist nachvollziehbar nicht sinnvoll. Es muss ein Netzwerk und auch ein gestuftes Versorgungsmodell geben.

Teile des Risikos kann man vorselektionieren. Deswegen kommen Frauen mit Frühgeburten vor der 29. Schwangerschaftswoche, wenn dies irgendwie planbar ist, von vornherein in ein Geburtszentrum. Die gibt es halt in größeren Abständen. Bei ihnen ist die Verlegungsanfahrt länger, aber dafür ist die Versorgungsqualität besser.

Meines Erachtens muss man darauf hinarbeiten - das steht auch in Ihrem Antrag -, dass es wirklich strukturierte Systeme gibt, dass die Früherkennung von Problemen, von Malformationen so gut wie möglich ist, um in Risikofällen selektieren zu können. Trotzdem muss man darauf achten, dass man die peripheren Zentren so gut wie möglich macht. Die Verbindung mit einer Kindermedizin und eine Fallzahl von 500 sind natürlich arbiträr. Denn die Qualität und Sicherheit der Versorgung wachsen mit der Fallzahl. Aber es ist nicht unter 500 ganz schlecht und bei 501 gut. Das ist immer ein Abwägungsprozess, der natürlich an der Landschaft, an der Bevölkerungsdichte liegt: Wie viel muss ich akzeptieren, damit ich noch eine halbwegs akzeptable Fahrzeit habe?

Diese apodiktischen Fahrzeitvorgaben, die im Grunde genommen verhindern, dass man für die regionale Versorgung die adäquateste Situation findet, sind der einzige Punkt, bei dem wir wirklich sagen würden: Vorsichtig bei dieser apodiktischen Fahrzeitfestlegung!

Ganz abgesehen davon habe ich auch noch nie so richtig erfahren, wie die Fahrzeit eigentlich gemessen wird: Mit Blaulicht? Nachts? Bei Regen? Es gibt Maßstäbe dafür, aber selbst in dem ersten Gutachten aus Nordrhein-Westfalen gab es zwei unterschiedliche Fahrzeitmodelle, die komplett andere Ergebnisse gebracht haben. Deswegen lassen Sie uns versuchen, in dem Gesetzestext eine sachgerechte Konzentration bei gleichzeitig größtmöglicher Wohnortnähe zu realisieren, und verlangen Sie unbedingt die strukturierte Netzwerkbildung! Wir können uns telemedizinisch gut vernetzen. Wichtig ist die Verpflichtung zur Vernetzung zu den großen Zentren, sodass das wirklich vernünftig abgestimmt wird.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Mit Ihrem letzten Halbsatz hat sich meine Frage fast schon erübrigt. Herr Professor Schild, Sie haben in Ihrem Statement darauf abgehoben, wie wichtig es aus Ihrer Sicht ist, dass der Kreißsaal mit einer Neonatologie verbunden ist. Das ist bei den Level-3- und Level-4-Krankenhäusern in der Regel nicht der Fall. Dort wird so etwas eher nicht vorgehalten. Jetzt haben wir ja das Modellprojekt in Varel, wo sehr gut damit gearbeitet wird. Herr Professor Moesta, Sie haben gerade in einem Halbsatz die Vernetzung angesprochen: die Vernetzung zu den Hebammen und die Vernetzung zu einer Schwerpunktklinik in Oldenburg, die über eine entsprechende Neonatologie verfügt, die wirklich gut funktionieren. Bei diesem Haus setzt sich auch die Leitung dafür ein - das hat auch die Veranstaltung am Freitag noch einmal gezeigt -, dass genau die Problematik, die es an dem einen oder anderen Level-3- und Level-4-Krankenhaus gibt, gelöst werden muss. Ich finde es gut, dass Sie von Vernetzung sprechen. Haben Sie Ideen, wie man das noch stärker forcieren kann? - Ich sage es mal aus meiner Sicht: Mein erstes Kind hätte ich im Auto bekommen, wenn ich auch nur eine halbe Stunde hätte zur Klinik fahren müssen. In der Regel fährt man nicht zwei Tage vor der Geburt zur Klinik. Wir haben gerade in Bezug auf den Notfall gehört: Auch das ist schwer leistbar, weil es ja auch dort Probleme mit den

Fachkräften gibt. Vor diesem Hintergrund ist auch die Frage der Erreichbarkeit wirklich wichtig, gerade auch für die Mütter und für die Familien, um zu wissen: Ich schaffe das!

Prof. **Dr. Ralf Schild**: Das Netzwerk halte ich für sehr wichtig. Denn es ist das A und O, dass man sich abspricht - idealerweise auch trägerübergreifend - und dass man vielleicht von dem Wettbewerb der einzelnen Kliniken um die meisten Patientenzahlen absieht, sondern eher den Fokus auf die Vernetzung richtet und dadurch sichere Wege für die Patientinnen erreicht.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Stellungnahme. Ich sage immer: Nicht alles, was hinkt, ist ein Vergleich. Sie haben Deutschland und Schweden miteinander verglichen und auch die Zahl der Frühgeburten dort in Relation gestellt. Meines Wissens werden in Schweden schwangere Frauen, bei denen eine Frühgeburt droht, schon sehr früh Krankenhäusern zugewiesen, damit sie dort rund um die Uhr betreut werden. Beispielsweise in Uppsala werden Transporthubschrauber extra für Maternal Transport eingesetzt. Dort wird also ganz bewusst berücksichtigt, dass bei mehr als 30 Minuten Fahrzeit die Gefahr einer Geburt auf dem Transportweg maßgeblich steigt. Dort wurden Netze aufgebaut, um zusätzliche Transportmöglichkeiten zu schaffen, beispielsweise durch Hubschrauber. Dort wird ganz konsequent bereits während der Schwangerschaft darauf geachtet, ob Frühgeburten drohen, und wird teilweise durch embryonale Frühdiagnostik oder sogar durch künstliche Befruchtung versucht, Mehrlingsgeburten sozusagen zu korrigieren. Wie würden Sie diese Rückschlüsse auf Niedersachsen übertragen? Brauchen wir auch den Einsatz weiterer Rettungsmittel oder beispielsweise von Hubschraubern, um Schwangere zu transportieren, wenn die Entfernungen weiter steigen, oder welche Eindrücke haben Sie nach dem, was sich außerhalb von Deutschland dort abbildet? In den Zentren in Schweden gibt es um die 2 500 Geburten pro Jahr. Das ist bei Ihnen auch so. Wie ist bei Ihnen in der Klinik die Frühgeburtenstatistik? Ist sie mit dem Anteil von 0,28 % in Schweden vergleichbar?

Prof. **Dr. Ralf Schild**: Ja, das ist sie. Wir haben die Zahlen geliefert. Der Unterschied beträgt 0,3 Prozentpunkte. Das ist erst mal wenig. Wenn Sie das aber auf 700 000 Neugeborene hochrechnen, dann ergibt sich schon eine hohe Zahl. Der Unterschied ist deutlich größer, als er erscheint. Es geht dabei um die Frühgeburtlichkeit, um eine ganz kritische Phase für die Ungeborenen. Dann ist es eine gesellschaftliche Entscheidung, wie man damit umgeht oder wie man den Outcome verbessern will. Will man das wie die nordischen Länder optimieren, und will man auch die Wege der Frauen in die Klinik optimieren, oder will man bei dem Status quo bleiben? Das ist eine Frage, die generell gelöst werden muss. Es ist in Deutschland sehr unpopulär - ich höre das bei den Foren immer wieder -, wenn man sagt: Die Frauen müssen vorher an die Geburtsklinik angebunden oder dort untergebracht werden. Es ist in Deutschland sehr unpopulär, wenn man die Aussage trifft, dass die Frauen in der Nähe der Geburtsklinik übernachten bzw. untergebracht werden sollten. Für das Outcome - dies zeigen uns die nordischen Länder - ist das besser.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Eine Nachfrage direkt dazu: Haben Sie, um die Zahl der Frühgeburten zu reduzieren, auch schon solche Möglichkeiten zur Übernachtung in der Nähe des Zentrums geschaffen oder auch anderes einkalkuliert? Für uns wäre es der Vollständigkeit halber wesentlich, zu wissen, dass es nicht nur die Größe ist, sondern dass man auch weitere Mittel dabei mit einkalkulieren muss.

Prof. **Dr. Ralf Schild**: Wir sind ja in einem Ballungsgebiet. Da sind die Wege bisher relativ kurz. Wir haben jetzt an der neuen Stätte einen Hubschrauberlandeplatz, sodass auch ein Transport von weiter her möglich wäre. Für alles andere werden wir zukünftig natürlich auch planen. Wir haben jetzt in dem neuen Zentrum eine bessere Unterbringungsmöglichkeit für werdende Eltern. Die Voraussetzungen sind bei uns jetzt durch den Neubau sicherlich günstig.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank, dass Sie uns hier Rede und Antwort stehen. Ich freue mich, dass die HENRIKE jetzt eröffnet ist. Der Gesundheitsminister hat gerade dazu ein Pressestatement veröffentlicht. Das ist toll. Wir alle sind sehr froh, dass es dieses Vorzeigeprojekt gibt. Das will ich an dieser Stelle noch einmal betonen. Das ist eine gute Form der Betreuung gerade auch für Kinder, bei denen es vielleicht Probleme gibt.

Wir sind hier Politikerinnen und Politiker. Sie sagten eingangs, Sie sind zum ersten Mal in einem solchen Gremium. Wir versuchen, eine gesellschaftliche Entwicklung nachzuzeichnen und zu überlegen, wo man was verbessern kann. Das ist jetzt nicht nur die rein medizinische Betrachtung, sondern wir leben in einem Flächenland und möchten auch, dass Menschen überall in diesem Flächenland leben und gute Lebensbedingungen haben. Deshalb ist für uns die Abwägung, die Sie ja auch benannt haben, sehr wichtig zwischen einer sehr guten Versorgung in Krankenhäusern mit einer hohen Geburtenrate und einer noch guten Versorgung in Krankenhäusern, denen wir auch den Sicherstellungsauftrag geben, obwohl wir wissen, dass möglicherweise die Geburtenrate darunter liegt. Das ist das Spannungsfeld, in dem wir uns bewegen.

Die Nr. 2 in unserem Antrag ist auch aus der Sicht von Frauen formuliert worden. Die meisten Geburten - nicht alle - verlaufen ohne Komplikationen. Bei den meisten Geburten ist eine intensivmedizinische Betreuung nicht erforderlich. Wir alle sind ja glücklich, dass wir in einem Land leben, in dem es, auch wenn es anders ist, gut funktioniert.

Ich kenne diesen Spagat. Ich bin von Haus aus Juristin und weiß, dass es sehr viele Geburtsschadensfälle gab. Diese gibt es aber im Moment nicht mehr in dieser Häufigkeit. Das heißt, wir haben offensichtlich - Gott sei Dank - ein gutes Level bei der geburtlichen Versorgung erreicht. Die Nr. 2 unseres Antrags bezüglich der 40-minütigen Fahrzeit hat eine gesellschaftliche Debatte darüber zum Hintergrund, was akzeptiert wird. Sie kennen das auch: Die Schließung eines Krankenhauses führt zu hohen Emotionen, und die Schließung einer Geburtsklinik führt zu noch höheren Emotionen. Das Bewusstsein dafür, dass in einem Notfall die Versorgung umso besser ist, je mehr Geburten es gibt, muss man schaffen. Das ist kein Prozess, der sofort und auf der Hand liegt, sondern das ist ein gesellschaftlicher Prozess, der viele Jahre in Anspruch nimmt. Ich glaube, wir bewegen uns gut dorthin. Aber für viele muss es auch noch die Sicherheit geben, dass man in absehbarer Zeit - wie auch immer man das bemisst; wir haben hier auch nachgefragt, wie man auf diese 40 Minuten kommt - die Versorgung in einem Kreißsaal erreicht. Deshalb ist dieser Punkt in diesem Antrag. Wir werden das natürlich in unseren Beratungen noch einmal bewegen. Denn wenn Sie uns das so sagen, dann hat das auch eine Bedeutung. Ich wollte aber den Hintergrund dafür noch einmal erklären. Das ist auch kein Gesetz, sondern die Aufforderung an die Landesregierung zu einem Landesaktionsplan Gute Geburt, mit dem wir unseren Willen als Gesetzgeber gegenüber der Landesregierung zum Ausdruck bringen, ohne dass man das sofort in Gesetzesform kleidet.

Prof. **Dr. Thomas Moesta**: Noch ein kurzer Kommentar: In Sachsen-Anhalt habe ich diese Dinge auch in einem relativ engen Austausch mit dem Sozialministerium besprochen. Es gibt ein Beispiel, das man sich ansehen kann: Bitterfeld-Wolfen liegt zwischen zwei Krankenhäusern und ist hinsichtlich der Distanz gerade so kritisch, wenn man dieses Geburtshaus herausnimmt. Es sind weniger als 300 Geburten. Da gingen die Ärzte weg, weil sie, wenn sie in der Geburtshilfe nicht genügend gefordert sind, auch kein attraktives Arbeitsumfeld finden, sich nicht weiterentwickeln und dann dort auch nicht mehr arbeiten wollen. Dann hat das Haus die Geburtshilfe geschlossen, weil keine Ärzte mehr da waren. Dann hat man den Geschäftsführer gefeuert, weil der Landrat unbedingt ein Geburtshaus in seinem Landkreis haben wollte. Dann hat man mit anderthalb Millionen Euro Förderung des Landkreises wieder mit Gewalt ein Geburtshaus eröffnet. Die Uniklinik Halle hat dann die Probleme behandelt.

Das ist nicht einfach. Ich glaube, das wissen Sie alle auch, die Sie diese Abwägung treffen müssen. Das Einzige, wofür ich argumentiere, ist, diese Fahrzeit nicht so apodiktisch zu sehen, sondern wirklich für jeden Landkreis, für jede Region jeweils das Beste an Versorgungsstruktur herauszuarbeiten.

Wir bieten uns wirklich an, stark zu vernetzen. Wir wollen auch relativ stark in telemedizinische Strukturen und ähnliche Themen einsteigen, um gerade aus der Stärke eines solch großen Hauses heraus wirklich auch in der Peripherie zu helfen und zu strukturieren. Das ist unser Angebot.

Wenn Sie Interesse haben, sich mal die HENRIKE als das Maximum dessen anzuschauen, was heute in Deutschland für so etwas hergestellt werden kann, dann sind Sie alle herzlich eingeladen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Vielen Dank auch für die Einladung.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank Ihnen beiden für den Vortrag. Wir haben im Rahmen dieser Anhörung immer wieder von hebammengeführten Kreißsälen gehört. Sie haben mehrfach ausgeführt, wie schwierig es ist, wenn man die Fallzahlen erreichen will, wie viele Ärzte man dafür benötigt, wenn die Geburtshilfe an 365 Tagen im Jahr über 24 Stunden angeboten werden soll, und wie die Situation ist, wenn die Fallzahl unter 500 Geburten im Jahr absinkt. Wie stehen Sie zu hebammengeführten Kreißsälen?

Prof. **Dr. Thomas Moesta**: Dazu kann Herr Schild wahrscheinlich noch mehr sagen. In Halle gab es die zwei großen Geburtskliniken: die Uniklinik und das konfessionelle Haus. Beide hatten hebammengeführte Kreißsäle. An der Uniklinik war die Überleitfrequenz zum Ärztlichen Dienst sehr hoch, was aber vielleicht auch an einer gewissen Vorselektion der dortigen Geburtsfälle gelegen hat. Wir kennen auch Überleitungsraten von 50 %. Ich meine, die ärztliche Intervention ist letzten Endes unverzichtbar, wenn es um den Kaiserschnitt geht. Aber ich persönlich habe überhaupt kein Problem mit hebammengeleiteten Kreißsälen, wenn das in einem gemeinsamen, vernetzten und gut abgesprochenen Konstrukt passiert.

Prof. **Dr. Ralf Schild**: Wir werden das auch bei uns machen. Wir werden mindestens zwei der neun als hebammenbetreute Kreißsäle führen, wo ausschließlich Hebammen da sind. Die werdenden Mütter kommen dann vorher zu uns. Es gibt vorher eine Triagierung, ob die Schwangere für den hebammenbetreuten Kreißsaal geeignet ist. Dann kommt die Frau unter der Geburt in

diesen Bereich und wird nur von Hebammen betreut. Wir sind Tür an Tür. Bei Notfällen kann dann schnell umgeswitcht werden.

Abg. **Karin Emken** (SPD): Frau Schüßler hat im Grunde genommen gesagt, was auch ich sagen wollte. Ich war zunächst ein bisschen erschrocken, weil ich dachte, Sie wollen uns sagen, dass wir alles zentralisieren und kein Geburtshaus unter 2 000 Geburten zulassen sollten. Aber so ist es ja nicht. Sie haben eigentlich nur den Spagat erklärt, den wir haben bzw. bestimmen müssen und den auch Frau Schüßler angesprochen hat: Wie kann man in ländlichen Regionen gut leben mit der Sicherheit, in 40 Minuten eine Klinik zu erreichen, die über 500 Geburten hat - wir sprechen ja von Geburtskliniken über 500 Geburten -, die eine sehr gute Versorgungsstruktur und Verlegungsstruktur in der Region hat und die auch schon vorher Kooperationen hat, wenn es problematisch oder nicht problematisch ist? Wenn man in Hannover ist, ist alles sehr einfach. Ich komme von der Küste. Zu meinem Wahlkreis gehören auch die fünf Ostfriesischen Inseln. Wir haben andere Herausforderungen. Gerade in unseren ländlichen Landkreisen möchten wir natürlich auch weiterhin Bevölkerung und auch Kinder haben. Die jungen Frauen überlegen sich schon sehr gut, wo sie welche haben. Wir haben schon vom Krankenhaus in Varel gehört. Denn die kleineren Kliniken bei uns schließen. Im Landkreis Wittmund gibt es keine mehr, weil es - genau wie Sie gesagt haben - weniger als 400 Geburten und eine Sectiorate von fast 45 % gab, weil man die Sectio planen kann. Dann war das nicht mehr finanzierbar und haben wir es geschlossen. Jetzt sind wir auf Aurich angewiesen. Auch das war heute schon ein Thema. Dort wird die Geburtshilfe jetzt öfter mal geschlossen, sodass eine Frau gar nicht sicher ist, dass sie dort ihr Kind gebären kann. Varel hat jetzt auch den Sicherheitszuschlag für die Wesermarsch. Damit weiß man, in welcher Lage wir dort oben an der Küste sind. Im Nordwesten müssen wir in der Region schauen, wie wir eine Versorgung im ländlichen Raum gewährleisten können. Darüber machen wir uns Gedanken. Dazu gehört beides: Sicherheit und die Fahrzeiten. Wir müssen genau darauf achten. Deshalb bin ich dankbar, dass Sie das relativiert und gesagt haben: Genau das müssen Sie für die Region tun.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Ich habe noch eine Nachfrage. Einen Teil haben Sie schon beantwortet. Das hat mich aber noch einmal weitergebracht. Mir geht es noch einmal um den hebammengeleiteten Kreißsaal. Meine Frage war ursprünglich: Können sich Schwangere den Kreißsaal aussuchen, in dem sie gebären möchten, den sie also präferieren? Sie haben dann von einer Triagierung gesprochen. Das spricht eher dafür, dass das von außen vorgenommen wird. Das möchte ich gerne noch einmal von Ihnen eingeordnet wissen.

Prof. **Dr. Ralf Schild**: Es gibt einen Kriterienkatalog, der auch von den Hebammen erstellt wurde, was für eine hebammenbetreute Geburt erfüllt sein muss. Das meinte ich. Wo, in welchem Kreißsaal, ist dann eigentlich Nebensache. Dann sind zwei Hebammen für die Frau zuständig, und die Ärzteversorgung ist ganz im Hintergrund, also nur im Notfall. Das finden wir auch gut. Daran arbeiten wir schon länger. Der Prozess ist dann so, dass die Hebammen von der Geburt bis zur Versorgung verschiedener Verletzungen komplett autark agieren. Wir wollen in unserem Zentrum die gesamte Breite: von hochtechnisiert bis möglichst familiär. Das finde ich gut.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Ich bedanke mich bei Ihnen beiden für Ihre Stellungnahme. Die Premiere ist geglückt! Vielleicht sehen wir Sie noch einmal bei einer anderen Anhörung wieder. Vielen Dank auch für das Angebot.

Damit sind wir am Ende unserer Anhörung angelangt. Ich möchte mich auch im Namen des Ausschusses bei allen Anzuhörenden ganz herzlich bedanken. Wir haben heute sehr vielfältige Informationen bekommen, mit denen wir in den Fraktionen gut weiterarbeiten können und die uns bei den weiteren Beratungen helfen.

***

Von: Tanja Kenkel

Anlage

Vorlage	9
zu Drs.	19/7478

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich spreche heute vor Ihnen als eine Beleghebamme aus dem Landkreis Vechta. Das Marienhospital Vechta ist ein Level 1 Haus mit ca. 1900 Geburten. Wir sind die Maximalstufe der Versorgung von Frühgeburten ab der 24+0 SSW. Und unser Beleghebammenteam steht vor dem AUS. Grund dafür ist der Hebammenhilfevertrag, der ab 1.11. in Kraft treten wird. Der GKV sagt, er sorgt für eine bessere Versorgung, wir sehen das nicht. Denn die 1:1 Betreuung ist im klinischen Setting kaum umsetzbar. Wir sind momentan 14 Hebammenkolleginnen, von denen mittlerweile 4 gekündigt haben, auf Grund des Hebammenhilfevertrags. Das heißt für uns, ist ab 1. Januar ein absoluter Notstand ausgebrochen. Wir können aktuell mit den Hebammen, die wir noch sind, den Dienstplan gerade so aufrecht erhalten. Sollte eine Krankheitswelle drohen oder weitere Kündigungen folgen, steht unser Team vor dem Aus und somit eine komplette geburtshilfliche Abteilung in einem Level 1 Haus. Daran hängen nicht nur unsere Arbeitsplätze, sondern viele

weitere, insbesondere einer ganzen Kinderklinik mit Neonatologie. Denn ohne Hebammen keine geburtshilfliche Versorgung! Das wollen wir nicht so hinnehmen. Denn nicht nur unser Einkommensverlust von mindestens 30 Prozent geht damit einher, sondern die Versorgung von vielen tausenden Schwangeren steht auf dem Spiel. Insgesamt sprechen wir in unserem Gebiet von über 3000 Geburten bei vier Beleghäusern, deutschlandweit reden wir über mehr als 180.000 Geburten. Sollte das Marienhospital Vechta wegbrechen, werden die Wege für Schwangere und die Versorgung von Neugeborenen und Frühgeburten immer weiter. Denn schon jetzt nehmen wir Frauen aus Emden, Oldenburg, Papenburg und Bremen auf, wo die Kliniken an ihr Limit kommen. Wo die Kliniken nicht mehr wissen wie sie die Geburten versorgen sollen und die Rettungssanitäter teilweise stundenlang auf der Suche nach einer Klinik sind, die die drohende Geburt noch aufnehmen kann. Sie fahren zum Teil schon jetzt über 100 km. Wir haben einen Versorgungsauftrag und dürfen als Belegerinnen in einem Level 1 Haus keine Frau abweisen. Wir

haben den Auftrag, jede Schwangere in unsere Obhut aufzunehmen. Sollten wir nicht mehr existieren werden Schwangere bald mit dem RTW bis nach Hannover, Osnabrück odder Münster gebracht werden müssen. Es wird weite Anfahrtswege von über 1 Stunde geben, es wird Geburten unterwegs auf dem Weg in die Klinik geben, ohne direkte medizinische Versorgung einer Hebamme. Es wird Notfälle geben, die wir nicht sofort behandeln können. Und das wollen wir verhindern. Wir wollen vor Ort sein, wir wollen uns um jede Schwangere, die unsere Hilfe benötigt kümmern. Aber dies auch für einen fairen Preis. Wir tragen 100 % Verantwortung und Haftung und wir sind 100 % für die Frauen da. Wir müssen jeden Notfall händeln und auf jede Eventualität vorbereitet sein.

Und wir möchten auch weiterhin unsere klinische Arbeit machen, aber nicht für 30 % weniger Einkommen, nicht für eine Kürzung der Feiertags, Nachts – und Wochenendpauschale von 20 auf 17 %! Wir sind 365 Tage im Jahr da, 24 Stunden, Tag und Nacht, am Wochenende

und jedem Feiertag. Dann möchten wir dafür auch bezahlt werden.

Im neuen HHV ist die ambulante Leistung für Dienstbeleghebammen nicht abgebildet! Das heißt, wenn eine Frau mit Beschwerden kommt, sei es abnehmende Kindsbewegungen oder einfach Ängste, werden wir dafür nicht bezahlt. Diese Frauen behandeln wir umsonst!
Ambulante Leistungen sind nur in der Latenzphase abgedeckt und das auch erst nach Druck der Öffentlichkeit und nach geforderter Nachbesserung.

Wir haben steigende Haftpflichtkosten, steigende Lebenserhaltungskosten und seit 7 Jahren keine Veränderung der Gebührenverordnung! Und nun das? Eine Verschlechterung?

Was passiert deshalb aktuell? Hebammen geben ihren Beruf auf oder steigen aus der klinischen Geburtshilfe aus. Sie gehen in die außerklinische Freiberuflichkeit, wo sie ihre Termine besser planen können und zudem einen besseren Stundenlohn erhalten, als die, die wir täglich in Geburten mit allen Risiken stehen.

Kreißsaalarbeit ist unplanbar und unvorhersehbar. DAS ist nunmal Geburtshilfe!

Ich spreche hier für alle Beleghebammenteams in ganz Deutschland! Wir haben eine perfekte Versorgung geschaffen.

Weil wir selber Kolleginnen reinrufen können, wenn die Not groß ist und der Kreißsaal an manchen Tagen regelrecht boomt! Weil wir immer zu 100 % da sind möchten wir auch eine hundertprozentige Vergütung.

Denn sonst gehen deutschlandweit in einigen Kliniken, auch in Niedersachsen, die Lichter aus. Und die Versorgung von Schwangeren wird noch massiver bedroht. Wir werden in den Entbindungsabteilungen

Frauen an den Türen abweisen müssen, weil nicht genügend Personal für die Betreuung da ist. Und das ist die Zukunft in der Geburtshilfe in Deutschland ab 1.11.? Deswegen fordere ich Sie auf mit dem Hintergrund des Versorgungsnotstands den neuen HHV zu stoppen und auf eine Nachbesserung zu setzen. Damit wir eine gute Versorgung für Schwangere und ihre Neugeborenen

beibehalten. Und wir Hebammen nicht vor dem Aus stehen. In der Geburtshilfe gibt es keine Öffnungszeiten, sie findet rund um die Uhr statt. Was benötigen wir für eine gesunde und gute Geburt in Deutschland? Wir benötigen weiterhin deutschlandweit funktionierende Hebammenteams, die der Geburtshilfe nicht den Rücken kehren, weil der Druck auf sie immer größer wird. Wir benötigen eine gute Betreuung unter der Geburt. Ja, definitiv! Aber wenn immer mehr Hebammen ihren Beruf in der klinischen Geburtshilfe aufgeben, wird diese definitiv nicht weiter gesichert sein und die Zukunft in der deutschlandweiten Geburtshilfe wird sehr düster.

Das Hebammenwesen zählt seit 2023 zum immateriellen Kulturerbe der Menschheit. Dann sollten wir es auch so behandeln.

Dankeschön.