

EDITORIAL

Mutterkuchen 4.0

Damit die geburtshilfliche Versorgung von Schwangeren gelingt, braucht es eine Menge guter Zutaten: werdende Eltern, belastbare Hebammen, zugewandte Ärztinnen und Ärzte, eine flächendeckende geburtshilfliche Infrastruktur und ein gesellschaftspolitisches Klima, das Familienplanung unterstützend begleitet. Das 2017 erschienene nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ beschreibt dazu ein ideales Szenario, das den wieder steigenden Geburtenraten in Deutschland Rechnung trägt. Dagegen erscheint die gemeinsame Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe mit etlichen weiteren Fachverbänden vom Januar 2018 geradezu als Hilferuf an die Politik, weil sie die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland vor dem Kollaps sieht.

Niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen sehen sich täglich mit den Fragen, Sorgen und Ansprüchen von Schwangeren und an Schwangere

konfrontiert. Der Eintritt einer Schwangerschaft scheint keine natürliche Entwicklung mehr zu sein, sondern ein Projekt, das zielorientiert gemanagt werden will. Welchen Stellenwert hat also die Geburtshilfe im Jahre 2018 in Deutschland? Was ist sie uns in unserer Gesellschaft wert? Sind wir dabei, sie outzusourcen? Können Schwangerschafts-Apps eine Beratung ersetzen? Brauchen wir noch außerklinische Hebammen? Reichen fortan einige hoch spezialisierte Geburtskliniken?

Die Geburtenraten nehmen erfreulicherweise wieder zu. Aber wächst auch die Versorgungsqualität für die Schwangeren? Wie bewältigen wir den Spagat zwischen steigenden Geburtenraten und dem fortschreitenden Abbau der geburtshilflichen Infrastruktur sowie dem zunehmenden Personal-mangel?

Wäre es nicht sinnvoll, Schwangeren eine geplante, scheinbar risikoarme Geburt in Form eines Wunschkaiserschnittes anzubieten? Oder gehen die Empfehlungen eher zurück zu einer möglichst physiologischen, aber womöglich auch betreuungsintensiven Geburt? Was bringt die mit Spannung erwartete neue „Sectio-Leitlinie“?



SCHWERPUNKT - GEBURTSHILFE IN DEUTSCHLAND

Editorial	Seite 1
Die klinische geburtshilfliche Versorgung in Deutschland sicherstellen	Seite 2
Aktuelle Herausforderungen in der Geburtshilfe	Seite 3
Neue Leitlinien rund um die Geburt	Seite 5

SCHWERPUNKT - GEBURTSHILFE IN DEUTSCHLAND

Wiesbaden: Hebammensprechstunde	Seite 7
AKTUELLE INFORMATIONEN	
Fachdialognetz	Seite 9
Korrektur	Seite 10

Und was ist mit der Versorgung von schwangeren geflüchteten Frauen oder Schwangeren ohne Versicherungsschutz? Diese Frauen lehren uns, neu über das unschätzbare Privileg einer sicheren Geburt und einer niedrigen Mütter- und Kindersterblichkeit in unserem Lande nachzudenken.

Das Redaktionsteam hat Expertinnen und Experten gebeten, ihre Antworten auf die Frage „Geburts-hilfe, quo vadis?“ zu Papier zu bringen.

Danach sieht es so aus, als hätten wir alle Zutaten in der Hand, damit das Rezept für den „Mutterkuchen 4.o.“ gelingt. Es lohnt sich, dafür zu streiten. ■

Dr. med. Daniela Wunderlich
Medizinische Referentin pro familia Bundesverband

SCHWERPUNKT

Die klinische geburts-hilfliche Versorgung in Deutschland sicherstellen!

Sie sehen eine alarmierende Situation in der geburtshilflichen Versorgung von gebärenden Frauen in Deutschland. Deshalb trafen sich Ende Januar 2018 Vertreterinnen und Vertreter einschlägiger Fachverbände in Berlin. Eine gemeinsame Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), mit dem Berufsverband der Frauenärzte (BVF), der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (BLFG), dem Deutschen Hebammenverband (DHV), dem Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands

(BfHD) und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) beschreibt die Problematik und zeigt Lösungen auf:

Bereits im November 2017 hatte die DGGG eine Blitzumfrage an geburtshilflichen Kliniken durchgeführt, auf deren Grundlage die Situation präziser eingeschätzt werden konnte. Die Umfrage ergab, dass in den vorausgegangenen sechs Monaten mehr als 35 Prozent der Kliniken Schwangere unter der Geburt mindestens einmal abgewiesen haben. Gefragt nach den Ursachen nannten die geburtshilflichen Abteilungen folgende Gründe für die Engpässe (Mehrfachnennungen waren möglich): Mit 65,8 Prozent lag es primär an einem Mangel an Hebammenbetreuung, gefolgt von der Überlastung der neonatologischen Stationen (64,4%), fehlenden Raumkapazitäten (56,1%) und einem Arztmangel in der Geburtshilfe (13,7%). Diese Zahlen bestätigen, dass aktuell ein ernst zu nehmendes Problem vorliegt.

In der Berliner Repräsentanz der DGGG wurden in einem Neujahrsgespräch die Ursachen für die Engpässe gemeinsam eingehend diskutiert, um anschließend Lösungsvorschläge zu erarbeiten, die die Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland gewährleisten sollen.

Zu einem hohen Prozentsatz sorgt ein Mangel an Hebammenbetreuung in den geburtshilflichen Abteilungen für Engpässe. Daher stand die Frage im Mittelpunkt, wie wieder mehr Hebammen von der Arbeit in den Kreißsälen überzeugt werden können. Denn nur rund ein Viertel der deutschen Hebammen sind gegenwärtig aktiv in der Geburtshilfe tätig. Die Gespräche ergaben, dass ein sehr hohes Arbeitsaufkommen, starke Hierarchien und diverse Aufgaben, die nicht prioritär in den Arbeitsbereich der Hebammen fallen, dazu führen, dass seitens der Hebammen in den Kliniken oftmals keine umfassende Betreuung der Gebärenden möglich ist und sie sich daher häufig gegen eine Tätigkeit in der klinischen Geburtshilfe entscheiden.

Vor dem Hintergrund einer gemeinsamen Verantwortung von ärztlichen Geburtshelferinnen, und Geburtshelfern sowie Hebammen für die geburts-
hilfliche Versorgung der werdenden Mütter und ihrer Kinder sehen es die Verbände als unabdingbar an, kurzfristig folgende Sofortmaßnahmen umzusetzen:

- Hebammen sollen maximal zwei Frauen gleichzeitig während der Geburt betreuen.
- Hebammen müssen von fachfremden Tätigkeiten, die nicht prioritär zu ihrem Aufgabenbereich gehören, entlastet werden.
- Die Arbeitsbedingungen müssen hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Flexibilität, beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten sowie angemessener Vergütung verbessert werden.
- Der Wiedereinstieg in die Geburtshilfe im Kreißaal (zum Beispiel nach der Elternzeit) muss durch geeignete Wiedereingliederungsmaßnahmen erleichtert und gefördert werden.

Einen Teil dieser Aufgaben können und werden die beteiligten sechs Verbände gemeinsam unverzüglich in Angriff nehmen. Für einen weiteren Teil sind politische Entscheidungen erforderlich, die mittel- und langfristig zu einer Optimierung der geburts-
hilflichen Versorgung führen sollen. ■

Quelle:

www.dggg.de/start/presse-news/pressemitteilungen/mitteilung/neujahresgesprach-sicherstellung-der-klinischen-geburtshilflichen-versorgung-in-deutschland-697/

AKTUELLE INFORMATION

Aktuelle Herausforderungen in der Geburtshilfe – aus der Sicht von Hebammen

Ute Lange

Die Berufsgruppe der Hebammen¹ spielt bei der Versorgung der Frauen, Kinder und Familien rund um die Geburt² eine wichtige Rolle. Das Recht auf Hebammenhilfe wird Frauen in Deutschland gesetzlich zugesichert. Hebammen bieten Leistungen in der Schwangerschaft sowie Geburtshilfe in der Klinik oder Außerklinik an und versorgen Mutter und Kind regulär bis zu zwölf Wochen nach der Geburt. Hebammen gehören zu einem der wenigen Gesundheitsfachberufe, die heute noch aufsuchend tätig sind. Auch dadurch ergeben sich weitreichende Chancen für die Umsetzung einer frauenzentrierten und lebensweltlich angepassten Betreuung rund um die Geburt.

Versorgungssituation

Die Geburtenzahlen in Deutschland sind steigend. Die Nachfrage nach Hebammenbetreuung ist groß, aber schon lange wird eine, wenn auch regional unterschiedlich ausgeprägte, schwierige Versorgungssituation beklagt³. Es ist im Detail nicht bekannt, wie genau Frauen ihr Recht auf Hebammenhilfe in Anspruch nehmen können, da kaum aussagekräftige Daten zur Verfügung stehen. In den Medien wurde besonders der Effekt der gestiegenen Haftpflichtprämien für die außerklinische Geburtshilfe thematisiert. Viele Hebammen bieten nun keine außerklinische Geburtshilfe mehr an.

Der Versorgungsmangel betrifft jedoch auch die Betreuung in Schwangerschaft und Wochenbett, und diese Tätigkeiten sind von der Haftpflichtprob-



ematik weniger betroffen. Auch Klinikschließungen sowie Unterbesetzungen in den Kreißsälen und damit eine Überforderung der dort noch arbeitenden Kolleginnen sind ein großes Problem. Verschiedene Studien werden in den nächsten Jahren wichtige Informationen dazu liefern, unter anderem die Studie „HebAB.NRW – Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“, die von Hebammenwissenschaftlerinnen der Hochschule für Gesundheit in Bochum durchgeführt und vom Landeszentrum Gesundheit NRW finanziert wird.

Strukturelle Herausforderungen

Es stellt sich aber auch die Frage, ob Hebammen nicht auch aufgrund der teils hochinvasiven Geburtshilfe, die sie nicht mehr mitverantworten wollen, aus dem Beruf ausscheiden. Die Diskussion um Gewalt und allgemeine Menschenrechtsaspekte im Kontext der Geburt hat das Thema ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. Oftmals entsteht strukturelle Gewalt durch personelle Unterbesetzung im Kreißsaal. Darunter leiden in erster Linie die Gebärende und das Kind, sie geht aber auch an den Hebammen nicht wirkungslos vorbei und stellt eine enorme psychische Belastung für alle Beteiligten dar.

Im aktuellen Koalitionsvertrag sind die flächendeckende Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen sowie der Erhalt beziehungsweise die Förderung einer qualitativ hohen Geburtshilfe und die Akademisierung des Hebammenberufs verankert. Die berufsständischen Vertreterinnen haben dazu konkrete Forderungen und Maßnahmen vorgeschlagen und die Hebammen hoffen sehr, dass diese aufgegriffen werden.⁴

Akademisierung

Der Wissenschaftsrat, das wichtigste wissenschaftspolitische Beratungsgremium in Deutschland, empfiehlt, „das in komplexen Aufgabenbereichen und der Geburtshilfe tätige Personal künftig an Hochschulen auszubilden“⁵. Diese auch vom Deutschen Hebammenverband und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft als not-

wendig erachtete Änderung der Ausbildung wurde durch das Inkrafttreten der EU-Änderungsrichtlinie 2013/55/EU im Januar 2014 untermauert⁶. Sie legt fest, dass die Zugangsvoraussetzung für die Hebammenausbildung europaweit auf zwölf Jahre allgemeine Schulbildung angehoben wird. Dies ist mit der Aufforderung gleichzusetzen, die Ausbildung der Hebammen generell auf Hochschulniveau festzulegen. Deutschland ist nun aufgefordert, diese Anforderung bis zum 18. Januar 2020 in nationales Recht umzusetzen.⁷ Die Hebammenausbildung wird damit auf europäisches Niveau angehoben, und damit ergeben sich für Hebammen endlich offene Bildungswege – mit der Möglichkeit einer Spezialisierung oder Weiterentwicklung.

Dass Hebammen einen Hochschulabschluss erwerben, bedeutet nicht, dass sie nicht in der Praxis arbeiten oder für diese schlechter ausgebildet sind.

Dies zeigt auch die Erfahrung aus den europäischen Ländern, in denen eine Ausbildung auf Bachelor-Niveau bereits lange umgesetzt ist. Eine akademische Ausbildung entspricht lediglich den gestiegenen Anforderungen und erweiterten Aufgabenfeldern in dem Beruf.

Hier können Tätigkeiten in der Gesundheitsförderung, in Beratung und Prävention sowie in der Qualitätsentwicklung und kommunalen Konzeptentwicklung genannt werden. Aber auch das reguläre Tätigkeitsfeld ist durch zunehmend komplexere soziale Lagen der Familien und die Notwendigkeit, evidenzbasiert und vernetzt in Gesundheits- und Sozialraum zu arbeiten, anspruchsvoller geworden.

Vernetzung

Die Zusammenarbeit von Hebammen mit Beratungsstellen wie denen der pro familia hat vielerorts eine lange Tradition. Die Vernetzung wurde sicher durch die Entwicklung des Systems der Frühen Hilfen befördert. Mittlerweile ist allen Verantwortlichen und Beteiligten klar, dass eine Berufsgruppe oder Institution allein nicht in der Lage ist, ein tragfähiges Netz für belastete Frauen zu knüpf-

fen. Frauen in schwierigen Lebenslagen haben oftmals keine Kraft oder kulturelle Ressourcen, sich aktiv um bestimmte Angebote wie eine freiberufliche Hebamme oder ein Beratungsangebot zu kümmern.

Neue Aufgabe: Vertrauliche Geburt

Die seit Mai 2014 gesetzlich geregelte Vertrauliche Geburt ist eine noch relativ neue Option, und es gibt bisher wenig Erfahrung. Hier müssen Hebammen dazulernen. Ich besuche mit den Hebammenstudentinnen am Ende des Studiums die ortsansässige pro familia Beratungsstelle, wo wir über die Vertrauliche Geburt und auch andere soziale Hilfen informiert werden. Die Expertise für solche Themen finde ich nur dort, und es ist mir wichtig, den Studentinnen von Anfang an klar zu machen, dass Beratungsstellen wichtige Partner für das gemeinsame Ziel einer gelungenen Begleitung der Frauen und Familien sind. ■

Prof. Dr. rer. medic. Ute Lange
Hochschule für Gesundheit
Gesundheitscampus 6-8
44801 Bochum
ute.lange@hs-gesundheit.de

Endnoten

1 Für Männer lautet die Berufsbezeichnung in Deutschland „Entbindungspfleger“. Die Ausbildung für Männer ist seit 1985 möglich, findet faktisch aber bislang kaum statt. Aus diesem Grund und zugunsten einer besseren Lesbarkeit sind Entbindungspfleger unter dem Begriff „Hebamme“ subsumiert.

2 Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG). Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Artikel 4 V v. 21.7.2014 I 1301 (BGBl. I S. 1910). www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebg_1985/gesamt.pdf. (Zugriff 10.04.2016).

3 Deutscher Hebammenverband (DHV). Koalitionsvertrag übernimmt Forderungen des Deutschen Hebammenverbandes. 2018. www.hebammenverband.de/aktuell/pressemitteilungen/pressemitteilung-detail/datum/2018/02/07/artikel/koalitionsvertrag-uebernimmt-forderungen-des-deutschen-hebammenverbandes/ (Zugriff 10.04.2018).

4 ebda.

5 Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. 2012. www.wissenschaftsrat.de/presse/veranstaltungen/gesundheitsberufe_der_zukunft_perspektiven_der_akademisierung.html (Zugriff 10.12.2017).

6 Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und

der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“); dazu auch: Deutscher Hebammenverband. EU-Richtlinie stellt die Weichen in der Hebammenausbildung in Deutschland neu. 2014. www.hebammenverband.de/mitgliederbereich/mitgliedernachrichten/newsletter/newsletterdetail/datum/2014/07/02/artikel/eu-richtlinie-stellt-die-weichen-in-der-hebammenausbildung-in-deutschland-neu (Zugriff 07.04.2018).

7 Deutscher Hebammenverband und Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. Eckpunktepapier zur Reform des Hebammenberufs. Karlsruhe, April 2017.

SCHWERPUNKT

Neue Leitlinien rund um die Geburt

Dr. med. Wolf Lütje

Die neue S3-Leitlinie zur „Sectio“ steht kurz vor der Veröffentlichung. Die Leitlinie zur „Geburt am Termin“ geht in ihre heiße Phase und wird wahrscheinlich 2019 freigeschaltet. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF), Wolf Lütje, ist an der Entwicklung beider Leitlinien beteiligt. Wir haben ihn gefragt, was die neuen Leitlinien für die psychosomatisch ausgerichtete Geburtshilfe bringen.

Was können wir von der neuen Kaiserschnittleitlinie erwarten?

Nachdem man sich ein hohes Evidenzlevel vorgenommen hatte, wurde zunächst im weltweiten Ranking geprüft, an welcher bestehenden Leitlinie man sich orientieren kann. Bald stand außer Frage, dass der deutschen Leitlinie im Wesentlichen die Guideline des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in ihren aktuellen Versionen zugrunde gelegt wird. Denn der relativ hohe Evidenzlevel der englischen Leitlinie hat überzeugt



und wird auch die deutsche Leitlinie in den wesentlichen Fragen durchdringen. Weil die Leitlinienarbeit durch Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt finanziell unterstützt wurde, konnten auch eigene Fragestellungen nach dem PICO-Schema, einer Form von Wissenschaftsrecherche, bearbeitet und einbezogen werden.

Warum ist die Evidenz so wichtig?

Insgesamt muss man festhalten, dass die Geburtshilfe einer der am wenigsten erforschten Wissenschaftszweige ist. Hier lässt sich der Goldstandard einer randomisiert kontrollierten Studie nur begrenzt umsetzen. Daher bleibt Geburtshilfe bis dato mythenumrankt. Die zahlreichen Empfehlungen der Leitlinie haben nur selten den höchsten Empfehlungsgrad.

Erfreulich war aus meiner Sicht, dass in der Steuergruppe alle wesentlichen beruflichen Kompetenzen rund um die Geburt vertreten waren. Insbesondere die Hebammen konnten sich hier in vorher ungeahnter Weise Gehör verschaffen. Erfreulich finde ich auch, dass zahlreiche engagierte Geburtshelfer mitbestimmend waren. Auch wenn sich in vielen Bereichen mehr Forschungsfragen als Empfehlungen ergeben haben, wird die Leitlinie „Sectio“ sicher an der einen oder anderen Stelle neue Akzente in die Geburtskultur Deutschlands bringen.

Wird auch Psychosomatisches in der „Sectio-Leitlinie“ stehen?

Das Kapitel „Aufklärung“ ist mit psychosomatisch kompetenter Feder geschrieben. Bei den Sectio-Indikationen wurde Klarheit geschaffen. In Bezug auf die Indikation „Beckenendlage“ musste man sich darauf einigen, dass spontane Beckenendlagegeburten nur beim Vorliegen adäquater klinischer Expertise empfohlen werden. Ansonsten gilt, dass über die Alternative Kaiserschnitt aufgeklärt werden soll. Das Geburtsmanagement rund um den „Zustand nach Kaiserschnitt“ wurde kontrovers diskutiert. Eine Übernahme der entsprechenden

NICE-Empfehlung für den deutschsprachigen Raum hätte bedeutet, dass Frauen im Zustand nach Kaiserschnitt nicht mehr außerklinisch entbinden können. Mit dem Empfehlungskompromiss bleibt die Tür einen Spalt weit offen. Gerade Frauen mit traumatischen Erfahrungen bei einer Klinikgeburt müssen weiter die Möglichkeit haben, den für sie sicheren Geburtsort frei zu wählen dürfen.

Erfreulich war für mich die Empfehlung, dass Frauen auch im Zustand nach mehreren Kaiserschnitten durchaus vaginal entbinden können, weil sich das Risikoprofil laut Datenlage nicht dramatisch verändert.

Werden wir etwas zum Thema „Wunschkaiserschnitt“ lesen?

Leider konnte ich mich nicht durchsetzen, das Kapitel „Wunschsectio“ anders zu benennen. Hier hätte ich mir gewünscht, dass man von „psychosozialen Indikationen“ spricht. Kein Mensch wünscht sich ohne Grund einen Kaiserschnitt. Es bleibt mitunter eine Entscheidung zwischen zwei Übeln, die benannt, besprochen und mitunter sogar therapiert werden sollten. Entsprechende Empfehlungen finden sich jetzt wenigstens auch in der deutschen Leitlinie.

Bezüglich des Zeitpunkts des Kaiserschnitts konnte ich wegen fehlender Evidenz kein Gehör finden, den geplanten Kaiserschnitt zur Ausnahme zu machen. Die geplante Sectio ist der häufigste Verlegungsgrund eines reifen Neugeborenen in eine Kinderklinik. Diesem Umstand hat man zumindest dahingehend Rechnung getragen, dass ein geplanter Kaiserschnitt nur bei ganz besonderen Konstellationen früher als eine Woche vor dem errechneten Termin erfolgen sollte.

Und was ist mit der Notfall-Sectio?

Die Frage, in welchem Zeitfenster ein notfallmäßiger Kaiserschnitt durchgeführt werden soll, wurde

aufgrund aktueller Datenlage neu beantwortet. In Fällen der höchsten Dringlichkeitsstufe soll ein Kind weiterhin binnen 20 Minuten entwickelt werden. Hinsichtlich der Durchführung des Kaiserschnitts gibt es keine wesentlichen Überraschungen. Selbstredend ergeht die Empfehlung eines frühen Bondings, auch im OP-Saal.

Die Beratungsempfehlung in Bezug auf die kurz- und mittelfristigen Folgen des Kaiserschnitts wurde der Evidenz angepasst. Auch das Angebot einer Nachbesprechung der Geburt, insbesondere nach Kaiserschnitt, soll künftig zum Standard werden. So können wir die Indikation besser verstehen, nachvollziehen, psychische Folgen erkennen und möglichen Auswirkungen auf die Familienplanung zeitnah begegnen.

Was erwarten Sie von der Veröffentlichung der Leitlinien?

Ich bin sicher, dass die neue Leitlinie „Sectio“ Manche enttäuscht, nicht Wenige überrascht und sicher auch den Einen oder Anderen in seiner geburts-hilflichen Weltsicht erschüttern wird. Wichtig ist schlussendlich, die Leitlinie breit zu implementieren und dafür zu sorgen, dass nicht, wie allgemein üblich, die Empfehlungen nur zu 50 Prozent gelebt werden.

Nicht zuletzt gilt: Nach der Leitlinie ist vor der Leitlinie. Auch Evidenz hat erstaunlich kurze Halbwertszeiten und muss ständig überprüft und nachgebessert werden. Daher wird schon jetzt auf eine Neufassung der Leitlinie in drei bis fünf Jahren hingearbeitet.

Nach Zugrundelegung der NICE-Guideline bewegt man sich jetzt auch in Deutschland auf einem relativ hohen Evidenzlevel. Die Umsetzung einer interventionsarmen, traumasensiblen und psychosomatisch orientierten Geburtshilfe wird unterstützt.

Für mich als psychosomatisch arbeitenden Geburtshelfer bleiben zwar manche Wünsche

offen. Ich kann trotzdem mit dieser neuen Leitlinie gut leben. ■

Dr. med. Wolf Lütje ist Chefarzt der Frauenklinik des Evangelischen Amalie-Sievekings-Krankenhauses in Hamburg. Er ist seit 2013 Präsident der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie (DGPFPG).

AKTUELLE INFORMATION

Modell Wiesbaden: Hebammensprechstunde als Teil der Humanitären Sprechstunde

Banu Özcan und Klaus Burgmeier

In Wiesbaden ist die Hebammensprechstunde ein Teil der Humanitären Sprechstunde. Um eine medizinische Versorgungslücke für sozial ausgegrenzte Menschen zu schließen, wurde sie im Juni 2011 aufgrund eines Beschlusses der Stadtverordnetenversammlung ins Leben gerufen. Seitdem wird sie unter der Federführung des Amtes für Zuwanderung und Integration in Kooperation mit pro familia, dem Diakonischen Werk und dem Gesundheitsamt angeboten. Träger des Angebotes ist die hessische Landeshauptstadt Wiesbaden. Als Vorbild für die Institutionalisierung der Humanitären Sprechstunde diente die Vermittlungsstelle Medinetz Mainz, die medizinische Hilfe für Flüchtlinge und Migrant/Innen ohne Aufenthaltsstatus vermittelt.

Bei der Hebammensprechstunde in Wiesbaden handelt es sich um ein niedrigschwelliges Angebot der medizinischen Beratung und Hilfe für Migran-



tinnen und Migranten in unsicheren Lebenslagen. Neben der Hebammensprechstunde in Zusammenarbeit mit pro familia, den beteiligten Gynäkologen und den Geburtskliniken in Wiesbaden, sind weitere Bausteine der Humanitären Sprechstunde: die allgemeinmedizinische und zahnmedizinische Versorgung in den Räumen der Teestube der Diakonie und die ärztliche Versorgung von Kindern durch den jugendärztlichen Dienst im Gesundheitsamt in Kooperation mit niedergelassenen Kinderärzten. Die Hebammensprechstunde findet regelmäßig montags vormittags in den Räumen von pro familia in Wiesbaden statt. Dort können sich mittellose, nicht versicherte Schwangere unbürokratisch, kostenlos und anonym beraten und behandeln lassen. Betroffene Frauen können sich auch telefonisch bei pro familia melden und einen Termin vereinbaren oder sich auf der Homepage über die Hilfsangebote informieren.

Zu den beteiligten Kooperationspartner/innen der Hebammensprechstunde gehören neben einer federführenden Hebamme zwei Gynäkologinnen und drei Kliniken.

Das Betreuungsangebot und die Kosten
Mit der vorgeburtlichen Betreuung der Schwangeren werden Komplikationen vor, während und nach der Geburt rechtzeitig vorgebeugt. Deshalb gehören zum Betreuungsangebot:

- das Anlegen des Mutterpasses
- die notwendigen Blutentnahmen und alle medizinischen Untersuchungen.
- die Vermittlung der Termine bei den beiden kooperierenden Gynäkologinnen für drei Ultraschalluntersuchungen sowie bei Komplikationen in der Schwangerschaft
- Vermittlung in die jeweilige Geburtsklinik
- drei bis vier Hausbesuche durch die Hebammen im Wochenbett.

Die Hebammen sprechen neben Deutsch auch Englisch, Französisch und Spanisch. Bei Bedarf besteht zusätzlich die Möglichkeit, Integrationsassistent/

innen vom Verein MigraMundi für Übersetzungstätigkeiten heranzuziehen.

Die Neugeborenen können durch kooperierende Kinderärzte und -ärztinnen an den Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen und auch im Krankheitsfall behandelt werden.

Das Amt für Zuwanderung und Integration trägt die Kosten für die Nutzung der Räumlichkeiten in der pro familia-Beratungsstelle im Rahmen einer jährlichen, pauschalen Zahlung in Höhe von 960 Euro. Es begleicht zudem die Rechnungen der beteiligten Hebammen, Ärztinnen und Ärzte sowie die Entbindungskosten. Auch die Kosten für die Übersetzungsdienste der Integrationsassistenten werden übernommen.

Die Ausgaben für die Schwangerenversorgung setzen sich zusammen aus den Kosten für die Hebammen, für die Raum-Pauschale, die Kosten von 400 Euro pro Entbindung, Laborkosten, Kosten für ambulante und stationäre Versorgung und den Ausgaben für die Integrationsassistenten. Sie betragen im Jahr 2012 etwas mehr als 7.000 Euro; im Jahr 2017 lagen sie mit knapp 13.700 Euro beinahe doppelt so hoch.

Die Entwicklung

Seit Beginn der Humanitären Schwangerensprechstunde im Juli 2011 sind die Zahlen der behandelten Frauen und die der Beratungen kontinuierlich gestiegen. Der überwiegende Teil der behandelten Frauen stammt aus den EU-Osterweiterungsgebieten Bulgarien und Rumänien. 2012 und 2013 wurden außerdem Frauen aus Polen, Italien, Korea, Kolumbien, Serbien, Ukraine, Spanien, Ghana und der Dominikanischen Republik behandelt. In den Folgejahren wurden die Herkunftsländer nicht mehr einzeln erfasst.

Im Zeitraum von 2012 bis 2017 stieg die Zahl der Entbindungen einschließlich der Aborte von fünf auf 15 und auch die Zahl der gynäkologischen Behandlungen verdreifachte sich von 15 auf 45. Die

Zahl der Hausbesuche und Beratungstermine der Hebammen blieb in etwa gleich hoch (2012: 127; 2017: 124). Die Zahl der Schwangeren schwankte zwischen 24 (in 2017) und 42 (in 2015).

Die Entwicklung der Zahlen spricht eindeutig dafür, dass die Schwangerenversorgung gut angenommen wird. Dies dürfte auch im Zusammenhang mit dem Schutz der Anonymität stehen. Der anfangs befürchtete „Schwangerschaftstourismus“ aus anderen Städten ist nicht eingetreten.

Wegen des gestiegenen Behandlungsbedarfs ist das bisherige Finanzbudget an seine Grenzen gestoßen. Um den gestiegenen Herausforderungen gerecht werden zu können und eine zukünftige Finanzierung dieses nachhaltigen Projektes zu ermöglichen, wurde in Absprache aller Beteiligten von pro familia ein unabhängiges Spendenkonto bei der Nassauischen Sparkasse eingerichtet. Die Spenden ermöglichen eine weitere Versorgung der Schwangeren und entbundenen Frauen mit Medikamenten und Säuglingspflegebedarf. Spenden sind auch aus einer Aktion der Wiesbadener Lokalpresse eingegangen. ■

Banu Özcan und Klaus Burgmeier sind im Wiesbadener Amt für Zuwanderung und Integration zuständig für die Hebammensprechstunde.

Lesen Sie mehr

www.wiesbaden.de/vv/oe/07/33/14101010000002647.php

AKTUELLE INFORMATION

Fachdialognetz – eine Wissensplattform für Fachkräfte zur besseren Versorgung schwangerer Geflüchteter

Im Rahmen des Modellprojekts „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ bietet pro familia Fachveranstaltungen zu einem breit gefächerten Themenspektrum für Fachkräfte aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich an acht Standorten in Deutschland an. Damit soll das Wissen für Fachkräfte, die Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen vorhalten, nachhaltig weiter wachsen. Geplant sind etwa Veranstaltungen zu

- kulturellen Traditionen rund um Schwangerschaft und Geburt,
- Basiswissen zur Traumatologie
- nonverbaler Kommunikation mit schwangeren, geflüchteten Frauen
- weiblicher Genitalbeschneidung und -verstümmelung (FGM_C),
- Resilienzstärkung und Empowerment.

Eine Vielzahl weiterer öffentlich zugänglicher Veranstaltungen finden Interessierte im Veranstaltungskalender auf der Wissensplattform www.fachdialognetz.de. Der Kalender wird regelmäßig aktualisiert, sodass interessante Veranstaltungen in ganz Deutschland gefunden werden können.

Für die Vernetzung von Fachkräften nutzt das Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen neben persönlichen Gesprächen auch weitere digitale Möglichkeiten. Eine Expert*innen- und Angebots-Datenbank hilft Fachkräften dabei, schnell

und unkompliziert auf vorhandenes Wissen und bestehende Expertise zurückzugreifen und so noch bedarfsgerechtere Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen anbieten zu können. Zudem beschleunigt und erleichtert sie die Vermittlung betroffener Frauen an die richtigen Kolleg*innen. Der Schwerpunkt der webbasierten Vernetzung liegt auf den Regionen um die einzelnen Projektstandorte. Interessierte finden aber auch Expert*innen und Angebote aus dem gesamten Bundesgebiet. Mit einer Mediathek bietet die Wissensplattform ebenfalls eine Sammlung von hilfreichen Dokumenten und Fachpublikationen zu unterschiedlichen Themen.

Lesen Sie mehr

www.fachdialognetz.de

AKTUELLE INFORMATION

Korrektur

Ergänzung zum pro familia magazin 3/2017, Schwerpunkt Reproduktionsmedizin: Im Beitrag „Familie 4.0: Behutsames Outing nach Reproduktionsmaßnahmen und das Recht der Kinder auf Information“ haben wir nachträglich eine Korrektur vorgenommen. Auf Seite 6 muss es richtig heißen: „Zunächst möchte ich bemerken, dass ich mich im Folgenden an dem Aufklärungstext des Vereins Spenderkinder orientiere, mit dessen Inhalt ich mich stark identifiziere. Ich gebe ihn deswegen in Teilen wörtlich wieder. Den vollständigen Text finden Sie unter (www.spenderkinder.de/fuer-eltern/aufklaerung).“

Impressum

Herausgeber

pro familia Bundesverband
Mainzer Landstr. 250 -254
60326 Frankfurt am Main

Redaktion

Harriet Langanke, Köln
Dr. med. Daniela Wunderlich, Frankfurt
E-Mail: info@profamilia.de

www.profamilia.de/Publikationen

Erscheinungsweise: vierteljährlich
© 2018 ISSN 2195-7789

Gefördert von der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Für namentlich gekennzeichnete Beiträge liegt die inhaltliche Verantwortung bei der Verfasserin / dem Verfasser.