

STELLUNGNAHME

Kreißsaalschließungen - Eltern fordern: Wenn Schwangere keine Wahl mehr haben, müssen alle Kliniken eine gute Versorgung bieten

Die Elternorganisation Mother Hood e.V. rechnet im Jahr 2024 mit vier Prozent weniger Geburtsstationen. Die damit verbundenen Versorgungsprobleme gehen zu Lasten der Familiengesundheit. Die verbleibenden Kliniken müssen dringend gegensteuern, um die Nachteile von Kreißsaalschließungen auszugleichen. Der Verein veröffentlicht in seiner Stellungnahme konkrete Forderungen für die klinische Praxis.

Bonn, 24. September 2024. Die seit Jahren andauernde Welle an Schließungen von Geburtsstationen ebbt nicht ab. Bis einschließlich September 2024 haben bundesweit bereits 22 Geburtsstationen geschlossen oder ihr Aus für dieses Jahr bekannt gegeben. Bis zum Ende des Jahres 2024 rechnet die Elternorganisation Mother Hood e. V. mit circa 25 geschlossenen Geburtsstationen, so viel wie noch nie in Deutschland innerhalb eines Jahres. Das wären rund 4 Prozent der aktuell knapp 600 Geburtsstationen.¹ Der Verein sieht die gehäuften Schließungen unter anderem als Folge der anstehenden Krankenhausreform und dem damit verbundenen Ziel von weniger Geburtsstationen.

40 Minuten bis zum nächsten Kreißsaal: Vorgabe ohne politische Konsequenzen

Auf den ersten Blick scheint der Wegfall von Geburtsstationen in den meisten Regionen Deutschlands kein Problem zu sein. Viele Schwangere können von ihrem Wohnort aus innerhalb von weniger als 40 Minuten mindestens einen Kreißsaal erreichen, manchmal sogar mehrere. 40 Minuten ist die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgesetzte Entfernung für die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung.² Die Vorgabe berücksichtigt allerdings keine schlechten Witterungsverhältnisse, Staus, Straßensperrungen oder die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Für diese Hindernisse existieren auch keine regionalen Notfallkonzepte. Schwangeren bleibt nur der Rettungsdienst.

In manchen Regionen gibt es bereits jetzt nur eine oder sogar keine Geburtsklinik, wie im Rhein-Sieg-Kreis in Nordrhein-Westfalen (NRW), dem Dreiländereck Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie in weiten Teilen Ost-Thüringens, der Eifeler Region in Rheinland-Pfalz und NRW. Die 40-Minuten-Grenze zu einer Geburtsklinik kann in diesen Regionen nicht oder nur unter optimalen Anfahrtsbedingungen eingehalten werden.

In wie vielen Regionen Deutschlands diese 40-Minuten-Vorgabe infolge von Kreißsaalschließungen bereits nicht mehr eingehalten werden kann, wird nicht strukturiert erhoben und ausgewertet. Mit weiteren Schließungen werden auch immer mehr Schwangere weitere Wege zum nächsten

¹ IGES S. 79. Das Gutachten vermerkt für das Jahr 2018 682 Krankenhausstandorte mit Geburtsstationen. Mother Hood zählt seit 2019 rund 80 geschlossene Geburtsabteilungen.

² Gemeinsamer Bundesausschuss, Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V, 2016.

Kreißaal auf sich nehmen müssen. Gegensteuernde Maßnahmen der Landesregierungen sowie Sanktionsmöglichkeiten fehlen.

Folge: Die Versorgungsqualität leidet

Kreißsäle schließen meist innerhalb weniger Wochen oder Monate. Deshalb haben die verbleibenden Kliniken einer Region zu wenig Zeit, ihr Personal und Räume aufzustocken, um die steigende Anzahl der Schwangeren aufzufangen. Auch positive Versorgungskonzepte der geschlossenen Geburtsstation gehen verloren, wie ein Hebammenkreißaal oder eine Babyfreundlich-Zertifizierung. Dennoch weisen Klinikleitungen in der Regel darauf hin, sie seien dem Ansturm der Schwangeren, die sich aus einer geschlossenen Geburtsstation ergeben, gewachsen und die Versorgungsqualität wäre gewährleistet.

Eine wesentliche Frage wird allerdings nicht gestellt, geschweige denn plausibel beantwortet: Führt die Schließung einer Geburtsstation in den verbleibenden Kliniken zu weniger Versorgungsqualität und einem Versorgungsengpass?

Bisher können die meisten Schwangeren rund um ihren Wohnort zwischen zwei oder sogar mehr Geburtskliniken wählen. Das hat für sie mehrere Vorteile. Erstens: Ist die Wunschklinik belegt und muss Schwangere wegschicken, können sie bisher häufig in eine andere Klinik in Wohnortnähe ausweichen.³ Zweitens: Haben Schwangere mehrere Kliniken zur Auswahl, können sie sich bereits während der Schwangerschaft die Klinik aussuchen, die ihre Wünsche und Bedürfnisse am besten berücksichtigen kann. Das kann beispielsweise die Einhaltung von medizinischen Leitlinien sein oder die Möglichkeit, nach einem vorangegangenen Kaiserschnitt vaginal zu gebären.

Es ist wichtig, dass Schwangere das für sie passende Angebot finden können: Ein positives Geburtserleben hat wissenschaftlich nachgewiesen auch einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit der Gebärenden und die Familiengesundheit insgesamt.⁴

Schließen immer mehr Geburtsstationen einer Region, gibt es mehr Geburten in den verbleibenden Kliniken und weniger Alternativen bei überfüllten Kreißsälen. Die Gefahr von Überlastung steigt. Hebammen oder Gynäkologinnen müssen zu viele Geburten gleichzeitig betreuen und können problematische Geburtsverläufe von Mutter oder dem ungeborenen Kind übersehen.

Auch das geburtshilfliche Angebot reduziert sich. Nicht alle der aktuell knapp 600 Geburtskliniken bieten die gleiche Qualität. Im Gegenteil kann sich die Versorgung von Klinik zu Klinik enorm unterscheiden. Es gibt zum Beispiel Stationen, die nicht über das nötige Wissen und die Erfahrung verfügen, um Geburten in Beckenendlage auf vaginalem Weg begleiten zu können. Der Anteil von Geburtsstationen mit Hebammenkreißaal, welcher Gebärenden eine Eins-zu-Eins-Betreuung gewährleistet, liegt aktuell noch bei unter 10 Prozent.⁵ Es arbeiten auch nicht alle Kreißaalteams nach den Empfehlungen der medizinischen Leitlinie "Vaginale Geburt am Termin", die das Ziel hat,

³ Absolute Zahlen zu Abweisungen von Schwangeren existieren nicht. Dies wird im Rahmen der Qualitätssicherung nicht erhoben. Hinweise für Nordrhein-Westfalen gibt der [Abschlussbericht: HebAB.NRW - Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in NRW, 2020](#), S. 188, abgerufen am 15.08.2024.

⁴ Junge-Hoffmeister, J., Bittner, A., Garthus-Niegel, S., Goeckenjan, M., Martini, J., & Weidner, K. (2022). Subjective Birth Experience Predicts Mother-Infant Bonding Difficulties in Women With Mental Disorders. *Frontiers in global women's health*, 3, 812055. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.812055>, abgerufen am 12.09.2024.

⁵ Der Deutsche Hebammenverband verzeichnet auf seiner Website 50 Hebammenkreißsäle und arbeitet an einer weiteren Verbreitung dieses Betreuungskonzeptes. Vgl. <https://hebammenverband.de/hebammenkreissaal>, abgerufen am 15.08.2024.

eine sichere und frauenzentrierte Geburtshilfe zu realisieren⁶. Dabei stellt dies aus Sicht von Mother Hood e.V. die Minimalanforderung für eine gute geburtshilfliche Begleitung dar.

Die Folgen der aktuellen Entwicklung sind gravierend für Schwangere, Gebärende und ihre Familien: weniger Wahlmöglichkeiten, mehr Überlastung und weniger Qualität in der Versorgung. Deshalb entpuppt sich bei näherem Hinsehen die Entwicklung hin zu weniger Geburtskliniken zu einem Gesundheitsrisiko für Schwangere, Gebärende, Kinder und Familien.

Appell an Kliniken und Politik: Qualitätsoffensive in der Geburtshilfe dringend nötig

Alle Kliniken müssen eine qualitativ hochwertige, frauenzentrierte und diskriminierungsfreie Versorgung rund um die Geburt sicherstellen.⁷ **Frauzentrierte Betreuung** als interdisziplinäres Betreuungskonzept definieren wir in Anlehnung an das Nationale Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt⁸ folgendermaßen:

1. Schwangere und Gebärende haben die Wahl (Begleitung, Behandlung, Geburtsort) und können informierte Entscheidungen treffen (Choice).
2. Schwangere und Gebärende haben die persönliche Kontrolle, ihr Recht auf Selbstbestimmung wird gewahrt (Control).
3. Schwangere und Gebärende werden kontinuierlich von einer oder mehreren bekannten Personen betreut (Continuity).
4. Die Kompetenzen Schwangerer und Gebärender, eigene Entscheidungen treffen zu können, werden anerkannt, einschließlich sozialer, emotionaler, körperlicher, psychosozialer, spiritueller und kultureller Bedürfnisse und Erwartungen.
5. Schwangere und Gebärende sind aktiv und selbstbestimmt an der Geburt beteiligt.

Das Betreuungskonzept einer frauenzentrierten Geburtshilfe erfordert die Mitwirkung der geburtshilflich arbeitenden Berufsgruppen, insbesondere von Hebammen sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen, von Pflegedienst- und nicht zuletzt den Klinikleitungen.

Mother Hood e. V. fordert Maßnahmen für fünf Handlungsfelder, deren Umsetzung im Klinikalltag eine frauenzentrierte Versorgung unterstützt:

1. Selbstbestimmung und Rechte von Schwangeren und Gebärenden wahren

Gebärende müssen die Möglichkeit haben, selbstbestimmte Entscheidungen während der Geburt zu treffen. Dazu gehört auch die Beachtung des Patientenrechtegesetzes.

2. Medizinische Leitlinien in der Klinikpraxis umsetzen

⁶ Deutsche Ges. f. Hebammenwissenschaften/ Deutsche Ges. f. Gynäkologie und Geburtshilfe, S3-Leitlinie „Die Vaginale Geburt am Termin“, Langversion, 2020, S. 9, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-083>, abgerufen am 19.08.2024.

⁷ Die Bezeichnung frauenzentrierte Geburtshilfe berücksichtigt sprachlich keine gender-diversen Personen. Wir möchten deshalb explizit darauf hinweisen, dass eine frauenzentrierte Betreuung alle Personen einschließen muss, die schwanger werden und Kinder gebären.

⁸ Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (NGZG) aus dem Jahr 2017 ist das 9. von aktuell 10 Gesundheitszielen. Gesundheitsziele sollen Prozesse im Gesundheitswesen steuern und die gesundheitliche Versorgung Einzelner oder bestimmter Gruppen verbessern sowie gesundheitsfördernde Strukturen stärken. An der Erstellung von Gesundheitszielen wirken Bund, Ländern, gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung, Ärztinnen und Ärzte und weitere Leistungserbringer im Gesundheitswesen sowie Patientenvertretung und Selbsthilfegruppen mit. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt, abgerufen am 17.08.2024,

Medizinische Leitlinien sollen Qualität in der gesundheitlichen Versorgung sicherstellen. Ihre Umsetzung ist auch im Bereich der geburtshilflichen Versorgung wichtig. Es gibt aktuell mehrere Leitlinien rund um die Geburt, insbesondere die beiden S3-Leitlinien "Vaginale Geburt am Termin" (2021) sowie "Sectio Caesarea" (Kaiserschnittgeburt, 2020).

3. Breites Spektrum geburtshilflicher und nachgeburtlicher Angebote realisieren

Jede Geburtsstation muss über ein breites Spektrum an geburtshilflichen Angeboten verfügen, um möglichst vielen Bedürfnissen bestmöglich zu begegnen. Zum Beispiel interventionsarme Geburten im Hebammenkreißsaal oder die Begleitung von Geburten in Beckenendlage.

4. Bindungsaufbau und Stillen bei gesunden und kranken Neugeborenen sowie Frühgeborenen fördern

Eine stabile Mutter-Kind-Bindung wirkt sich positiv und langfristig auf die Gesundheit aus. Mütter und Elternteile, die stillen möchten, erhalten eine umfassende Stillunterstützung. Best Practice Beispiele sind hier Unterstützung nach dem WHO/UNICEF-Zertifikat "Babyfreundlich" und Stillberatung nach IBCLC-Kriterien.

5. Befragung zur Geburtserfahrung und Schulungen in traumasensibler Betreuung

Geburtskliniken befragen Mütter standardisiert nach ihren Erfahrungen mit der geburtshilflichen Versorgung. Die Ergebnisse werden im interdisziplinären Team ausgewertet und fließen in die regelmäßig stattfindenden Schulungen in traumasensibler Betreuung ein.

Es gibt bereits Kliniken, die die geforderten Maßnahmen in ihrer Geburtshilfe umsetzen. Sie zeigen, dass eine frauenzentrierte Geburtshilfe grundsätzlich möglich ist. Wenn sich Eltern künftig nicht mehr für "die bessere" Klinik entscheiden können, ist es an der Zeit, dass alle Geburtsstationen besser werden!

Über Mother Hood e. V.

Bei [Mother Hood e.V.](#) setzen sich Eltern für eine gute Versorgung von Mutter und Kind vor, während und nach der Geburt ein. Durch Kreißsaalschließungen, Personalmangel in Kliniken, Lücken in der Hebammenversorgung und Missachtung von Patient:innenrechten ist eine sichere Geburtshilfe nicht überall gegeben. Zu den Hauptforderungen des Vereins gehört die Sicherstellung einer Eins-zu-Eins-Begleitung durch eine Hebamme, die Beachtung des Patientenrechtegesetzes (§ 630 d BGB) und die Wahrung des Rechts auf die freie Wahl des Geburtsortes. Evidenzbasiertes Arbeiten ist die Grundlage unserer Aktivitäten. Mother Hood realisiert für Eltern verschiedene Projekte, wie die [Online-Elternkurse](#) oder das [Hilfetelefon nach schwieriger Geburt](#).

Pressekontakt: Katharina Desery, E-Mail k.desery@mother-hood.de, Tel. 0163/ 7274735. Mother Hood e. V., Villenstraße 6, 53129 Bonn.