

Versorgungssituation rund um die Geburt in München

Produkt 5360010 Strukturelle und Individuelle Angebote
gesundheitlicher Versorgung und Prävention













Das Geburtshaus München bei den Kosten für den Umzug unterstützen

Antrag Nr. 14-20 / A 02056 von Frau StRin Dr. Manuela Ohlhausen,
Herrn StR Prof. Dr. Hans Theiss, Herrn StR Dr. Reinhold Babor, Frau
StRin Sabine Pfeiler, Frau StRin Ulrike Grimm, Frau StRin Kathrin
Abele, Frau StRin Simone Burger, Herrn StR Haimo Liebich, Frau
StRin Bettina Messinger, Herrn StR Dr. Ingo Mittermaier vom
27.04.2016

Finanzierungsbeschluss

6 Anlagen 



Beschluss des Gesundheitsausschusses 
vom 07.07.2016 
Öffentliche          

Inhaltsverzeichnis

Seite

I. Vortrag der Referentin	2
A. Fachlicher Teil	4
1. Ausgangslage	4
2. Handlungsbedarf in der stationären Geburtshilfe und in der neonatologischen Versorgung	7
2.1. Klinikkapazitäten in der Geburtshilfe besser nutzen und ausbauen	8
2.2. Personal in Kliniken halten und gewinnen: Hebammen und Fachkräfte mit neonatologischer Weiterbildung	10
2.3. Verbesserung der Versorgungsqualität	15
3. Handlungsbedarf in der Versorgung in der außerklinischen Geburtshilfe	18
4. Handlungsbedarf in der ambulante Hebammenversorgung vor und/oder nach der Geburt	23
5. Handlungsbedarf bei der Versorgung von Flüchtlingsfrauen	25
6. Zusammenfassung	31

B. Darstellung der Kosten und der Finanzierung	31
1. Zweck des Vorhabens	31
2. Zahlungswirksame Kosten im Bereich der laufenden Verwaltungstätigkeit	32
3. Finanzierung	32
Stellungnahmen	33
II. Antrag der Referentin	35
III. Beschluss	36
I. Vortrag der Referentin	

Einführung – Anlass

Auf Anträge und Anfragen aller großen Stadtratsfraktionen hin hat das Referat für Gesundheit und Umwelt (im Folgenden: RGU) sich in den vergangenen Jahren wiederholt mit der Thematik der Versorgung rund um die Geburt befasst¹, insbesondere mit der Hebammenversorgung einschließlich der Haftpflichtproblematik, mit der Klinikgeburtshilfe, dem Modell eines Hebammenkreißsaals für München und mit der Kaiserschnitttrate in München. Dies entspricht dem hohen Stellenwert der Thematik für die Gesundheit junger Familien und ihrer Kinder in München.

Das RGU legt mit dieser Beschlussvorlage den aktuellen Stand der Versorgung rund um die Geburt samt kurz- bis mittelfristig zu erreichender Ziele und Maßnahmen dar. Dabei soll auch den Bedarfslagen sozial Benachteiligter Rechnung getragen werden. Diese werden nach der Münchner Hebammenstudie 2011/12 und nach Berichten von Akteuren insbesondere aus den Kliniken oft nicht ausreichend versorgt, sei es weil sie sich selbst nicht so rechtzeitig wie andere Bevölkerungsgruppen in der stationären und ambulanten Versorgung anmelden oder weil Sprachbarrieren bestehen. Zu Umfang und Bedeutung der geburtshilflichen Versorgung und zu den Rahmenbedingungen der Hebammenarbeit wird auf die ausführlichen Darlegungen unter den Ziffern 1. und 2. in der Beschlussvorlage „Situation der Hebammen in München“ im Gesundheitsausschuss am 20.01.2011 sowie auf die Beantwortung der Stadtratsanfrage „Versorgungssituation in Münchner Geburtskliniken“ vom 10.12.2014 verwiesen.²

1 Situation der Hebammen in München, Vorlagen-Nr.:08 – 14 / A 01712 vom 20.01.11; Hebammenversorgung in München, Umsetzung des Stadtratsbeschlusses Situation der Hebammen in München, Vorlagen-Nr.:14 – 20 / V 01826 vom 11.12.14 ; Verschärfung der finanziellen Situation für Hebammen ? Welche Auswirkungen sind für die Versorgung der Frauen rund um die Schwangerschaft in München zu befürchten? Vorlagen-Nr.: 08-14 / V 12837; Freiberufliche Hebammen in München – Stehen sie vor dem Aus?, Anfrage Nr. 08- 14 / F 01854 vom 28.02.2014; Hebammen vor dem Aus - Jetzt Hebammen retten! Antrag Nr. 08- 14 / A 05225 vom 07.03.2014; Hebammenkreißsaal für München, Vorlagen-Nr.: 08-14 / V 13745, Stadtratsbeschluss vom 16.01.14; Wie hoch ist die Kaiserschnitttrate in München? StR-Antrags-Nummer: 08-14 / F 00423 vom 07.01.2010; Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) Sanierungsumsetzungskonzept, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 03572, Beschluss der Vollversammlung vom 29.07.2015

2 „Versorgungssituation in Münchner Geburtskliniken“ Anfrage Nr. 14-20 / F 00188 gemäß § 68 GeschO von Herrn StR Dr. Reinhold Babor und Herrn StR Dr. Hans Theiss vom 10.12.2014.

Konkrete Anlässe :

- Mit Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 16.01.2014 (Sitzungsvorlage 08-14/V13745) wurde das RGU beauftragt, „eine Informationsveranstaltung zum Konzept Hebammenkreißsaal und entsprechende Praxiserfahrungen durchzuführen“ und darüber dem Stadtrat zu berichten.
- Meldungen über Engpässe in der stationären geburtshilflichen Versorgung
- Die Kaiserschnitttrate in München ist im Vergleich zum Richtwert der WHO zu hoch.
- Das Münchner Geburtshaus, das aufgrund einer Kündigung neue Räume anmietet, bittet die LH München um einen Zuschuss, um die umfangreichen und notwendigen Renovierungen durchführen zu können. Hierzu liegt auch eine Online-Petition sowie der gemeinsame Stadtratsantrag der CSU-Fraktion und der SPD-Fraktion vom 27.04.2016 (Anlage 1) vor.
- Frauen mit psychosozialen Belastungen, insbesondere Frauen mit Fluchthintergrund erhalten nicht im ausreichendem Maß die notwendige Hebammenversorgung vor und nach der Geburt.

Sicherstellungsauftrag

Die LH München hat bezüglich der stationären Versorgung einen Sicherstellungsauftrag gemäß Art. 9 I bayerische Gemeindeordnung i.V.m. Art. 51 Abs. 3 Satz 1 Art. 51 Abs. 3 bayerische Landkreisordnung, sofern nicht private oder gemeinnützige Träger die Versorgung ausreichend decken. Bezüglich der Hebammenversorgung besteht ebenfalls ein Sicherstellungsauftrag. Demnach haben sich die Landkreise bzw. die kreisfreien Städte zu bemühen, dass sich eine genügende Zahl von Hebammen bzw. Entbindungspflegern³ im Landkreis / kreisfreie Stadt niederlässt (Bloeck/Hauth, Praxis der Kommunalverwaltung, zu Art. 51 Abs. 3 Satz 1 LKrO). Die Frauenkliniken der Städtisches Klinikum München GmbH (im Folgenden: StKM) haben als kommunale Einrichtungen im besonderen Maß den Auftrag zur vorausschauenden Planung und zur Deckung von Versorgungslücken.

Befragung der Kliniken mit geburtshilflichen Abteilungen

Infolge von Meldungen zu Engpässen in der Münchner Geburtshilfe durch den bayerischen Hebammenlandesverband (im Folgenden: BHLV) im Gesundheitsbeirat im Dezember 2014 und im Zuge der Bearbeitung der oben genannten Stadtratsanfrage vom 10.12.2014 wurde im Januar 2015 eine Befragung aller Münchner geburtshilflichen Abteilungen zur aktuellen Versorgungssituation durchgeführt. Diese Antworten bestätigten, dass es in Spitzenzeiten immer wieder zu Versorgungsengpässen kommt, in denen Frauen vor oder sogar nach Wehenbeginn nicht mehr aufgenommen und auf eine andere Klinik verwiesen wurden. Insgesamt wurden dem RGU für 2014 ca. 800

³ In der Folge wird die Bezeichnung „Hebammen“ als Synonym für weibliche und männliche Beschäftigte verwendet

Verlegungen vor oder während der Geburt gemeldet. Es war mehrfach vorgekommen, dass sich alle Münchner Kliniken gleichzeitig bei der Rettungsleitstelle bezüglich der geburtshilflichen Versorgung abgemeldet haben.

A. Fachlicher Teil

1. Ausgangslage

Geburtenzahlen

Die Zahl der in 2015 geborenen Kinder in München wohnhafter Frauen betrug 17.143. Das sind 695 Geburten bzw. 4,2 % mehr als in 2014. Im Münchner Stadtgebiet wurden im Jahr 2015 insgesamt 22.775 Kinder von Frauen aus München und dem Umland geboren, davon rund 98% in Münchner Kliniken und ca. 2 % außerklinisch d.h. in Geburtshaus bzw. Hebammenpraxis sowie zu Hause. Die monatlichen Schwankungen waren mit bis zu 923 Geburten auch in 2015 groß (1.911 Geburten im September 2015, 988 Geburten im Februar 2015)⁴, weshalb es besonders in Spitzenzeiten zu Versorgungsengpässen in vielen Kliniken gleichzeitig kommt. Die durchschnittliche Auslastung der Kliniken ergibt daher kein angemessenes Bild von der Versorgungslage.

Geburtshilfekapazitäten im Kliniksektor

In München sind elf Kliniken in der Geburtshilfe tätig. Ein Überblick zu den dort betreuten Geburten und den Kreißsälen ist der Beantwortung der Stadtratsanfrage „Versorgungssituation in den Münchner Geburtskliniken“⁵, sowie der Anlage 2 zu entnehmen. Wie auch in der Stadtratsvorlage Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) (14-20 / V 05416) vom 19.04.2016 dargestellt⁶, hat die geburtshilfliche Versorgung in den Münchner Kliniken mit der Geburtenrate nicht Schritt gehalten. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass in Anbetracht des Zuzugs und des Geburtenüberschusses mit einer weiteren Steigerung um mindestens 200 Geburten jährlich bis 2022 zu rechnen ist.

Personal in der stationären Geburtshilfe

Die Gesamtzahl der in der klinischen Geburtshilfe freiberuflich und angestellt arbeitenden Hebammen wird aufgrund der nur schwer vergleichbaren Meldungen der Kliniken auf die Anfrage des RGU im Januar 2015 auf ca. 150 Hebammen geschätzt. Diese Zahlen stehen im Kontrast zu den vom Deutschen Krankenhausverzeichnis veröffentlichten Daten, die für 2013 eine Anzahl von 235 tätigen Hebammen und Entbindungspflegern in München angaben.⁷ Die Diskrepanz zeigt die Schwierigkeit auf die in der Geburtshilfe tätigen Hebammen zu erfassen, bei denen oft zudem nicht bekannt ist, wie viele von diesen Hebammen in Vollzeit oder in Teilzeit arbeiten. Da viele Kliniken seit Sommer 2014 ihre Personalstellen für Hebammen nicht besetzen konnten, setzen sich derzeit in München Beleghebammensysteme in der Geburtshilfe zunehmend durch. Dies bedeutet,

⁴ Mündliche Angaben des Standesamtes München vom 20.01.2016 gegenüber dem RGU. Neuere Daten sind schriftlich nicht erhältlich.

⁵ „Versorgungssituation in Münchner Geburtskliniken“ s.o. Fußnote 2

⁶ Einzelne Münchner Geburtskliniken haben ihre Geburtenzahlen 2015 sogar abgesenkt.

⁷ Datenquelle: Deutsches Krankenhausverzeichnis, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2013. Stand: 31.12.2013.

dass der Anteil der freiberuflichen Hebammen zunimmt, denn diese können bei den hohen Geburtenzahlen in München jede Geburt gesondert abrechnen und dadurch ein deutlich höheres Einkommen erzielen als fest angestellte Hebammen. Genaue Zahlen zu den jeweiligen Beschäftigungsverhältnissen⁸ sind schwer zu bekommen und verändern sich ständig. Anfang 2015 war laut Auskünften der Münchner Kliniken ca. jede siebte Planstelle für angestellte Hebammen nicht besetzt.

Die Zahl der im RGU gemeldeten freiberuflich, d.h. sowohl stationär (im Rahmen von Beleghebammensystemen) als auch ambulant arbeitenden Hebammen betrug zum Jahresende 2015 352. Darunter sind auch 29 Hebammen, die sich im Jahre 2014 und im Jahre 2015 neu angemeldet haben. Im Umland wohnhafte Hebammen arbeiten zum Teil ebenfalls in München (Schätzung: ca. 40 Hebammen). Daher wird die Gesamtzahl der derzeit in München freiberuflich tätigen Hebammen auf ca. 400 geschätzt, womit die Rate „Hebamme pro Gebärende“ mit einer Hebamme auf knapp 43 Gebärende rein zahlenmäßig etwas über dem Bundesdurchschnitt liegt. Auf der Basis der Münchner Hebammenbefragung 2011/12 ist von relativ hoher Fluktuation und teilweise sehr geringer Jahresstundenzahl eines Teils der Hebammen auszugehen.

Auch wenn dem RGU keine konkreten Zahlen vorliegen, gibt es deutliche Hinweise, dass auch auf den neonatologischen Stationen Pflegekräfte fehlen. Im Rahmen der Vorbereitung der Beschlussvorlage "Runden Tisch für Pflege an Münchner Krankenhäusern" wurde von Pflegedirektoren über einen Personalmangel auf diesen Stationen berichtet. Mindestens zwei Kliniken decken derzeit ihren Personalbedarf an neonatologischen Fachkräften über Leiharbeitsverträge mit Firmen, die italienische Kinderkrankenschwestern sehr kostenintensiv vermitteln.⁹

Qualität in der Geburtshilfe

Die Kaiserschnitttrate von durchschnittlich 35,5 % für alle Münchner Geburtskliniken im Jahr 2014¹⁰ ist insgesamt hoch. Die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt auf internationaler Ebene eine Rate von 15 Prozent, die für Industrienationen allerdings vermutlich eher bei ca. 20 Prozent oder etwas darüber anzusetzen wäre.¹¹ Einige Münchner Kliniken der niedrigeren Versorgungslevels haben in etwa doppelt so hohe Kaiserschnitttraten, was darauf schließen lässt, dass nicht das Risikoprofil der Gebärenden, sondern die Routine der jeweiligen Klinik die Kaiserschnitttrate maßgeblich bestimmt. Die Münchner Kaiserschnitttrate liegt zudem ca. vier Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt. Zur Qualität der geburtshilflichen Versorgung wird auf weitere Ausführungen unter 2.3. verwiesen.

8 Siehe <http://quag.de/downloads/VergleichGeburtenGKV-SV.pdf>

9 Mündliche Aussagen in der AG „Geburtshilfe der Münchner Institutionen rund um die Geburt“ am 16.03.16

10 Auskunft Dr. Nicolas Lack, Leiter der Bayerischen Perinatalerhebung (BAQ), vom 29.09.15

11 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/

Darüber hinaus ist die stationäre Geburtshilfe in München u.a. charakterisiert durch das Fehlen von Angeboten der Eins-zu-Eins-Betreuung. Dies gilt auch bundesweit, siehe Pressemitteilung des Deutschen Hebammenverbandes vom 1.02.2016: „In Deutschlands Kreißsälen betreuen 95 Prozent der Hebammen bereits häufig zwei und oft sogar noch mehr Frauen gleichzeitig während der Geburt. Fast zwei Drittel der Hebammen müssen aufgrund von Personalengpässen regelmäßig Vertretungen übernehmen“.¹² Der in der AG Geburtshilfe vertretene Verein Motherhood e.V. weist das RGU in einer Stellungnahme zu den Empfehlungen der AG Geburtshilfe ebenfalls auf diese bedenkliche Entwicklung hin.

Wenn ein geburtshilfliches Team viele Geburten gleichzeitig betreuen muss, kann die für einen normalen Geburtsverlauf hilfreiche persönliche Unterstützung nicht zur Verfügung stehen, und vom physiologischen Geschehen abweichende Geburtsverläufe werden wahrscheinlicher. Eine kontinuierliche Betreuung während der Geburt hat einen klinisch relevanten Nutzen für Frauen und Säuglinge. Jede Frau sollte während der Wehen und der Geburt Unterstützung haben, wobei die Unterstützung von außerfamiliären Geburtsbegleiterinnen neben derjenigen von Hebammen besonders wirkungsvoll ist, so die Ergebnisse einer Studienanalyse der Cochrane Collaboration über 23 Studien aus 16 Ländern mit mehr als 15.000 Frauen.¹³

Fachgespräch und Arbeitsgruppe Geburtshilfe

Lösungswege für die Engpässe in der Geburtshilfe und die Verbesserung der Versorgungsqualität sucht das RGU gemeinsam mit den Akteuren in den Kliniken, Verbänden und anderen Einrichtungen. So veranstaltete das RGU am 10.06.15 das Fachgespräch „Versorgungssituation in Münchner Geburtskliniken“ mit 75 Teilnehmenden. Von elf geburtshilflichen Münchner Abteilungen waren zehn große Kliniken mit ihrer Leitungsebene sowie Vertreter des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, die Bayerische Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, Betroffene und psychosoziale Berufsgruppen rund um die Geburt vertreten. In Vorträgen zur Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung und in der Diskussion wurden Änderungsvorschläge für München unterbreitet, die das RGU, wie in in dieser Beschlussvorlage dargestellt - soweit umsetzbar - übernimmt (siehe unter 2.). Zudem hat sich im Anschluss an das Fachgespräch die AG Geburtshilfe gebildet, an der sich aufgrund der Dringlichkeit der Versorgungsfrage fast alle Berufsgruppen, die sich am Fachgespräch beteiligten und insbesondere die Vertreter aller Kliniken in Stadt und Umland (bis auf eine kleine Privatklinik) teilnehmen. Hier wurden u.a. gemeinsame Vorgehensweisen bei der Annahme von Anmeldungen Schwangerer und bei der Weiterverweisung in Fällen von akuter Überbelegung beschlossen (siehe unten 2.1.). Weiterhin wurde die Kooperation mit den Umlandkliniken verbessert.

¹² Laut repräsentativer Umfrage von rund 1.700 Hebammen in Kliniken, <https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2016/02/01/artikel/arbeitsbedingungen-in-deutschen-kreisssaelen-gefaehrden-qualitaet-bei-betreuung-von-geburten/> (abgerufen 07.04.16)

¹³ „Kontinuierliche unterstützende Betreuung für Frauen während des Geburtsprozesses“, Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C 2013 , <http://www.cochrane.org/de/CD003766/kontinuierliche-unterstuetzende-betreuung-fur-frauen-waehrend-des-geburtsprozesses>

Die AG Geburtshilfe verfasste im März 2016 Empfehlungen zur Versorgungssituation in München, die im Juni 2016 verabschiedet werden und in Anlage 3 beigefügt sind. Der Verein Motherhood e.V. empfahl im Zuge der Bearbeitung einerseits die finanziellen Mittel und Räumlichkeiten für Erweiterungen der Geburtskliniken um Hebammenkreißsäle aufzustocken. Ein selbstbestimmteres Arbeiten für Hebammen sei geeignet, diese an ihren Arbeitsplätzen zu halten. Zudem empfahl er eine bessere Geburtsbegleitung. Der Arbeitskreis Frau und Gesundheit des Münchner Gesundheitsbeirats wies in seiner Sitzung vom 30.09.2015 auf die starke Verunsicherung der Schwangeren heute und den oft nicht mehr gespürten Zusammenhang zwischen der eigenen Kompetenz sowie dem Vertrauen in den eigenen Körper und der mütterlichen und kindlichen Gesundheit hin. Er hielt in der Situation der Münchner Engpässe in der Geburtshilfe vor allem eine zusätzliche Begleitung für vulnerable Zielgruppen vor und während der Geburt für sehr sinnvoll.

Die oben genannte Klinikbefragung von 2015, das Fachgespräch und die nachfolgend eingerichtete Arbeitsgruppe haben deutlich gemacht, dass die Engpässe in der Münchner geburtshilflichen Versorgung vorwiegend auf Personalknappheit bei Hebammen und bei Kinderkrankenschwestern in der Neonatologie zurückzuführen sind. Die Personalgewinnung scheitert in diesem Bereich sehr oft, wie bei allen anderen Mangelberufen (Pflege, Erzieherinnen, Polizei u.a.), an den hohen Lebenshaltungskosten in München und der im Verhältnis dazu geringen tariflichen Bezahlung. Die Stellung von Kontingenten für Wohnraum und Kinderbetreuung kann nur der jeweilige Arbeitgeber übernehmen, wie es die LH München und die StKM für ihre Beschäftigten in einem gewissen Ausmaß auch tun.

2. Handlungsbedarf in der stationären Geburtshilfe und in der neonatologischen Versorgung

Das RGU sieht drei Handlungsfelder zur Sicherung der Versorgung:

2.1. Klinikkapazitäten in der Geburtshilfe besser nutzen und ausbauen

2.2. Personal in Kliniken halten und gewinnen: Hebammen und neonatologische Fachkräfte

2.3. Verbesserung der Versorgungsqualität, insbesondere Stärkung der geburtshilflichen Praxis der normalen Geburt und der Verantwortung der Hebammen.

Die empfohlenen und zum Teil schon in der Umsetzung befindlichen Maßnahmen werden in den folgenden Abschnitten 2.1 bis 2.3 dargestellt. Die Querverweise in den Kapiteln beziehen sich auf die Tabelle im jeweiligen Abschnitt.

2.1. Klinikkapazitäten in der Geburtshilfe besser nutzen und ausbauen

Die Nutzung der vorhandenen geburtshilflichen Kapazitäten hat sich infolge der Intensivierung der Kooperation der Kliniken bereits verbessert. Insbesondere wurde eine zentrale Kreißaal-, Telefon- und Faxliste erstellt und in allen Kreißsälen ausgehängt, die seit Herbst 2015 auch die Münchner Umlandkliniken Ebersberg, Starnberg und Dachau mit ihren teilweise nicht ausgelasteten Kapazitäten umfasst. Diese Liste dient dem dienststanwesenden Kreißaalpersonal gemeinsam mit den Angaben im IVENA-System¹⁴ dazu, den direkten Kontakt zu Kreißsälen mit freien Kapazitäten zu ermöglichen. Die Absprachen über Zuweisungen und Verlegungen verbesserten sich. Es kam seltener zu einer Überlastung aller Kliniken gleichzeitig sowie in der Folge selten zur Abweisung von Gebärenden ohne vorherige Weiterverweisung und es erfolgte eine geordnete Verlegung an eine andere Klinik. Die Spezifizierung und Pflege des IVENA-Systems sowie der Abgleich der fachlichen Versorgungsschwerpunkte wurden von den Verantwortlichen in Angriff genommen, was sich als ein wichtiger Weg zu besserer Nutzung und zum Ausbau der bestehenden Ressourcen herausstellte (2.1.5.).

Die vom RGU initiierte AG Geburtshilfe hat sich als ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Kooperation der Münchner Geburtshilfen und zum fachlichen Austausch mit der niedergelassenen Ärzteschaft, Hebammen, Trägern psychosozialer Unterstützungsangebote und Betroffenen erwiesen. Engpässe und Bedarfe konnten zeitnah erfasst und erste erfolgreiche Schritte eingeleitet werden. Die AG soll fortgesetzt werden und auch Verbesserungen in der Versorgungsqualität und der Patientinnenzufriedenheit anstreben (2.1.3.).

Mit Blick auf die steigenden Geburtenzahlen hat das RGU immer wieder darauf hingewiesen, dass der Kapazitätsausbau in der StKM mit dieser Entwicklung Schritt halten muss, bzw. die Kapazitäten angepasst werden müssen. Die überproportionale Berücksichtigung des weiteren Anstiegs bei der StKM, deren Marktanteil derzeit bei rund 27 Prozent liegt, erfolgt aufgrund des Sicherstellungsauftrags der Landeshauptstadt München und der StKM als städtische Klinik.

Das RGU geht davon aus, dass die im Sanierungsumsetzungskonzept vorgesehene Kapazitätsausweisung auf 6.000 Geburten pro Jahr ab 2020 nicht ausreicht. Bereits im Jahr 2015 wurden dort 5.928 Babys und damit 349 mehr als im Vorjahr geboren. Es wird daher eine höhere Planzahl für das Jahr 2020 für erforderlich gehalten. Dies ist aus Sicht nur erreichbar, wenn bei einer Verlegung der Geburtshilfe Neuperlach an das geplante Klinikum Süd in Harlaching die überwiegende Zahl der in Neuperlach angestellten Hebammen als Personalstamm gehalten werden können. Neuperlach ist die einzige mit angestellten Hebammen arbeitende Geburtshilfe, die keinen erheblichen Hebammenmangel festzustellen hat (2.1.2. und siehe dazu auch unten 2.2., 4. Absatz).

¹⁴ IVENA-eHealth Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (Rettungsleitsystem) <https://www.ivena-muenchen.de/leitstellenansicht.php?si=>

Gemäß eines Schreibens der Geschäftsführung an das RGU vom 07.01.16 geht die StKM davon aus, dass insgesamt die für eine Sicherung der geburtshilflichen Kapazitäten in der StKM notwendigen Personalressourcen bei den Hebammen durch die teilweise bzw. vollständige Einführung eines Beleghebammensystems an zwei Standorten gedeckt werden können. Dies hält auch das RGU mangels tariflich attraktiver Arbeitsplätze für angestellte Hebammen langfristig für erforderlich. Die Gewinnung von qualifiziertem Personal in der Neonatologie gestaltet sich ebenfalls schwierig und könnte aus Sicht des RGU vermutlich nur mit Lohnzuschlägen, ggf. Kooperationen mit freiberuflichen neonatologischen Fachkräften oder Kinderkrankenschwestern und innovativen Teammodellen bewältigt werden.(2.2.2.) Wie in Kapitel 2.2. dargestellt, plant das RGU einen Runden Tisch Pflege einzurichten, der sich mit der Personalsituation und den -engpässen in der Pflege und in der Geburtshilfe befasst.

Durch den Stadtratsbeschluss „Städtisches Klinikum München GmbH (StKM)“ vom 19.04.2016¹⁵ hat der Stadtrat die StKM per Beschluss aufgefordert, die Geburtenentwicklung sowie die geburtshilfliche Versorgungssituation bei der Fortschreibung des Medizinkonzepts adäquat zu berücksichtigen. Die SKA hat darin ausgeführt, dass sich die Landeshauptstadt München eine Fortschreibung bzw. Aktualisierung des Medizinkonzepts im Rahmen des jeweiligen Stands der Planung und Umsetzung zu jedem Zeitpunkt vorbehält. Im Verlaufe der Sanierung der StKM bis 2022 sowie in der langfristigen Planung werde bei Erkenntnissen zu wesentlichen Bedarfsveränderungen angemessen reagiert werden.

Überblick zu 2.1. Klinikkapazitäten in der Geburtshilfe besser nutzen und ausbauen:

Empfohlene Ziele und Maßnahmen	Verantwortlichkeit	Arbeitsauftrag
2.1.1. Versorgungszugänge bezüglich der Klinik-Geburtshilfe transparent machen und ausbauen	RGU, Kliniken, IVENA	Das RGU moderiert Verfahrensweisen, Absprachen und Empfehlungen, mit denen durch eine frühzeitige Anmeldung der Schwangeren gemäß den Risikoprofilen von Schwangeren und Ungeborenen die Versorgung in der Geburtshilfe gesichert und insbesondere für sozial Benachteiligte verbessert wird.
2.1.2. Sicherstellungsauftrag in der geburtshilflichen Versorgung einschließlich der Neonatologie gem. Art. 51 LkrO und Art. 9 GO auch bei	SKA, RGU	Ausbau der Kapazität der StKM durch räumliche Vergrößerung sowie Personalbindung und -gewinnung nach gründlicher Prüfung der Daten- und Bedarfslage (siehe dazu unter 3.2.).

steigenden Geburtenraten (bis 2030) sicherstellen.		Einbeziehung der Ergebnisse des Versorgungsmanagements rund um die Geburt, unter Einbindung des Runden Tisch Pflege.
2.1.3. Die AG Geburtshilfe aller Kliniken fortsetzen: Die Absprachen der Kliniken zur Versorgungsqualität und zum Umgang mit Engpässen und die Information von Schwangeren und niedergelassener Ärzteschaft verbessern und die Versorgungsqualität steigern.	RGU	Das RGU moderiert und sichert die Umsetzung der Ergebnisse der AG Geburtshilfe.
2.1.4. Gezielte Zuweisung der Kliniken untereinander	Münchener Geburtskliniken	Schwangere werden bei Überlastung der Kliniken, unter Beachtung ihres Risikoprofils zu anderen Kliniken empfohlen oder verlegt. Transparente Verfahrensweisen und Informationen für die Schwangeren und die Professionen rund um die Geburt sind eingeführt und verbreitet.
2.1.5. Das Münchner IVENA – System für den Sektor Geburtshilfe neu organisieren und gezielter nutzen	IVENA, Rettungsleitstelle, Münchener Geburtskliniken	Die Einträge der Kliniken im IVENA-System sind stets aktuell gehalten, Verlegung und Übernahme in Spitzenzeiten erfolgt besser und schneller. Quartalsberichte werden angestrebt.
2.1.6. Münchener Umlandkliniken übernehmen geburtshilfliche Versorgung bei Engpässen	RGU	Das RGU bezieht die Umlandkliniken kontinuierlich in den Fachaustausch rund um die Geburt ein und verbessert die Kooperation (bereits begonnen).

2.2. Personal in Kliniken halten und gewinnen: Hebammen und Fachkräfte mit neonatologischer Weiterbildung

Die Problematik der Personalengpässe gestaltet sich in der Geburtshilfe in gleicher Weise wie im gesamten Pflegesektor. Daher behandelt das RGU dies parallel mit dieser Beschlussvorlage auch in derjenigen zum Runden Tisch Pflege¹⁶ und geht darin sowie in den Beratungen des Runden Tisches Pflege explizit auf Lösungen auch für den Hebammenmangel ein.

Vorwiegend aufgrund von fehlenden Hebammen, aber auch von neonatologischen Fachkräften, melden sich die Kliniken teilweise über Stunden bei der Rettungsleitstelle ab, und zwar gerade Kliniken der höchsten Versorgungsstufen (Level 1 und 2). Dies hat zur Folge, dass auch Schwangere mit Frühgeburtsbestrebungen nicht mehr aufgenommen werden können. Diese wurden in Einzelfällen per Hubschrauber nach Frankfurt oder Nürnberg verlegt. Diese Situation ist für eine Großstadt mit einem überdurchschnittlichen Angebot an Geburtskliniken der höchsten Versorgungsstufe nicht akzeptabel.

Die Personalknappheit bei den Hebammen betrifft vorwiegend diejenigen Kliniken, die mit angestellten Hebammen arbeiten. Kliniken mit Beleghebammensystem haben in der Regel eine ausreichend große Zahl an Hebammen in ihrem Team und in Bereitschaft und können die Hebammendienste auch bei fluktuierender Inanspruchnahme besser sicherstellen.

Die einzige Münchner geburtshilfliche Abteilung, die ausschließlich mit angestellten Hebammen arbeitet und trotzdem – abgesehen von Mutterschaftsurlauben – nicht über unbesetzte Hebammenstellen klagt, ist die Abteilung der Frauenklinik Neuperlach. Die Ursache scheint die dortige Praxis der interventionsarmen, stark von originärer Hebammenarbeit geprägten Geburtshilfe zu sein, mit der sich die dort arbeitenden Hebammen stark identifizieren und für die sie immer wieder auch neue Hebammen gewinnen können. Sollte eine Zusammenlegung der Abteilungen von Harlaching und Neuperlach aus organisatorischen Gründen erforderlich sein, zum Beispiel weil langfristig eine mit ca. 1.300 Geburten p.a. relativ kleine Geburtshilfe ökonomisch und organisatorisch nicht tragbar ist, wären dringlich Maßnahmen zu treffen, die einen Wissenstransfer und Erhalt der eingriffsarmen Geburtshilfe und der dazu entwickelten geburtshilflichen Techniken in das neue Klinikum Süd gewährleisten. Diese Form der stark an den geburtshilflichen Praktiken der Hebammen orientierten Geburtshilfe entspricht dem Ziel des Qualitätsindikator QI 4b. der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (im Folgenden: BAQ): „Wenig primäre und sekundäre Kaiserschnitte bei Kindern mit einem Gestationsalter 24+0“.¹⁷ Mit Neuperlach verfügt die StKM über ein Versorgungsmodell, das den Modellen eines Hebammenkreißsaals weitgehend entspricht und daher, in noch zu überprüfender Form, erhaltenswert ist (2.2.1.).

Hiermit soll nun auch gemäß dem bereits erledigten Stadtratsbeschluss vom 16.01.14¹⁸ über die Aktivitäten des RGU zu Modellen des Hebammenkreißsaals für München berichtet werden. Auf dem Fachgespräch „Versorgungssituation in den Münchner Geburtskliniken“ am 10.06.2015 befasste sich das erste Fachreferat von Prof. Nicola Bauer (Hebammenwissenschaften Bochum) mit Organisationsformen in der Geburtshilfe, darunter auch dem Hebammenkreißsaal. Sie forderte auf Basis der Auswertung

¹⁷ d.h. möglichst wenig Kaiserschnitte bei berechneter Schwangerschaftsdauer 24 Wochen nach Empfängnis
¹⁸ „Hebammenkreißsaal für München“, Vorlagen-Nr.: 08-14 / V 13745, Stadtratsbeschluss vom 16.01.14

internationaler Studien eine Aufwertung der klinischen Hebammenarbeit finanziell und ideell. Weiterhin eine Förderung der Arbeitszufriedenheit der Hebammen, u.a. durch Veränderung der Personalanhaltszahlen und möglichst hohe Eigenständigkeit in der Teamorganisation. Sie empfahl die Förderung der physiologischen Geburt als gemeinsames Ziel in der Geburtshilfe sowie die Implementierung innovativer Versorgungskonzepte, wie z.B. verschiedener Formen von Teammodellen für Hebammen und ein verbessertes Schnittstellenmanagement. Zusätzliche Unterstützung durch Laien-Geburtsbegleiterinnen (sog. Doulas), die Vernetzung der Münchner Akteure, neue Wege der interdisziplinären Zusammenarbeit und die Akademisierung der Hebammen-Ausbildung könnten helfen, die Hebammenversorgung zu sichern.

Die Einführung eines der Modelle der bundesweit eingeführten Hebammenkreißsäle, die teils räumlich, teils aber auch nur organisatorisch vom herkömmlichen Kreißaal unterschieden sind, würde sich auch für Münchner Kliniken anbieten.¹⁹ Die Münchner Klinikbefragung 2015 hat allerdings keine Bereitschaft von Münchner Kliniken zur Einführung oder Prüfung solcher Modelle erbracht. Das Modell könnte geeignet sein, Hebammen als Angestellte oder Freiberufliche bei der StKM zu binden, weil es ihren Tätigkeitsschwerpunkt „Normale Geburt“ und ihre Verantwortung sowie ihren Einfluss in der Geburtshilfe stärkt (siehe dazu auch 2.2.2.). Daneben könnten neben dem Verzicht auf Lohnkürzung, die Zahlung von Zuschlägen zum Tariflohn und der Erweiterung der Kontingentplätze in Kinderbetreuungseinrichtungen und im städtischen Wohnungsbestand evaluiert werden. Allerdings ist zur Einführung eines Modells eines hebammengeleiteten Kreißsaals die Bereitschaft der bei der StKM beschäftigten Hebammen dringend erforderlich. Diese scheint laut Aussage der Geschäftsführung derzeit nicht gegeben zu sein.

In der AG Geburtshilfe wurde gefordert, Hebammen, Ärztinnen/Ärzte und Fachkräfte mit neonatologischer Weiterbildung möglichst weitgehend von fachfremden Aufgaben zu entlasten und damit eine Konzentration auf Kernaufgaben insbesondere in Spitzenzeiten zu ermöglichen. Dies werde von Burnout bedrohte Beschäftigte in der Anstellung halten – siehe zu Zielen und Vorgehensweisen die Broschüre des Deutschen Hebammenverbandes (im Folgenden: DHV)²⁰. Andere Berufsgruppen wie beispielsweise geburtshilfliche Assistenzkräfte sollten insbesondere in Spitzenzeiten für delegierbare Tätigkeiten (Schreibarbeiten, Telefondienst, Reinigungsarbeiten) zur Verfügung stehen (2.2.3.). In der zu erarbeitenden Analyse des Runden Tisches Pflege sind Personalfördermaßnahmen zu prüfen (2.2.4.).

Das RGU hat beim Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) auf den Hebammenmangel in München hingewiesen. Um mehr Hebammen für Ausbildung und

¹⁹ „Hebammenkreißaal für München“ Vorlagen-Nr.:08–14 / V 13745 vom 16.01.2014
<http://ris03.muenchen.de/RII/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/3182826.pdf>

²⁰ (<https://shop.hebammenverband.de/Broschueren/Hebammen-in-der-Klinik-Kompetenzen-und-Taetigkeitsfelder-angestellter-Hebammen.html>)

Beruf zu gewinnen, muss das Ausbildungsangebot in München und Bayern ausgeweitet werden. Das StMGP will dies prüfen. Einer Vermehrung der Ausbildungsplätze an den Hebammenschulen im Umkreis von München, bei denen immer noch mehr Bewerbungen eingehen als Plätze vorhanden sind, steht laut erster Auskunft der Münchner Hebammenschule gegenüber dem RGU der Mangel an Hebammenlehrkräften und die Senkung der geplanten Geburtenzahlen an den Lehrkrankenhäusern entgegen. Dennoch sollte diese Thematik weiterhin aufgegriffen bleiben und auch in den Runden Tisch Pflege eingebracht werden (2.2.5.).

Ähnlich wie in der Pflege ist in Bayern zusätzlich eine akademische Ausbildung von Hebammen erforderlich. Mit einem Studiengang, der beispielsweise in Berlin oder NRW bereits angeboten wird, kann den höheren Anforderungen, die an den Beruf gestellt werden gerecht werden, entspricht der internationalen Praxis einer Hochschulausbildung und würde Hebammen den Zugang zur Forschung erleichtern.

In der vom Runden Tisch Pflege angedachten umfassenden Öffentlichkeitsarbeit (inkl. Internetseite) sollen auch die Personalengpässe in der Geburtshilfe aufgegriffen werden und auch die Printmedien für Geburtshilfe /Hebammenzeitungen einfließen (2.2.6.).

Hebammen und neonatologische Fachkräften aus dem europäischen Ausland und mit Qualifikationen, die der deutschen Ausbildung vergleichbar sind, werden bereits jetzt für die Arbeit in Münchner Kliniken gewonnen. Die Anerkennung ausländischer Hebammen gestaltet sich nur bei solchen aus dem europäischen Ausland aufgrund von EU-Richtlinien vergleichsweise unkompliziert und gelingt laut Auskunft der Bayerischen Bezirke gegenüber dem RGU meist in kurzer Zeit. Schwieriger gestaltet sich die Anerkennung von Fachkräften aus dem nichteuropäischen Ausland, sowohl aufgrund nicht vergleichbarer fachlicher Voraussetzungen als auch aufgrund von mangelnden Sprachkenntnissen. Mit der Akademie der StKM, dem Amt für Wohnen und Migration sowie dem Referat für Arbeit und Wirtschaft wurden erste Gespräche zu Clearingmaßnahmen, Vorqualifizierung und Qualifizierung von Hebammen und Kinderkrankenschwestern mit nicht-europäischen ausländischen Qualifikationen geführt. Es wird von Seiten der Akademie der StKM die Umsetzung eines Hebammen-Vorbereitungslehrgangs geprüft. Diese Bemühungen werden fortgesetzt. Eine sorgfältige Prüfung der Eignung erscheint, auch unter Beachtung des hohen Kommunikationsbedarfs in der Versorgung rund um die Geburt, als unumgänglich. In der Regel besteht vor Beginn einer vergleichbaren Ausbildung ein erheblicher Förderbedarf einschließlich der Förderung der Sprachkompetenz (2.2.7.).

Von Seiten der Berufsverbände der Hebammen und des Pflegepersonals wird auf die gemessen an der Verantwortung deutlich zu geringe tarifliche Bezahlung hingewiesen. Hierfür besteht allerdings keine kommunale Zuständigkeit. Die Thematik wird im Runden Tisch Pflege für Hebammen und alle Angestellten des Pflegebereichs weiter verfolgt. Sonderzuschläge, Wohnungskontingente und Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Hebammen und Fachkräfte mit neonatologischer Weiterbildung im

Ballungsraum München wären sicher geeignet, Fachpersonal in München zu halten.

Überblick zu 2.2. Personal in Kliniken halten und gewinnen: Hebammen und Fachkräfte mit neonatologischer Weiterbildung

Empfohlene Ziele und Maßnahmen	Verantwortliche	Arbeitsauftrag
2.2.1. Bewährte Hebammenorganisationsformen erhalten	Klinikträger, insbesondere SKA	Der hebammenorientierte Kreißaal ist als Versorgungsform im Verbund der Frauenkliniken der StKM zu erhalten.
2.2.2. Hebammenarbeit in Teammodellen	SKA, StKM	Beleghebammensysteme sind bei Bedarf in der StKM integriert. Hebammenorientierte Teammodelle werden geprüft und ggf. entwickelt.
2.2.3. Hebammen und Fachkräfte mit neonatologischer Weiterbildung von fachfremden Aufgaben entlasten	Klinikträger	Mehr Kliniken entlasten ihre Hebammen und neonatologischen Fachkräfte durch andere Berufsgruppen wie beispielsweise geburtshilfliche Assistenzkräfte, die insbesondere in Spitzenzeiten für delegierbare Tätigkeiten (Schreibarbeiten, Telefondienst, Putzarbeiten) zur Verfügung stehen. Sie ermöglichen eine Konzentration auf Kernaufgaben.
2.2.4. Fachkräfte mit neonatologischer Weiterbildung durch Personalfördermaßnahmen und Qualifizierung halten und gewinnen	Klinikträger, „Runder Tisch für Pflege an Münchner Krankenhäusern“	In der zu erarbeitenden Analyse des „Runder Tisch für Pflege an Münchner Krankenhäusern“ sind Personalfördermaßnahmen zu prüfen. Teammodelle sind zur Personalgewinnung und -erhaltung geprüft und ggf. eingesetzt.
2.2.5. Mehr Ausbildungsplätze für Hebammen, Akademische Hebammenausbildung fördern	RGU, StMBW, „Runder Tisch für Pflege an Münchner Krankenhäusern“	Das RGU prüft im Benehmen mit dem StMGP, dem StMBW ²¹ und den Hebammenschulen die Möglichkeiten zum Ausbau der Ausbildungsplätze für Hebammen, insbesondere bezüglich der akademischen Hebammenausbildung.
2.2.6. Mehr Hebammen für die Berufsausübung in München gewinnen	RGU, „Runder Tisch für Pflege an Münchner Krankenhäusern“	Das RGU schaltet bundesweite Werbung und macht München aufgrund seiner Qualitätsbemühungen in der Geburtshilfe als attraktiven beruflichen Standort bekannt, u.a. in den zwei überregionalen Hebammenzeitungen.
2.2.7. Hebammen mit ausländischen Abschlüssen qualifizieren und für eine Anstellung	Akademie StKM GmbH in Kooperation mit dem RGU	Clearingmaßnahmen und Vorbereitungslehrgänge sind etabliert.

21 Staatsministerien für Gesundheit und Pflege (StMGP) und für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst (StMBW)

gewinnen		
----------	--	--

2.3. Verbesserung der Versorgungsqualität

In der Stadt München ist, wie in Deutschland und weltweit, die Zahl der Kaiserschnitte in den letzten Jahren steigend. Während 2010 die Kaiserschnittrate in der Stadt München noch bei 27% lag, stieg sie in den letzten vier Jahren auf 35,5% an und liegt damit über dem Bundesschnitt von 31,8 Prozent.

Grundsätzlich ist ein Kaiserschnitt ein medizinischer Eingriff, der das Leben der Mutter oder des Kindes retten kann. Bei der Diskussion über Kaiserschnittraten geht es vor allem um primäre Kaiserschnitte ohne absolute Indikation, da Studien zeigen, dass gerade diese mit erhöhten mütterlichen und kindlichen Risiken einhergehen und daher nur bei eindeutigen Vorteilen durchgeführt werden sollten. Dazu gehören neben den operativen Risiken für die Mutter (wie Infektionen, erhöhtes Risiko für Bluttransfusionen), auch Gefahren nach der Geburt wie thromboembolische Komplikationen oder Wundheilungsstörungen, psychische Beeinträchtigungen, aber auch Komplikationen für eine nachfolgende Schwangerschaft (wie Fertilitätsprobleme, Uterusruptur oder regelwidriger Plazentasitz). Auch für das Kind wurden in den letzten Jahren Risiken beschrieben wie unmittelbare Anpassungsstörungen des Neugeborenen, aber auch eine mögliche erhöhte Anfälligkeit für Asthma und Diabetes mellitus Typ I.²²

Aus diesem Grund haben sich die Landtage Bremen, Baden-Württemberg und NRW bereits 2014 für Programme zur Förderung der natürlichen Geburt ausgesprochen, ebenso wie die Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen und -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder (GFMK).²³ Ebenso hat die Bayerische Arbeitsgemeinschaft für die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ) im Bericht zur Geburtshilfe aus dem Jahr 2014 den Qualitätsindikator Q I 4b „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate von Kaiserschnittrate“ eingeführt. Ziel des Qualitätsindikators sind wenige primäre und sekundärer Kaiserschnitte bei Kinder mit einem Gestationsalter ab 24+0.²⁴

Im Hinblick auf die hohe Kaiserschnittrate der Stadt München schlägt das RGU folgende Maßnahmen vor um eine Verbesserung der Versorgungsqualität der Münchner Frauen zu erreichen:

22 Mylonas I und Friese K. Übersichtsarbeit Indikationen, Vorzüge und Risiken einer elektiven Kaiserschnittoperation. Deutsches Ärzteblatt Heft 29-30. 20. Juli 2015. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/171315>

23 Beschluss vom 13.10.14, Top 6.1., siehe

https://www.gleichstellungsministerkonferenz.de/documents/2014_10_13_Beschluesse_GESAMT_Extern.pdf

24 <http://www.baq-bayern.de/leistungsbereiche/gynaekologiegeburtshilfeneonatologie>

Information der Öffentlichkeit zu Chancen und Risiken der invasiven und nicht-invasiven Geburtshilfe

- Kunstausstellung „Kaiserschnitt-goldener Schnitt? Bilder Rund um die Geburt“

Das RGU hat sich entschlossen, eine derzeit in Deutschland gezeigte Kunstausstellung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) e.V. und der GEDOK – Verband der Gemeinschaften der Künstlerinnen und Kunstfördernden e.V. zum Themenkreis rund um die Geburtserfahrung einschließlich des Kaiserschnittes nach München zu holen. „Die Ausstellung zeigt den Zusammenhang von biologischer und geistig-künstlerischer Schöpferkraft und sie zeigt ebenfalls, dass Geboren werden und Gebären mehr sind als ein medizinischer Eingriff, ein Produktionsprozess oder gar mediales Ereignis“.²⁵ Die Ausstellung, die vom 23.09.2016 bis 12.10.2016 mit einem Begleitprogramm für Fachleute, Öffentlichkeit und Betroffene im Gasteig gezeigt wird, soll zu Diskussion und Nachdenken über die Erfahrung des Gebärens und Mutterwerdens, die über den rein medizinischen Vorgang hinausgeht, anregen und das öffentliche Bewusstsein für beides schärfen. Das RGU wird den Stadtrat in einem gesonderten Schreiben zu dieser Veranstaltung einladen.

Für die Ausstellung wird das RGU auch eine Informationsbroschüre Kaiserschnitt für Frauen und ihre Angehörige erstellen, die die Vor- und Nachteile des Kaiserschnittes darstellt und Verknüpfungen zu weiteren Informationsmöglichkeiten (Internet, Beratungsstellen freier Träger etc.) herstellt (2.3.1.).

- Fortbildung von Fachleuten zur Senkung der Kaiserschnittraten:

Fortbildende, interdisziplinäre Fachveranstaltungen für Münchner Ärzte/Ärztinnen und Hebammen zur natürlichen Geburt und zur fachlichen Schulung einer interventionsarmen und natürlichen Prozesse unterstützenden Geburtspraxis sind geplant. Eine erste Veranstaltung ist mit der LMU Frauenklinik Maistraße für den Sommer 2016 vorbesprochen. Weiterhin sollen praxisorientierte Schulungen (wie Simulationstrainings) zur Entbindung von regelwidrigen Geburtspräsentationen (z.B. Beckenendlage, Zwillingsgeburten etc.) angeregt werden. In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob Hospitationen von Ärzten/Ärztinnen zwischen Münchner Kliniken möglich sind, um von unterschiedlichen Expertisen an Münchner Kliniken zu profitieren (2.3.2) .

- Hebammenversorgung nach Kaiserschnitt

Die Dauer des Klinikaufenthaltes nach Kaiserschnitt hat sich in den letzten Jahren zunehmend verkürzt. Während eine Frau vor zehn Jahren nach einer Kaiserschnittentbindung ca. zehn Tage in der Klinik blieb, wird sie heute oft bereits nach etwa vier bis fünf Tagen oder sogar früher entlassen. Das RGU möchte daher prüfen, ob die neuen gesetzlichen Leistungen zum Entlassmanagement, die die Kliniken zur Mitwirkung verpflichten, auch im Bereich der Geburtshilfe umgesetzt werden könnten, um Mütter nach den frühzeitigen Krankenhausentlassungen besser zu unterstützen (2.3.4) .

- Unterstützende Datenerhebung rund um den Kaiserschnitt

Sowohl die natürlich vaginale Geburt als auch der Kaiserschnitt kann eine psychisch belastende Geburtserfahrung für die Mutter, für das Kind, aber auch für den begleitenden Angehörigen, meist den Kindsvater, sein. Dies wird in den letzten Jahren vermehrt von Patientinnen als auch Fachpersonal berichtet. Das RGU möchte anregen, dass geburtshilfliche Einrichtungen Frauen und ihren Angehörigen standardmäßig Interventionen zur Begleitung²⁶ nach besonders belastenden Geburtserfahrungen anbieten. Diese sollten strukturiert in Qualitätsmanagementberichte aufgenommen werden. Weiterhin regt das RGU Foren zum Austausch von Praxiserfahrungen an. Zudem beabsichtigt das RGU eine Zusammenstellung von Adressen, wo Betroffene Angebote zur Verarbeitung belastender Erfahrungen finden können (z.B. in Form von individuellen Beratungsgesprächen, aber auch Selbsthilfegruppen).

- Versorgungskette rund um die Geburt

Als weitere Intervention des RGU wird derzeit eine Studie zur Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gemeinsam mit der LMU vorbereitet, bei der u.a. die Patientinnenzufriedenheit evaluiert werden soll. Das RGU möchte Kliniken im Rahmen der AG Geburtshilfe dafür gewinnen, ein Monitoring der komplikationsreichen und für die Gebärenden physisch wie psychisch belastenden Geburtsverläufe, ggf. auch die Indikationen zu primären und sekundären Kaiserschnittraten in Qualitätsmanagementberichten mit aufzunehmen und nach fachlich gebotenen Standards Patientinnengespräche anzubieten. (2.3.3)

- Informationsmaterial für besonders belastete Zielgruppen

Zur Verbesserung der Versorgung von vulnerablen Zielgruppen wie Flüchtlingsfrauen, Migrantinnen ohne Sprachkenntnisse oder Alleinerziehenden rund um die Geburt möchte das RGU die Kliniken und Krankenkassen anregen, ihr Entlassmanagement gezielt zu verbessern, zum Beispiel mit Hilfe eines Leitfadens mit Hinweisen auf die für diese Zielgruppen zur Verfügung stehenden Münchner Angebote im Rahmen der Frühen Hilfen, der psychosozialen Einrichtungen und der stadtteilbezogenen Familien- und Gesundheitsförderung. Hierzu liegen bereits für zehn Stadtteile Informationsflyer „Rund um die Geburt“ vor, welche das RGU konzipiert hat (2.3.4). Das Sozialreferat/ Stadtjugendamt führt dazu aus, dass für diese Zielgruppe eine Ausgabe von Informationsmaterial nicht ausreicht. Diese Auffassung teilt das RGU. Entsprechend muss das Entlassmanagement für alle Patientinnen verbessert werden. Bei Bedarf muss eine gezielte Weitervermittlung an die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (GkiKP) des RGU und in die Münchner Frühen Hilfen sichergestellt werden. Hierzu müssen entsprechende Strukturen der Vernetzung und Zusammenarbeit genutzt und ggf. intensiviert werden (siehe diesbezüglich unter 5.4.).

26 im Englischen: „counselling und debriefing“

Überblick zu 2.3. Verbesserung der Versorgungsqualität

Empfohlene Ziele und Maßnahmen	Verantwortlichkeit	Arbeitsauftrag
2.3.1. Die Öffentlichkeit und Fachleute zu Chancen und Risiken der invasiven und nichtinvasiven Geburtshilfe informieren	RGU	<ul style="list-style-type: none"> - Veranstaltung der Ausstellung „Kaiserschnitt – goldener Schnitt?“ im Gasteig im September/Oktober 2016 - Veröffentlichung einer Informationsbroschüre für die Öffentlichkeit zum Kaiserschnitt
2.3.2 Fachleute informieren wie Kaiserschnittraten gesenkt werden können (gemäß BAQ Qualitätsindikator-QI 4b Ziel weniger Kaiserschnitte)	Klinikträger in Kooperation mit RGU	Fortbildungen von Hebammen, Ärzte/Ärztinnen durch Universitätskliniken und Kliniken mit niedriger Kaiserschnittrate werden vom RGU initiiert.
2.3.3 Patientinnenzufriedenheit rund um die Geburt und insbesondere nach komplikationsreichen Geburtsverläufen nach abgestimmten Vorgaben erheben	Klinikträger in Kooperation mit RGU	<ul style="list-style-type: none"> - Patientinnenzufriedenheit an Münchner Geburtskliniken wird evaluiert. - Patienteninterventionen zur Begleitung nach besonders belastenden Geburtserfahrungen werden in allen Münchner Kliniken ins QM aufgenommen. - Adressen über Beratungsangebote für Betroffene sind vom RGU zusammengestellt und veröffentlicht.
2.3.4 Entlassmanagement nach Geburten bezüglich Hebammenversorgung für besonders vulnerable Gruppen verbessern	Klinikträger in Kooperation mit RGU (Koordinierung), Krankenkassen	Das RGU erstellt einen Leitfaden zur Verbesserung der Entlassung von besonders vulnerablen Zielgruppen wie Flüchtlingsfrauen, Migrantinnen ohne Sprachkenntnis oder Alleinerziehenden und prüft Wege der Verbesserung des Entlassmanagements von Kliniken und Krankenkassen.

3. Handlungsbedarf in der Versorgung in der außerklinischen Geburtshilfe

Außerklinische Versorgung findet in München vorrangig im einzigen Geburtshaus, in Hebammenpraxen und zu Hause statt. Eine außerklinische Geburt gehört zum gesetzlichen Anspruch auf Wahlfreiheit des Geburtsortes jeder schwangeren, gesetzlich krankenversicherten Frau (§ 24 f Satz 1 SGB V).

Die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (im Folgenden: QUAG) veröffentlicht seit 1997 regelmäßige Berichte zur Qualität der außerklinischen

Geburtshilfe in Deutschland, in denen nahezu alle außerklinischen Geburten erfasst und ausgewertet werden. Für das Jahr 2015 wurden dem RGU die Zahlen der Geburtshausgeburten und Hausgeburten vorab mitgeteilt. Daraus ergibt sich für München eine Summe von 458 begonnenen Geburtshausgeburten, Praxisgeburten und Hausgeburten. Bayernweit verliefen 85,3 % der Geburten spontan und 0,6 % vaginal-operativ, die weiteren 14,1 % wurden mit Kaiserschnitt beendet. Von der BAQ wurde für München eine Verlegung von 88 Frauen unter der Geburt, jedoch keine Gesamtzahl der Geburtshausgeburten und Hausgeburten mitgeteilt, da sie in der Perinatalstudie nicht ausgewertet werden. Bei 458 geplanten Geburtshausgeburten und Hausgeburten würde sich daraus rechnerisch eine Verlegungsquote von 21,83 % ergeben.

Anspruch auf außerklinische Geburtshilfe

Jede Frau hat einen Anspruch auf Information über Vor- und Nachteile der außerklinischen Geburtshilfe im Rahmen der Kassenleistungen, so dass ihr eine selbstbestimmte Entscheidung eröffnet wird. Da die Vereinbarungen des GKV-Spitzenverbandes mit den Geburtshäusern eindeutig definierte Ausschlusskriterien und Qualitätsstandards vorsehen²⁷, kann als gesichert gelten, dass die Frauen, die gemäß ihrem Risikoprofil für eine Geburtshausgeburt infrage kommen, nach hohen Qualitätsstandards betreut werden. Für Hausgeburten werden vergleichbare Qualitätskriterien angewendet (3.1.).

Haftpflicht

Die in der Öffentlichkeit ausführlich, aber zuweilen intransparent diskutierte Haftpflichtproblematik der Hebammen²⁸ bedrohte in München vorwiegend die Existenz der außerklinischen, durch 1:1-Betreuung geprägten Geburtshilfe. In diesem Bereich waren vor allem die Hausgeburtshilfen und insbesondere Nachwuchshebammen betroffen, weil diese mit wenigen abrechenbaren Geburten zum Teil befürchteten, in Zukunft nicht mehr in der Lage zu sein, die ständig steigende Haftpflichtprämie zu decken. Nunmehr zahlt der GKV-Spitzenverband jeder freiberuflichen Hebamme, die im Quartal mindestens eine angefangene Geburt abrechnen kann, auf Antrag einen Sicherstellungszuschlag gemäß § 134a SGB V Abs. 1b. Seit 1. Juli 2015 kostet die Berufshaftpflichtversicherung für freiberufliche Hebammen mit Geburtshilfe 6.274 Euro (Betrag für 12 Monate).²⁹ Nach Abzug von bestimmten Positionen wie zum Beispiel einem Pauschalbetrag als Ausgleich für Vergütungen der privaten Versicherungen sowie von in der Vergangenheit gewährten Haftpflichtzuschlägen können Hebammen je nach Tätigkeitsfeld derzeit laut Auskunft von Hebammenverbänden mit einem Auszahlungsbetrag von etwa 4.300 € auf ihre

²⁷ Qualitätsstandards in der Hebammenversorgung:

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen/hebammen.jsp

²⁸ https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/hebammenverguetung/thema_hebammen.jsp. Hebammen, die nur Vor- und Nachsorge

leisten, betraf die Haftpflichterhöhung wegen einer weitaus geringeren Haftpflichtprämie weniger.

²⁹ „Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen und die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 1a nachgewiesen haben, erhalten für Geburten ab dem 1. Juli 2015 einen Sicherstellungszuschlag nach Maßgabe der Vereinbarungen nach Satz 3, wenn ihre wirtschaftlichen Interessen wegen zu geringer Geburtenzahlen bei der Vereinbarung über die Höhe der Vergütung nach Absatz 1 nicht ausreichen“.

Versicherungssumme rechnen. Zudem hat das RGU für Nachwuchshebammen mit wenigen abrechenbaren Geburten im Jahr 2014 die Möglichkeit geschaffen, sich ihre Haftpflichtprämie maximal hälftig durch eine Stiftung ersetzen zu lassen (3.2.).

Chancen und Risiken außerklinischer Geburtshilfe

Die außerklinische Geburtshilfe wird seit ihrer erneuten Verbreitung in den frühen 80-iger Jahren des letzten Jahrhunderts in der Öffentlichkeit und in der Wissenschaft kontrovers diskutiert. Genannte Vorteile der außerklinischen Geburten sind vor allem die hohen Raten an interventionsarmen natürlichen Geburten bei meist hoher Patientenzufriedenheit durch individuelle, kontinuierliche Betreuung von einer oder zwei Hebammen. Mutter und Kind beginnen ihren neuen Lebensabschnitt zusammen in der vertrauten und oft ruhigeren familiären Umgebung und werden dabei intensiv von Hebammen unterstützt. Demgegenüber stehen internationale Daten, die von einer erhöhten perinatalen Mortalität berichten.³⁰ Diese Daten konnten jedoch in Deutschland nicht bestätigt werden. Europäische Daten und ein Pilotprojekt des Landes Hessen zu außerklinischen Geburten das vom GKV-Spitzenverband mit Unterstützung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen und den Berufsverbänden der Hebammen initiiert wurde, konnten zeigen, dass im Zeitraum 2005-2009 die mütterlichen und kindlichen Ergebnisse der außerklinischen Geburtshilfe mit der klinischen Geburtshilfe vergleichbar waren.³¹ Die in Hessen durchgeführte Studie erwies, dass Geburten mit intaktem Damm signifikant häufiger unter den außerklinischen waren, während die Anzahl höhergradiger Dammsrisse in beiden Settings gleich selten war. Der Anteil der Kinder mit einem schlechten 5-Minuten APGAR³² < 7 war bei Hausgeburten größer, hatte sich jedoch nach weiteren fünf Minuten soweit normalisiert, dass ein signifikanter Unterschied nicht mehr nachgewiesen werden konnte. Die Ergebnisse des in Hessen durchgeführten Pilotprojektes können zum einen an den von der QUAG definierten Ausschlusskriterien liegen, die nur Frauen mit einem niedrigen Risikoprofil die Option zu einer außerklinischen Geburt ermöglichen. Weiterhin ist eine nur eingeschränkt mögliche Risikoadjustierung der verlegten Fälle im Rahmen der Auswertung der klinischen Daten zu bedenken.

Münchener Geburtshaus

In München besteht seit 1994 eines der ältesten Geburtshäuser Deutschlands mit einem kontinuierlich gewachsenen Stamm an freiberuflich arbeitenden Mitarbeiterinnen. Dort werden Geburten betreut, Vor- und Nachsorge geleistet und Kurse zur Vor- und Nachbereitung der Geburt, zum Stillen und anderen lebensphasenspezifischen Themen angeboten. Das Geburtshaus ist ein wichtiger Bestandteil der Münchner außerklinischen Versorgung und trägt damit zur Qualität der Versorgungsstruktur in München bei.³³

³⁰ JM Snowden et al. N Engl J Med 2015; 373:2642-2653. December 31, 2015

³¹ <http://quag.de/downloads/VergleichGeburtenGKV-SV.pdf>

³² Klinisches Punktschema zur Beurteilung des Neugeborenen: A(Atmung) P(Puls) G(Grundtonus) A(Aussehen) R(Reflexe)

³³ Siehe auch „Geburtshaus in München unbedingt erhalten – Räumlichkeiten am Klinikstandort Schwabing zur Verfügung stellen!“ Antrag Nr. 14-20 / A 00565 der Stadtratsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN/RL vom 17.12.2014

Wie dem RGU gemeldet und auch der Presse sowie einer Online-Petition³⁴ zu entnehmen war, wurden dem Geburtshaus die Räume zum 30.06.2016 gekündigt und es war gezwungen, neue Räumlichkeiten anzumieten. Diese hat es nach mehrjähriger Suche nun im Westend gefunden. Diese sind erfreulicherweise auch größer, d.h. es können dort mehr Kinder als bisher geboren und die Angebote erweitert werden. Der Ausbau der Geburtskapazitäten sowie die Qualität der außerklinischen Geburtshilfe wird auch zukünftig über QUAG ersichtlich sein.³⁵

Da dem RGU keine weiteren Interessenten für ein (weiteres) Geburtshaus bekannt sind, ist die Förderung des bestehenden und bewährten Geburtshauses die einzige Möglichkeit, dieses Wahlangebot in München zu erhalten. Zudem hat sich das Geburtshaus in Vorgesprächen bereit erklärt, ein Angebot zur Versorgung Münchens mit einer Hotline zur ambulanten Hebammenbetreuung (s.u.) zu machen. Es wird in seinen neuen Räumen vermehrt Hebammennachsorge anbieten für diejenigen Frauen, die keinen Hausbesuch einer Hebamme im Wochenbett organisieren konnten. Damit wird das Geburtshaus dazu beitragen, Problemen in der ambulanten Hebammenversorgung entgegenzutreten.

Zur Einrichtung des Geburtshauses in den neuen, größeren Räumlichkeiten sind hohe bautechnische Investitionen notwendig, um die Räume den Anforderungen in Bezug auf Hygiene, barrierefreier Zugang und Brandschutz zu erfüllen. Gemäß der Kostenschätzung ist ein Investitionsbedarf von ca. 400.000 € notwendig. Der Förderverein des Geburtshauses (*Verein zur Förderung der selbstbestimmten Geburt e.V.*) kann die Hälfte der Umbaukosten über Darlehen, Spenden und Eigenmittel finanzieren. Zur Finanzierung des Fehlbetrags hat der Verein einen Zuschussantrag i.H.v. 200.000 € an das RGU gestellt. Die restliche Summe wird über ein Darlehen abgedeckt.(3.3.)

Das Referat für Gesundheit und Umwelt schlägt vor, folgende Bereiche im Rahmen der Fehlbedarfsfinanzierung über einen einmaligen Zuschuss in 2016 zu finanzieren:

Umbaukosten im Geburtsbereich und Kursräume	130.000 €
Umzugskosten	10.000 €
Kosten der Bauplanung und Bauleitung, Brandschutztüren	40.000 €
Rettungswegeumbau, Klimaanlage, Jalousien und Einbau der EDV-Anlage	20.000 €
Gesamtsumme	200.000 €

³⁴<https://www.openpetition.de/petition/online/muenchen-droht-schliessung-des-geburtshauses> - 9.310 Unterzeichner
³⁵ <http://www.quag.de/>

Der neue Mietvertrag liegt vor. Dieser kann erst nach Zustimmung der Finanzierung vom Verein zur Förderung der selbstbestimmten Geburt e.V. unterzeichnet werden.

Die Finanzierung des Umzuges und der Umbaumaßnahmen im Geburtshaus München ist ohne die Unterstützung der Landeshauptstadt München nicht möglich. Die derzeitigen Mitarbeiterinnen sind nicht in der Lage, mit den bei 1:1-Geburtsbetreuungen begrenzten Einkünften einen höheren Kredit als im Finanzplan enthalten aufzunehmen. Sollte eine Sicherung der Finanzierung des Umzugs und Umbaus des Geburtshauses nicht gelingen, wäre die gesetzlich verankerte Wahlmöglichkeit der Münchnerinnen bezüglich des Geburtsortes nicht mehr gegeben. Die über 20-jährige Aufbauarbeit des Geburtshauses bezüglich Mitarbeiterinnenstamm und Bekanntheit in der Versorgungslandschaft ginge verloren. Der Hebammenmangel und die in den letzten zwei Jahren deutlich gewordene Schwierigkeit, passende Räume zu finden, lassen es als sehr unwahrscheinlich erscheinen, dass sich in absehbarer Zukunft ein anderes Hebammenteam und andere Räumlichkeiten finden würden. Umfragen des RGU unter Münchner Hebammen und im Bayerischen Hebammenlandesverband bestätigten diese Einschätzung. Zudem ginge wichtige Expertise bezüglich der nicht technisierten Geburtshilfe und ein bedeutender Ausbildungsplatz für die Externate der bayerischen Hebammenschulen verloren gerade in dem Moment, in dem die Forschung den Nutzen der nicht technisierten Geburtshilfe zu belegen beginnt. Der Erhalt bzw. der Ausbau von Geburtskapazitäten liegt im Interesse der Versorgungssicherheit in München. Dem Antrag „Das Geburtshaus München bei den Kosten für den Umzug unterstützen“³⁶ (siehe Anlage 1) wird daher von Seiten des RGU vollinhaltlich zugestimmt.

Das RGU schlägt nach Prüfung vor, einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu maximal 200.000 € noch in 2016 an den „Verein zur Förderung der selbstbestimmten Geburt e.V.“ zur Finanzierung des Umzugs und des Umbaus des Geburtshauses für Brandschutzaufgaben, Auflagen nach den geltenden hygienischen Standards und für die Errichtung eines barrierefreien Zugangs zu gewähren.

Die erforderlichen Haushaltsmittel stehen im Haushalt des RGU in 2016 nicht zur Verfügung und müssen im Rahmen der Nachtragshaushaltsplanung 2016 angemeldet werden.

Die Zuschussvergabe an den „Verein zur Förderung der selbstbestimmten Geburt e.V.“ erfolgt auf Grundlage der „Richtlinien für die Gewährung von Zuwendungen der LHM im Gesundheits- und Umweltbereich“, Stand Oktober 2002. Die Zuschussvergabe ist rechtlich möglich, insbesondere ist ein Zuschuss gemäß Teil I, Ziff. 1.1 der Richtlinien zulässig. EU-Beihilferecht wurde geprüft und steht dem nicht entgegen. Der Zuschuss

³⁶ „Das Geburtshaus München bei den Kosten für den Umzug unterstützen“
Antrag Nr. 14-20 / A 02056 von Frau StRin Dr. Manuela Ohlhausen, Herrn StR Prof. Dr. Hans Theiss, Herrn StR Dr. Reinhold Babor, Frau StRin Sabine Pfeiler, Frau StRin Ulrike Grimm, Frau StRin Kathrin Abele, Frau StRin Simone Burger, Herrn StR Haimo Liebich, Frau StRin Bettina Messinger, Herrn StR Dr. Ingo Mittermaier vom 27.04.2016

kann in Form einer De-minimis-Beihilfe gewährt werden. Nach der Verordnung (EU) Nr. 1407/2013 der Kommission vom 18.12.2013 über die Anwendung der Artikel 107 und 108 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf De-minimis-Beihilfen dürfen Unternehmen in drei Steuerjahren insgesamt nicht mehr als 200.000 € an staatlichen Zuwendungen erhalten. Voraussetzung für die Zuschussvergabe ist, dass der Zuschussnehmer keine weiteren De-minimis-Beihilfen erhält, mit denen der Schwellenwert von insgesamt 200.000 € in drei Steuerjahren überschritten wäre. Dies ist vom „Verein zur Förderung der selbstbestimmten Geburt e.V.“ schriftlich zu bestätigen. Die konkreten Einzelheiten werden in einem gesonderten Zuwendungsbescheid geregelt.

Überblick zu 3. Versorgung in der außerklinischen Geburtshilfe

Empfohlene Ziele und Maßnahmen	Verantwortlichkeit	Arbeitsauftrag
3.1. Geburtshaus und Hausgeburt als Wahlmöglichkeit erhalten	RGU	Die Wahlfreiheit des Geburtsortes ist in München gesichert.
3.2. Nachwuchshebammen mit weniger als einer Geburt im Quartal durch Stiftungsmittel für ihre Haftpflicht bei der Berufsaufnahme unterstützen	RGU, Stiftung	Nachwuchshebammen erhalten auf Antrag Stiftungsmittel (Prozedere ist geklärt).
3.3. Umzug des Geburtshauses sichern	RGU, Verein zur Förderung der selbstbestimmten Geburt e.V. (Förderverein des Geburtshauses),	Dem Geburtshaus München ist für dessen Umzug durch das RGU ein Investitionskostenzuschuss gewährt.

4. Handlungsbedarf in der ambulante Hebammenversorgung vor und/oder nach der Geburt

In der Münchner Hebammenstudie 2011/2012 haben Frauen die Unterstützung durch eine Hebamme vor und nach der Geburt als sehr wichtig benannt.³⁷ Frauen mit sozialen Belastungen beklagten sehr viel häufiger, mehr Unterstützung durch Hebammen benötigt zu haben. Frauen ohne Hebammenbetreuung und ihre Kinder wiesen belastendere Geburtsverläufe und Komplikationen im Wochenbett auf. Dies ist besonders zu berücksichtigen, da die Hebammenversorgung im Anschluss an den Klinikaufenthalt nicht für alle Bevölkerungsgruppen gesichert ist.

Bezüglich der ambulanten Hebammenversorgung hat das RGU in den letzten Jahren bereits einen Katalog von Maßnahmen umgesetzt, darunter die Einrichtung einer Online-Hebammensuche mit Kapazitätsanzeige (www.hebammensuche.bayern) (4.1.1), die Initiierung von Hebammensprechstunden in Familienzentren und die Anstellung von

³⁷ Münchner Hebammenstudie <http://www.ris-muenchen.de/RII/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/2223980.pdf>

Familienhebammen für die Versorgung von Flüchtlingsfrauen und sozial benachteiligten Frauen. Zudem hat es gemeinsam mit dem Referat für Arbeit und Wirtschaft eine kostenlose Existenzgründungsberatung für Hebammen ins Leben gerufen.

Die Koordinierung von Hebammenleistungen sowie die Sicherstellung des Zugangs von Münchnerinnen zur geburtshilflichen Versorgung ist aufgrund der Versorgungsengpässe ein wichtiges Anliegen des RGU. Frauen, insbesondere solche mit Migrationshintergrund und sozialer Benachteiligung, wissen häufig nicht, wie langwierig und schwierig sich die Suche nach einer Hebamme in München gestalten kann. Um die eigene Hebammenversorgung sicher zu stellen, ist es in München schon in den ersten Schwangerschaftswochen erforderlich, sich eine Hebamme für die Vorsorge und insbesondere für die Nachsorge zu suchen sowie sich bei einer Klinik anzumelden. Dies ist in der Regel nur für Frauen möglich, die sich bereits gut auf die Schwangerschaft vorbereitet haben oder über die Situation in München gut informiert sind. Frauen, die den Zugang zur Versorgung nicht kennen oder sich in einer belastenden sozialen Situation, bzw. in einem Konflikt mit der Schwangerschaft befinden, gelingt eine frühe Anmeldung oftmals nicht.

Um die individuelle Hebammenversorgung zu sichern, wird als eine Lösung derzeit im RGU die Einrichtung einer Hotline geprüft, die Schwangeren und Familien durch Information und Unterstützung bei der Hebammen- und Kliniksuche behilflich sein soll. Die Hebammensuche mit Kapazitätsanzeige und die Vernetzung der Münchner Einrichtungen und Verbände bieten für diese Informationen eine gute Voraussetzung. Zusammen mit einem oder mehreren Trägern soll eine möglichst hohe zeitliche Besetzung der Hotline umgesetzt werden. Eine Vernetzung mit einer bundesweiten Hotline ähnlich den bundesweiten Rufnummern des Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen bzw. des Hilfetelefon „Schwangere in Not – anonym und sicher“ oder des Pflgetelefon werden in diesem Zusammenhang ebenfalls geprüft. (4.2.)

Das RGU hat damit begonnen, die Einrichtung von Hebammensprechstunden in Familienzentren zu unterstützen. Dort können Frauen vor bzw. nach der Geburt Hebammenvorsorge in Anspruch nehmen, wenn es ihnen nicht gelungen ist, eine Hebamme für einen Hausbesuch zu finden (Kassenleistung). Die Hebammen können in den Familienzentren kostenlos einen Behandlungs-/Beratungsraum für ihre Leistung nutzen. Sie können dort zum Teil auch Geburtsvorbereitungskurse und Stillberatung anbieten. Die Hebammenleistungen werden nach bisheriger Erfahrung insbesondere dann gut angenommen, wenn am selben Ort offene Babytreffs stattfinden, in denen die Hebammenarbeit bekannt gemacht werden kann und die Frauen/Familien erste niedrigschwellige Kontakte zur Hebamme knüpfen können. Besonders hilfreich ist zudem, dass die Hebammen bei eher sozialen Fragen und Unterstützungsbedarf auf die im Familienzentrum vorhandenen Angebote verweisen können. Zudem haben die

Hebammen in einigen Familienzentren die Möglichkeit, ihre Kinder gemeinsam mit den Kindern der Besucherinnen stundenweise betreuen zu lassen. Dies bietet möglicherweise für sie eine Chance, mehr zu arbeiten als sie dies außerhalb eines solchen Zentrums tun könnten. Das RGU verspricht sich von einer Erweiterung des Angebots auf zwei oder mehr neue Familienzentren eine Entlastung bezüglich der Versorgungsengpässe in der ambulanten Hebammenversorgung. Pro Familienzentrum können von den Trägern bereits jetzt beim RGU Zuschüsse in Höhe von derzeit ca. 1.000 € pro Jahr für Ausstattung und nicht kassenfinanziertes Honorar (Babytreffs) beantragt werden. Die dafür erforderlichen Sachmittel sind im laufenden Budget vorhanden. In Familienzentren werden, unter anderem durch Vermittlung der Münchner Frühen Hilfen, auch sozial benachteiligte Frauen erreicht und können so rechtzeitiger auf das Leistungsangebot der Hebammen aufmerksam gemacht werden (4.1.2.).

Überblick zu 4. Ambulante Hebammenversorgung vor/nach Geburt

Empfohlene Ziele und Maßnahmen	Verantwortlichkeit	Arbeitsauftrag
4.1. Ausreichende Versorgung vor/nach Geburt sichern 4.1.1. Bekanntmachen der von BHLV und RGU finanzierten Hebammensuche mit Kapazitätsanzeige und Einrichtung einer Hebammenhotline www.hebammensuche.bayern/	BHLV mit RGU RGU	Gewinnung von Hebammen für die Vor- und Nachsorge in verschiedenen Settings Zu 4.1.1. Information zur Hebammensuche und zu alternativen Versorgungsmöglichkeiten bei Hebammenmangel ist in der Öffentlichkeit bekannt. Hebammenhotline ist bei einem oder mehreren Münchner Trägern institutionalisiert.
4.1.2. Modell „Hebammensprechstunden in Familienzentren“ wird ausgeweitet	RGU	Zu 4.1.2: Hebammensprechstunden sind in 4 Familienzentren etabliert und unter http://www.hebammensuche.bayern/ bekannt gemacht.
4.2. Hotline zu Versorgungsangeboten und Bedarfen rund um die Geburt einrichten	RGU, ggf. Krankenkassen	Prüfung der Umsetzung mit dem Geburtshaus München, Schwangerenberatungsstellen, Familienbildungsstätte, Krankenkassen, ggf. Anschluss an eine bundesweite Hotline.

5. Handlungsbedarf bei der Versorgung von Flüchtlingsfrauen

Dem RGU liegen keine eindeutigen Zahlen dazu vor, wie viele Flüchtlingsfrauen im Jahr 2015 in München entbunden haben. Es geht aufgrund der statistischen Erfassung von Kindern unter einem Jahr in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in München davon aus, dass im Jahr 2015 etwas mehr als 800 Flüchtlingsfrauen ein Kind geboren haben.

Flüchtlingsfrauen kommen oft ohne vorherige Anmeldung und ohne Nachweise zu Aufenthaltsstatus und Versicherung in die Kliniken. Daher klagen viele Münchner Kliniken über Versorgungsschwierigkeiten, und zwar insbesondere im Hinblick auf ein Eintreffen ohne vorherige Anmeldung und auf die Sprachproblematik. Nicht selten verfügen weder die Flüchtlingsfrau noch die Begleitpersonen über deutsche oder englische Sprachkompetenz. Dies erschwert die Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und der Frau und macht sie teilweise sogar unmöglich. Eine gute Kommunikation ist gerade während des Geburtsverlaufes entscheidend, um auf Wünsche und Vorstellungen der Patientin und ihrer Angehörigen einzugehen, evtl. Schmerzmittel anzubieten oder Abläufe zu erklären. Weiterhin ist eine gute Kommunikation entscheidend, damit Frauen sich während der Geburt entspannt und sicher fühlen.³⁸

Erhebungen des RGU deuten darauf hin, dass in 2015 und 2016 mehr als 50% der vom RGU betreuten Flüchtlingsfrauen in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften per Kaiserschnitt entbunden haben. Damit liegt die Kaiserschnittquote unter den vom RGU betreuten Flüchtlingsfrauen weit über der bereits mit 35,5% (2014) hohen Münchner Kaiserschnittquote.

Gerade für Flüchtlingsfrauen stellt eine Kaiserschnittoperation eine gravierende Gesundheitsbelastung dar, die möglichst vermieden werden sollte. Da Flüchtlingsfrauen meist wenig soziale Unterstützung nach Entlassung haben und die hygienischen Bedingungen in den Unterkünften oftmals unzureichend sind, kann gerade eine Kaiserschnittoperation den Genesungsprozess im Vergleich zu einer normalen, vaginalen Geburt verlangsamen. Zur Ursachen der hohen Kaiserschnittquote unter Flüchtlingsfrauen in München liegen dem RGU bisher keine ausführlichen Daten vor. Neben einem erhöhten Anteil von Risikoschwangerschaften unter Flüchtlingsfrauen (z.B. erhöhtes Risiko für Schwangerschaftsdiabetes, weiblicher Beschneidung und/oder vorherigem Kaiserschnitt) wird jedoch angenommen, dass eine mangelnde Sprachkompetenz unter Flüchtlingsfrauen und unzureichende Geburtsbegleitung zu einem erhöhten Risiko für Kaiserschnitte beiträgt.

Das RGU wird die unter 5.1-5.3 beschriebenen Maßnahmen, wie Dolmetscherdienste, weiterverfolgen. Die Verbesserungen der Versorgung von Flüchtlingsfrauen können grundsätzlich auch anderen Zielgruppen wie Migrantinnen zugute kommen. Das RGU schlägt eine Prüfung der vorgeschlagenen Modelle hinsichtlich finanzieller Machbarkeit und Umsetzung auch für andere Bevölkerungsgruppen vor.

Verbesserung der Kommunikation durch Dolmetscherdienste

Das RGU empfiehlt eine verstärkte Einbeziehung von Dolmetscherinnen im Rahmen der Geburtshilfe in München. Das RGU möchte Dolmetscherdienste für Kliniken und Hebammen zugänglich machen. Allerdings ist die Finanzierung in den meisten Fällen

³⁸ Small R, Roth C, Raval M, et al. Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14:152.

nicht gesichert. Hier bemüht sich das RGU vorhandene Modelle auszuloten, zu fördern, sowie über Möglichkeiten der Finanzierung zu informieren. Dazu gehört unter anderem der vom RGU unterstützte Dolmetscherdienst. Das Bayerische Zentrum für transkulturelle Medizin hat dazu in Kooperation mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover Migrantinnen und Migranten, die ihre Muttersprache in ihrem eigenen kulturellen Umfeld erlernt haben, weitergebildet. Für München steht damit ein Service nach dem Modell des Community-Dolmetschens zur Verfügung, das allen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens über eine Hotline die Vermittlung eines Gemeindedolmetschers anbietet.³⁹ Für diese sollen möglichst speziell für die Versorgungssituation rund um die Geburt eine kleine Gruppe von Dolmetscherinnen angeworben und geschult werden. Zu weiteren Aufgaben gehört die Verbreitung der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Sensoa (dem flämische Expertenzentrum für sexuelle Gesundheit) angebotene Seite www.zanzu.de, die Informationen Rund um die Geburt in 12 Sprachen in Bild und Wort (auch audiovisuell) anbietet. (5.1.1).

Organisation von muttersprachlicher individueller Geburtsvorbereitung und Geburtsbegleitung von jungen Migrantinnen

Individuelle Geburtsvorbereitung für schwangere Flüchtlingsfrauen und ihre Begleiter/Begleiterinnen können entscheidend dazu beitragen, das deutsche Gesundheitssystem besser zu verstehen und Frauen und ihre Angehörigen besser auf die Geburt vorzubereiten. Eine muttersprachliche Geburtsbegleitung von schwangeren Flüchtlingsfrauen kann zudem die Kommunikation während der Geburt verbessern und Ängste und Missverständnisse reduzieren.⁴⁰ Die Beratungsstelle für natürliche Geburt und Elternsein e.V. hat einen Förderantrag an das RGU gestellt, um eine individuelle Geburtsvorbereitung für junge Schwangere anzubieten. (5.3.) Zunehmend haben andere Einrichtungen wie beispielsweise geschützten Wohnformen für Flüchtlingsmütter und Mutter-Kind-Einrichtungen für ihre Bewohnerinnen einen Bedarf angemeldet. In dem für 2017 gestellten Antrag sind vor allem individuelle Geburtsvorbereitungen von jungen Migrantinnen mit und ohne Flüchtlingshintergrund geplant. Die Förderung individueller, möglichst muttersprachlicher Geburtsvorbereitung und -begleitung ist, besonders für junge Frauen und für Frauen mit Flüchtlingshintergrund in München, ein möglicher Zugangsweg zu einer weniger traumatisierenden und beschützenden Geburtssituation in einer oft überlasteten Geburtshilfe. Die kontinuierliche Betreuung während der Geburt erhöht die Wahrscheinlichkeit einer spontanen vaginalen Geburt und erhöht die Zufriedenheit der Frauen.⁴¹ In der Regel sieht die Vorbereitung vier Termine vor, kann aber bei besonderem Bedarf (wie z.B. bei Missbrauchserfahrungen oder Beschneidungen) auf bis zu acht Mal erweitert werden. Zusätzlich bietet die Beratungsstelle eine individuelle Begleitung während der Geburt an, welche aber durch Stiftungsmittel gedeckt ist. Das Konzept wurde in 2015 mit Spendenmitteln und geringer Fallzahl erprobt und hat sich bewährt. In

39 <http://www.bayzent.de/dolmetscher-service/informationen/>

40 Merry L. et al. Caesarean births among migrant women in high-income countries. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 32 (2016): 88-99

41 <http://www.cochrane.org/de/CD003766/kontinuierliche-unterstuetzende-betreuung-fur-frauen-waehrend-des-geburtsprozesses>

insgesamt 250 Einzelstunden von 60-90 Minuten Dauer konnten 48 junge Frauen betreut werden, die durch die Betreuung mehr Verständnis, Kompetenz und Vertrauen in sich und das Gesundheitssystem gewinnen konnten. Angestrebt ist eine Verdoppelung der Fallzahlen.

Aufgrund eines stetig wachsenden Zuwachses an jungen Frauen mit Migrationshintergrund kann das Angebot nicht mehr nur durch Spendenmittel finanziert werden. Daher hat die Beratungsstelle für natürliche Geburt und Elternsein e.V. einen Zuschussantrag für Personal- und Sachkosten in Höhe von 17.840 € an das RGU gestellt. Das RGU wird prüfen, ob im Rahmen des Präventionsgesetzes ein solches Angebot langfristig gefördert werden könnte, hält aber derzeit eine erste Finanzierung des Projekts befristet für zwei Jahre für erforderlich.

Für die Umsetzung des Angebots wird ein auf zwei Jahre befristeter Zuschuss an die Beratungsstelle für Natürliche Geburt und Elternsein e.V. für die Jahre 2017 und 2018 i.H.v. 17.800 €/Jahr vorgeschlagen. Zur Abdeckung dieses Bedarfes werden die nicht verbrauchten Ansatzmittel des jeweils laufenden Haushaltsjahres im Rahmen der laufenden Verwaltungstätigkeit gem. § 22 Ziff. 15 GO übertragen. Die Voraussetzung hierfür ist, dass sich die Konzeption des erfassten Projektes nicht wesentlich verändert hat und eine entsprechende Mitteldeckung im Gesamtbudget des UA 5410 - Regelförderung für gesundheitsbezogenen Einrichtungen - sichergestellt werden kann.

Das RGU prüft zudem, ob Gesundheitsakteure wie die MiMi-Gesundheitsberatung oder die Gesellschaft für Geburtsvorbereitung Modelle zur Ausbildung von Gesundheitsbegleiterinnen anbieten und eine kleine Gruppe von muttersprachlichen Geburtsbegleiterinnen aufbauen könnten, die dann von den Schutzstellen für geflüchtete Schwangere und junge Mütter und von der Koordinationsstelle für Hebammen in Flüchtlingseinrichtungen in Anspruch genommen werden könnten. Für dieses Vorhaben steht eine Konzeptentwicklung und Absprachen mit Kooperationspartnern und -partnerinnen noch aus (5.2.).

Koordinierung der Hebammentätigkeit

Der BHLV hat eine in den Münchner Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Flüchtlinge seit September 2013 hoch engagiert arbeitende Hebamme beauftragt, ein Konzept zu qualifizierter Hebammenarbeit (Vor- und Nachsorge) und ihrer Koordinierung in Unterkünften zu erarbeiten. Das Konzept, das mit einem Finanzierungszuschuss des RGU erstellt wurde, liegt nunmehr vor. Eine Koordinierung und qualifizierte Anleitung der freiberuflichen Hebammenarbeit in Münchner Unterkünften sowie deren Vernetzung mit der Stadtverwaltung, insbesondere mit dem Sachgebiet Gesundheitsvorsorge für Menschen in Unterkünften des RGU, der Regierung von Oberbayern, dem Amt für Wohnen und Migration sowie anderen mit der

Flüchtlingsversorgung befassten Institutionen ist dringlich erforderlich. Das Konzept wurde in Rücksprache mit dem RGU, insbesondere der Fachstelle Frau & Gesundheit und dem Sachgebiet Gesundheitsvorsorge für Menschen in Unterkünften erarbeitet. Die oben genannte Hebamme hat bereits weitere Hebammen für die Flüchtlingshilfe gewonnen und im Rahmen eines Qualitätszirkels eingeführt. Für die Umsetzung dieses Konzeptes beabsichtigt das RGU, eine Hebamme als Koordinatorin zu gewinnen, da nur sie in der Lage sein wird, die ohnehin stark ausgelasteten Münchner Hebammen zur Mitarbeit zu motivieren. Geplant ist die bedarfsgerechte Versorgung von Flüchtlingsfrauen im Rahmen eines Werkvertrages in Höhe von jährlich ca. 30.000 € für zunächst zwei Jahre ab 01.08.2016. Die erforderlichen Mittel werden aus dem Budget des RGU bereitgestellt. Die Hebamme soll im Rahmen von ca. 50 Stunden pro Monat Koordination und Beratung für Hebammen, Vernetzung und Vermittlung von spezifischem Fachwissen, Arbeitsstruktur und Methodik leisten.

Ergänzend hat der BHLV begonnen, seine vom RGU mit geförderte Internetseite www.hebammensuche.bayern um Informationen für Hebammen in der Flüchtlingshilfe zu erweitern, wozu der Auftrag des RGU zur Konzepterstellung entscheidenden Anstoß gab (5.4.).

Stationäre Versorgung von Flüchtlingsfrauen sichern

Das RGU möchte gemeinsam mit den Kliniken prüfen, ob es Möglichkeiten gibt, die Zuständigkeit für die Versorgung der Frauen aus Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften gebietsbezogen aufzuteilen. Weiterhin möchte das RGU interdisziplinäre Fachveranstaltungen für Ärzte/Ärztinnen und Hebammen anregen zur fachlichen Schulung im Umgang mit Flüchtlingsfrauen und ihrer Familie. Dazu gehören unter anderem soziokulturelle und rechtliche Themen (wie der transkulturelle Umgang mit Flüchtlingen, die psychologische Bedeutung der Traumatisierung, die Arbeit mit Dolmetschern, Rechte von Flüchtlingen nach Aufenthaltsstatus), aber auch medizinische Themen (wie weibliche Genitalbeschneidung oder Infektionskrankheiten wie z.B. Syphilis, Zika oder HIV) (5.5.).

Verbesserung der Unterbringung in geschützten Wohnbereichen für Schwangere und junge Mütter

Wohnformen für allein reisende Schwangere und Mütter im Wochenbett sowie traumatisierte Frauen mit sehr kleinen Kindern sind nach Ansicht des RGU dringend erforderlich und teilweise bereits eingerichtet. Dazu, dass in allen Flüchtlingsunterkünften künftig ein geschützter Bereich für besonders vulnerable Personengruppen (Schwangere, Familien mit Säuglingen/Kleinkindern, Frauen/Mädchen mit Gewalterfahrungen) zu schaffen ist, besteht im RGU Übereinkunft.⁴²

⁴² Siehe auch BV „Schutz und Unterstützung in München für geflohene Mädchen und junge Frauen“, Empfehlung der 268. Stadtratskommission zur Gleichstellung von Frauen vom 09.10.2014, „Beratungsstellen in den Gemeinschaftsunterkünften frauengerecht aufstocken“ - Antrag Nr. 14-20 / A 015000 der Stadtratsfraktion Bündnis 90/Die Grünen/RL vom 28.10.2015

Ein Wohnprojekt für besonders schutzbedürftige Flüchtlingsfrauen gibt es bereits in München (IMMA e.V. Wohnprojekt in der Unsöldstraße). Das Paritätische Kooperationsprojekt (Condrobs, e.V., Frauenhilfe München, pro familia München) zur Flüchtlingshilfe in der Rosenheimer Straße richtet sich ebenfalls an allein geflüchtete Frauen mit Kindern und Schwangere. Die Versorgung von mitreisenden Kindern von schwangeren Flüchtlingsfrauen liegt in der Zuständigkeit des Stadtjugendamtes, der Sozialbürgerhäuser und der Asylsozialberatung (5.6.).

Überblick zu 5. Versorgung von Flüchtlingsfrauen und Migrantinnen

Empfohlene Ziele und Maßnahmen	Verantwortlichkeit	Arbeitsauftrag
5.1. Dolmetscherdienste für Kliniken und Hebammen zugänglich machen	RGU, Kliniken	Das RGU prüft vorhandene Modelle, sowie Möglichkeiten der Förderung und der Finanzierung.
5.2. Muttersprachliche Geburtsbegleiterinnen schulen und ihren Einsatz koordinieren	RGU, freie Träger	Für möglichst viele Flüchtlings-sprachen sind muttersprachliche Geburtsbegleiterinnen verfügbar.
5.3. Flüchtlingsfrauen gezielt auf die Geburt in einer deutschen Geburtshilfe vorbereiten	RGU, freie Träger	Flüchtlingsfrauen erhalten auf Wunsch eine individuelle Geburtsvorbereitung.
5.4. Ambulante Versorgung für Flüchtlingsfrauen sichern	RGU	Hebammen- und Familienhebbammeneinsätze in Gemeinschaftsunterkünften sind koordiniert.
5.5. Stationäre Versorgung für Flüchtlingsfrauen sichern	RGU, Kliniken RGU, Kliniken, freie Träger	Kliniken haben Zuständigkeit für Versorgung der Frauen aus Erstaufnahmeneinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften unter sich aufgeteilt. Fortbildungen von Hebammen, Ärzten/Ärztinnen werden vom RGU initiiert.
5.6. Verbesserung der Unterbringung	RGU, ROB, freie Träger	-Flüchtlingsunterkünfte verfügen über einen gesonderten Bereich für besonders vulnerable Personengruppen wie Schwangere, Familien mit Säuglingen und Kleinkindern -Die Versorgung von mitreisenden Kindern von schwangeren Flüchtlingsfrauen ist während des Klinikaufenthaltes sichergestellt.

6. Zusammenfassung

Mit den in der vorliegenden Beschlussvorlage „Versorgungssituation rund um die Geburt in München“ beschriebenen Maßnahmen wird die Grundlage gelegt, kurz-, mittel- und langfristig die Versorgung rund um die Geburt der Münchner Mütter, Kinder und ihrer Familien zu verbessern.

Wie unter Pkt. 1 des Fachlichen Teils A beschrieben weist die Stadt München eine positive Geburtenentwicklung auf, an die sich die gesundheitliche Versorgung der Stadt München anpassen muss. Unter den Handlungsfeldern der Pkt. 2.1 bis Pkt. 2.3 werden entscheidende Maßnahmen beschrieben, um die Klinikkapazitäten in der Geburtshilfe besser zu nutzen und auszubauen, geburtshilfliches und neonatologisches Personal in Kliniken zu halten und zu gewinnen und die geburtshilfliche Versorgung vor allem im Hinblick auf eine Förderung der normalen Geburt zu verbessern. Zudem tragen die unter Pkt. 3 bis Pkt. 4 beschriebenen Maßnahmen zur Sicherung der außerklinischen Geburtshilfe u.a. durch einen einmaligen Investitionszuschuss des Geburtshauses, aber auch durch eine Verbesserung der individuellen Hebammenversorgung dazu bei, die Versorgungssicherheit der Münchner Bürger und Bürgerinnen zu erhalten.

Mit den letztlich unter Pkt. 5 beschriebenen Maßnahmen für Flüchtlingsfrauen reagiert das RGU auf die die jüngsten demographischen Entwicklungen. Sie sollen nicht nur die medizinische Grundversorgung von Flüchtlingsfrauen und ihren Familien sichern, sondern auch auf die individuelle Situation menschenwürdig und sensibel reagieren.

Durch die genannten Maßnahmen, die vom Referat für Gesundheit und Umwelt in Abstimmung mit der SKA und den beschriebenen externen Trägern durchgeführt werden sollen, wird eine langfristige Versorgungssicherheit der Münchner Einwohner und Einwohnerinnen erreicht.

B. Darstellung der Kosten und der Finanzierung

1. Zweck des Vorhabens

Umbau Geburtshaus München

Mit der Gewährung eines Zuschusses für das Geburtshaus München in 2016 wird der Zweck verfolgt, das Münchner Geburtshaus zu erhalten und die Anforderungen in Bezug auf Hygiene, barrierefreien Zugang und Brandschutz zu erfüllen. Das Geburtshaus ermöglicht Münchner Frauen den gesetzlichen Anspruch auf freie Wahl des Geburtsortes und ermöglicht auf Wunsch eine außerklinische Ausweichmöglichkeit bei Engpässen in der Geburtshilfe. Die Finanzierung erfolgt über einen einmaligen Zuschuss i.H.v. bis zu maximal 200.000 €.

2. Zahlungswirksame Kosten im Bereich der laufenden Verwaltungstätigkeit:

Für die Umsetzung des Beschlusses entstehen die im Folgenden dargestellten zahlungswirksamen Kosten. Der Mittelbedarf entsteht in 2016.

	dauerhaft	einmalig	befristet
Summe zahlungswirksame Kosten	0,--	200.000,-- in 2016	0,--
davon:			
Personalauszahlungen (Zeile 9)*	0,--	0,--	0,--
Auszahlungen für Sach- und Dienstleistungen (Zeile 11)** davon:	0,--	0,--	0,--
Transferauszahlungen (Zeile 12)*** davon: IA 531536067, SK 682100	0,--	200.000,-- in 2016 200.000,--	0,-- 0,--
Sonstige Auszahlungen aus lfd. Verwaltungstätigkeit (Zeile 13)	0,--	0,--	0,--
Zinsen und sonstige Finanzauszahlungen (Zeile 14)	0,--	0,--	0,-- v
Nachrichtlich Vollzeitäquivalente (VZÄ)			

* Die nicht zahlungswirksamen Kosten (wie z. B. interne Leistungsverrechnung, Steuerungsumlage, kalkulatorische Kosten) können in den meisten Fällen nicht beziffert werden.
Bei Besetzung von Stellen mit einem Beamten/einer Beamtin entsteht im Ergebnishaushalt zusätzlich zu den Personalauszahlungen noch ein Aufwand für Pensions- und Beihilferückstellungen in Höhe von etwa 40 Prozent des Jahresmittelbetrages.

** ohne arbeitsplatzbezogene IT-Kosten

Ab 2015 gelten für die Verrechnung der Leistungen mit it@M die vom Direktorium und der SKA genehmigten Preise. Die zur Zahlung an it@M erforderlichen Mittel für die Services „Arbeitsplatzdienste“ und „Telekommunikation“ werden im Rahmen der Aufstellung des Haushalts- bzw. Nachtragshaushaltsplanes in die Budgets der Referate eingestellt. Eine gesonderte Beschlussfassung über die Mittelbereitstellung ist daher nicht mehr erforderlich.
Sonstige IT-Kosten, wie z.B. Zahlungen an externe Dritte, sind hier mit aufzunehmen!

Die Transferauszahlungen (Zeile 12) ergeben sich wie folgt:
Der einmalige Zuschuss für das Geburtshaus München in Höhe von 200.000 € in 2016 ist dem Sachkonto 682100 zuzuordnen und wird bei dem Innenauftrag 531536067 veranschlagt.

3. Finanzierung

Die Finanzierung kann weder durch Einsparungen noch aus dem eigenen Referatsbudget erbracht werden, sondern muss aus zentralen Mitteln erfolgen.

Eine endgültige Entscheidung über die Finanzierung soll in der Vollversammlung des Stadtrates im Juli diesen Jahres im Rahmen der Gesamtaufstellung aller bisher gefassten Empfehlungs- und Finanzierungsbeschlüsse erfolgen.

Die zusätzlich benötigten Auszahlungsmittel sollen nach positiver Beschlussfassung in den Nachtragshaushaltsplan 2016 aufgenommen werden.

Produktbezug

Die Veränderungen betreffen das Produkt 5360010 Strukturelle und Individuelle Angebote gesundheitlicher Versorgung und Prävention.

Ziele

Eine Änderung der Ziele ist mit diesen Maßnahmen nicht verbunden.

Stellungnahmen

Die **Stadtkämmerei** (im Folgenden: SKA) begrüßt in ihrer Stellungnahme (Anlage 4) ausdrücklich das verstärkte Engagement des RGU im Bereich des Versorgungsmanagements und bestätigt, dass dieses im Zusammenspiel mit den verantwortlichen Akteuren der Gesundheitsversorgung eine zielgerichtete Ermittlung des Versorgungsbedarfs sowie eine mögliche Planung und Abstimmung des Versorgungsangebots mit den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen auf dem Münchner Markt ermöglicht. Die SKA führt weiter aus, dass es unklar sei, welchen Umfang der Sicherstellungsauftrag gemäß Landkreisordnung im Detail habe und welche Rolle hier den weiteren Akteuren der Gesundheitsversorgung zukomme, bspw. den weiteren Plankrankenhäusern und der niedergelassenen Ärzteschaft. Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften bestehe für die Kommunen die Verpflichtung zur Vorhaltung der "erforderlichen" stationären Gesundheitsversorgung. Zur Abdeckung von Nachfragespitzen sei eine dauerhafte Vorhaltung von Überkapazitäten kein vertretbares Mittel.

Tatsächlich ist der Umfang des Sicherstellungsauftrags der Kommune und das, was eine „erforderliche“ stationäre Versorgung ist, nicht klar definiert (siehe dazu auch die Ausführungen unter A.1).

Es besteht aber kein Zweifel, dass der Sicherstellungsauftrag bezüglich der stationären Versorgung Pflichtaufgabe der kreisfreien Städte gemäß Art. 9 bayerische Gemeindeordnung i.V.m. Art. 51 bayerische Landkreisordnung (LKrO) ist – und keine Aufgabe der „weiteren Akteure der Gesundheitsversorgung, bspw. den weiteren Plankrankenhäusern und der niedergelassenen Ärzteschaft“, wie die SKA in ihrer Stellungnahme meint. Die kreisfreien Städte sind wie die Landkreise verpflichtet, „die erforderlichen Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten und die Hebammenhilfe für die Bevölkerung sicherzustellen“ (Art. 51 Abs. 3 Satz 1 LKrO), sofern nicht private oder gemeinnützige Träger die Versorgung ausreichend decken. Aus dem intensiven Austausch und der Kooperation mit den anderen Münchner Gesundheitsdienstleistern im stationären Bereich seit Beginn 2015 und aus der Auswertung der Daten des

IVENA-eHealth-Systems hat das RGU jedoch klar ermittelt, dass ernstzunehmende Engpässe in der Münchner Geburtshilfe bestehen.

In die bayerische Krankenhausplanung sind Münchner Klinikträger eingebunden, nicht jedoch die Universitätskliniken. Die Festlegungen des Krankenhausplans beinhalten den Standort, die Gesamtbettenzahl, die Fachrichtungen und die Versorgungsstufe. Die Klinikträger sind im Rahmen der Krankenhausplanung verpflichtet, die mit ihnen vereinbarte Gesamtbettenzahl vorzuhalten, ohne Festlegung für einzelne Fachbereiche. Weder die Krankenhausplanung noch die Kommune können anderen Kliniken die Bettenkapazität für einzelne Fachrichtungen vorgeben. Anders ist dies nur bei Fachprogrammen, bei denen zum Beispiel die Zahl der neonatologischen Intensivbehandlungsplätze im Krankenhausplan festgelegt wird. Für das Gebiet der Geburtshilfe gibt es kein Fachprogramm. Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) kam nach Prüfung der Münchner Situation zu dem Schluss, dass „die Hauptursachen für Engpässe in der Münchner Geburtshilfe auf Gebieten liegen, die der Krankenhausplanung entzogen sind“ (Ausführungen J. Haggenmüller, StMGP am 10.06.16 im Rahmen des Fachgesprächs „Versorgungssituation in der Geburtshilfe in München“). Die niedergelassene Ärzteschaft ist in die Krankenhausplanung nicht eingebunden.

Das RGU wird im Rahmen des strategischen Versorgungsmanagements die notwendigen Kapazitätsausweitungen und dort auch die mittel- und langfristigen Entwicklungen und Auswirkungen sorgfältig prüfen und im Dialog mit den Geburtskliniken in München und Umland ggf. weitere notwendige Schritte zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Münchner Mütter und ihrer Kinder aufzeigen.

Was den Erhalt eines Hebammenorientierten Kreißsaals betrifft, so ist nochmals zu verdeutlichen, dass das RGU den Erhalt dieser Versorgungsform im Verbund der Frauenkliniken der StKM befürwortet. Die Standortfrage bleibt Sache der StKM. Der Beschlussantrag wurde im Sinne der Stellungnahme der SKA abgeändert.


Das **Sozialreferat** stimmt der Beschlussvorlage unter den in seiner Stellungnahme (siehe Anlage 5) aufgeführten Änderungen zu. Diese wurden in die Vorlage und den Beschlusstext eingefügt.

Die **Gleichstellungsstelle für Frauen** der Landeshauptstadt München stimmt der Beschlussvorlage ebenfalls zu (siehe Anlage 6).


Die Beschlussvorlage konnte nicht rechtzeitig abgegeben werden, da die Mitzeichnung der Stadtkämmerei nicht termingerecht einging.

Das RGU hält es für wichtig, dass die Beschlussvorlage am 07.07.2016 im Gesundheitsausschuss behandelt wird, da sich sonst insbesondere bei der Förderung des



Geburtshauses München für den Träger durch die Planungsunsicherheit wirtschaftliche Risiken ergeben, die den für Sommer 2016 geplanten Umzug und damit das gesamte Projekt gefährden könnten.

Anhörung des Bezirksausschusses 

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vgl. Anlage 1 der BA-Satzung).

Die Korreferentin des Referates für Gesundheit und Umwelt, Frau Sabine Krieger, der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Dr. Ingo Mittermaier, sowie das Direktorium, die SKA und  Sozialreferat haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

Antrag der Referentin

1. Der Vortrag der Referentin zur „Versorgungssituation rund um die Geburt in München“ wird zur Kenntnis genommen.
2. Das RGU wird beauftragt, im Rahmen des noch aufzubauenden Versorgungsmanagements die geburtshilflichen Kapazitäten in München zu analysieren und auf eine bedarfsgerechte Entwicklung der Versorgung hinzuwirken. Weiterhin wird das RGU beauftragt, die AG Geburtshilfe fortzusetzen, die sich aus Akteuren rund um die Geburt wie Kliniken und Hebammen aus München und aus dem Umland zusammensetzt, und damit auf Absprachen und Verfahrensweisen hinzuwirken, die die Versorgungslage rund um die Geburt nachhaltig verbessern.
3. Dem „Verein zur Förderung der selbstbestimmten Geburt e.V.“ wird zur Finanzierung des Umzugs und des Umbaus des Geburtshauses ein einmaliger Zuschuss bis zu einer Höhe von 200.000 Euro in 2016 gewährt.
4. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, die einmalig erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 200.000 € im Rahmen der  Nachtragshaushaltsplanaufstellung 2016 bei der SKA  zu melden.
5. Das Produktkostenbudget für das Produkt 5360010 erhöht sich in 2016 vorbehaltlich der endgültigen Beschlussfassung der Vollversammlung im Juli 2016 um einmalig 200.000 €, davon sind 200.000 € zahlungswirksam (Produktauszahlungsbudget).
6. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, im Vollzug der Haushaltsansätze auftretenden fachlich begründeten Projektbedarf „Organisation muttersprachlicher individueller Geburtsvorbereitung und Geburtsbegleitung für junge Migrantinnen“ bei der Beratungsstelle für natürliche Geburt und Elternsein e.V. im

Rahmen der laufenden Verwaltungstätigkeiten (§22 Ziff.15 GeschO) auszugleichen, ohne den Ausschuss erneut damit zu befassen.

7. Der Antrag Nr.14-20/ A 02056 „Das Geburtshaus München bei den Kosten für den Umzug unterstützen“ vom 28.04.2016 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
8. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss

nach Antrag. Die endgültige Entscheidung in dieser Angelegenheit bleibt der Vollversammlung des Stadtrates vorbehalten.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der Vorsitzende

Die Referentin

Ober-/Bürgermeister

Stephanie Jacobs
Berufsmäßige Stadträtin



- IV. Abdruck von I. mit III. (Beglaubigungen)
über den stenographischen Sitzungsdienst
an das Revisionsamt
an die Stadtkämmerei
an das Direktorium – Dokumentationsstelle
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-S-SB
- V. Wv Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-S-SB zur weiteren Veranlassung (Archivierung, Hinweis-Mail).