

Zwischen Empathie und Bürokratie: Aktuelle Strömungen in der Geburtshilfe

Schwangeren Frauen bei der Geburt ihrer Kinder zu helfen, ist eine medizinisch und gesellschaftlich wichtige Aufgabe und persönlich eine sehr befriedigende, aber auch mitunter herausfordernde Arbeit. Alle medizinischen Aspekte der schwangeren Patientin und des ungeborenen Fötus' fließen in die Betreuung der Schwangerschaft und die Planung der Geburt ein. Die Geburt selbst sollte dann der gut durchdachte und vorgeplante Höhe- und Endpunkt der Schwangerschaft sein - das ist der Anspruch einer modernen Geburtshilfe.

Die Geburtenzahlen in Rheinland-Pfalz sinken leider seit einigen Jahren, da auch die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter zurückgeht. 2024 kamen circa 33.600 Kinder zur Welt (51.200 Menschen starben; 2023 34.500 Geburten, 51.300 Verstorbene). Dadurch wird es immer schwieriger, eine flächendeckende hochqualitative Geburtshilfe aufrechtzuerhalten. Erfahrung und trainierte Abläufe können nur durch eine adäquate Fallzahl erhalten bleiben und nicht durch Empathie und Zuwendung wettgemacht werden. Letztendlich ist es im Sinne aller Eltern, dass die Mutter durch die Geburt möglichst wenig belastet wird und dass sie ein gesundes Baby in ihren Armen halten können.

Präpartales Management

Die Planung der Geburt ist hierfür ein wesentlicher Faktor. Durch die verantwortungsvolle Vorarbeit der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen werden diejenigen Schwangeren und Föten definiert, die ein besonderes peripartales Management benötigen. Die Risiken können heutzutage wesentlich präziser definiert werden, da bessere diagnostische Möglichkeiten vorhanden sind und die interdisziplinäre Zusammenarbeit in aller Regel gut funktioniert. Allerdings sehen wir durchaus Probleme, kurzfristige Termine für spezielle Untersuchungen bei anderen Fachärzten zu bekommen. Für den Frauenarzt ist es dank moderner bildgebender, laborchemischer und humangenetischer Diagnostik möglich, Frühzeichen von späteren Komplikationen bereits in der Schwangerschaft zu entdecken. Nichtinvasive Pränataldiagnostik, Biomarker für Präeklampsie oder Frühgeburtlichkeit, spezielle Infektionsserologie und hochauflösender Ultraschall sollen hier nur exemplarisch genannt werden. Diese Diagnostik ist sehr komplex und kann nicht in jeder Praxis angeboten werden.



Foto: Adobe Stock/fizkes

Die Risikoschwangeren werden in einem Perinatalzentrum vorgestellt, wo Geburtshelfer, Neonatologen und andere Professionen wie Anästhesie und Kinderchirurgie in einem optimierten Setting zusammenarbeiten, um den besonderen Anforderungen gerecht zu werden. Viele Patientinnen werden bereits in der Schwangerschaft von den Perinatalzentren mitbetreut, um den Leitlinien und der Mutterschaftsrichtlinie gerecht zu werden. Die jahrzehntealte Trennung von ambulanter und stationärer Medizin im deutschen Gesundheitssystem ist hierbei mehr als hinderlich. Die Probleme liegen in der Zunahme der Risikoschwangeren, der Weiterleitung medizinischer Informationen, der fehlenden Flexibilität der Vorgaben der KV und der fehlenden Finanzierung der oben genannten Leistungen. Darüber hinaus weichen die Anforderungen des sich kontinuierlich entwickelnden medizinischen Mindeststandards erheblich von der Vergütung durch ambulanten EBM sowie die stationären DRGs ab. Die größte Herausforderung in diesem ohnehin problematischen System ist die Notfallversorgung, bei der häufig relevante Informationen fehlen oder nur mühsam zu beschaffen sind. Wir warten auf die digitalen Lösungen.





Foto: Adobe Stock/Africa Studio

Die klinische Geburtshilfe

Die Sicherheit für Mutter und Kind sollte wie ein unsichtbares Netz sein, das unter der Gebärenden und ihrem Partner oder Partnerin gespannt wird, damit die Frauen in Ruhe und Geborgenheit entbinden können. Dieser Anspruch sollte auch bei Risikogeburten oder geplanten oder sekundären Kaiserschnitten möglich sein. Deutschland hat exzellente Ergebnisse bezüglich der peripartalen mütterlichen und kindlichen Mortalität vorzuweisen, sodass es selbstverständlich geworden ist, dass eine Geburt lediglich ein Lebensmoment ist und keine potentiell kritische Situation.

Kurz darf hier auch auf die forensischen Fallstricke hingewiesen werden. Zwar wird nur selten wegen geburtshilflicher Fehler vor Gericht gestritten, doch wenn, geht es um große Summen. Nur noch wenige Haftpflichtversicherungen nehmen Geburtshelfer auf und decken geburtshilfliche Abteilungen ab. Natürlich sollten Fehler, wenn sie passieren, im Sinne der Patienten finanziell kompensiert werden. Die sehr niedrigen Morbiditäts- und Mortalitätsraten dürfen jedoch nicht suggerieren, dass es eine Garantie für ein Geburtserlebnis und -ergebnis gibt. Die Angst vor juristischen Auseinandersetzungen ist eine schlechte Motivation, geburtshilflich tätig zu sein.

Der Wunsch vieler Schwangerer und Paare nach Natürlichkeit und wenig Invasivität bei gleichzeitig hoher Sicherheit für Mutter und Kind steht den dafür notwendigen medizinischen Interventionen (zum Beispiel CTG, Blutabnahme, Katheter, et cetera) gegenüber. Zugegeben, viele Geburten benötigen keine ärztliche Begleitung. Leider kann aber trotz präpartaler Risikostratifizierung prospektiv nicht vorhergesagt werden, ob die Geburt komplikationslos verläuft oder eine schnelle Intervention notwendig werden wird. Daher müssen geburtshilfliche Abteilungen eine Vielzahl von Vorhalteleistungen stellen, die im Idealfall äußerst selten zum Einsatz kommen.

Die vaginale Geburt ist der natürliche Weg, ein Kind das Licht der Welt erblicken zu lassen. Und trotz des häufigen Wunsches nach einer interventionsarmen selbstbestimmten Geburt persistiert die Anzahl an primären Kaiserschnitten in Deutschland auf hohem Niveau. Gründe liegen in einer tiefen Angst vor der vaginalen Geburt, dem Wunsch nach (vermeintlicher) Sicherheit und Planbarkeit und der Schonung der anatomischen Strukturen. Die Risiken des Kaiserschnitts und der Folgen für weitere Schwangerschaften werden dabei häufig relativiert. Um diesen Ängsten zu begegnen, bedarf es der bereits erwähnten intensiven ergebnisoffenen Beratung durch uns Frauenärzte und die betreuenden Hebammen.

Beckenboden

Aktuell werden in unserem Fachgebiet die Auswirkungen von Schwangerschaft und Geburt auf den weiblichen Beckenboden intensiv diskutiert. Beckenbodensenkungen und Miktionsprobleme können Frauen direkt nach der Geburt und vor allem in der zweiten Lebenshälfte sehr belasten und zu weiteren Problemen wie eine Beeinträchtigung der Sexualität führen. Als Prävention und möglicherweise auch als Therapie sind risikoadaptiert intensiviertes Beckenbodentraining anstelle der üblichen Rückbildungsgymnastik, Pessartherapie und auch in der letzten Konsequenz primäre Kaiserschnitte zu nennen. Eine fachliche Beratung und eine gesellschaftliche Akzeptanz sind für die Entscheidung der schwangeren Frauen zu fordern. Letztendlich muss jede Frau ihren individuellen Weg finden, ihr Kind zu gebären.

Wochenbett

Die Wünsche nach Individualität und Rückzugsmöglichkeiten bleiben auch nach der Geburt bestehen. Die Frage nach einem Familienzimmer ist die meistgehörte auf der Wochenstation. Natürlich geht man gerne auf die Wünsche der Patientinnen ein. Ein Krankenhaus kann aber kein Hotel sein. Medizinische Standards sind zum Schutz der Mutter und des Kindes etabliert worden. Andererseits ist der Großteil der Wöchnerinnen nicht krank, sondern benötigt nur Beratung, Zuwendung und Fürsorge. Dieses Dilemma muss individuell besprochen und austariert werden. Letztendlich muss jede Geburtsklinik entscheiden, welche Wünsche sie bei welcher individuellen Risikosituation erfüllen will.

Personalsituation

Der hohen Erwartungshaltung an Individualität und Behandlungsqualität gerecht zu werden, kann nur durch ein motiviertes und zufriedenes Team aller Mitarbeitenden Berufsgruppen gelingen. Tatsächlich ist das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe nach der universitären Ausbildung weiterhin sehr beliebt. Insbesondere Frauen bewerben sich um eine Weiterbildung; der Anteil der Männer ist mittlerweile auf unter zehn Prozent gesunken. Die Lernkurve ist hoch; die Ansprüche der Klinik und der Assistenzärztinnen und -ärzte an sich selbst ebenfalls. Insbesondere in Häusern mit großer Geburtshilfe zeigt sich, dass es eine wichtige Aufgabe ist, die jungen Kolleginnen und Kollegen zu fördern, zu fordern und ihnen regelmäßig Feedback zu geben. Des Weiteren muss das Weiterbildungsangebot um die Inhalte der ambulanten Versorgung erweitert werden. Zu diesem Zweck haben wir vor einigen Jahren am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer eine gynäkologische Arztpraxis übernommen und in unser MVZ integriert. Die jungen Kolleginnen und Kollegen können nun über diesen Ausbildungsplatz Erfahrungen sammeln.

Die vielen psychisch und physisch belastenden Dienste im Kreißaal (insbesondere die Nachtdienste) können jedoch zu einer Erschöpfung und Desillusionierung führen. Ein Geburtshelfer formulierte kürzlich: „Die meisten kommen zum Fach wegen der Geburtshilfe und sie verlassen die Krankenhäuser nach der Weiterbildung wegen der Geburtshilfe!“. Dementsprechend dürfte es für Chefärzte großer Abteilungen von eminenter Bedeutung zu sein, Interesse an der somatischen und psychischen Gesundheit der gesamten

Kollegenschaft zu haben. Das mag eine schwierige Aufgabe sein, da gleichzeitig eine vertragliche Verpflichtung besteht, die Organisation der Klinik sicherzustellen. Der menschliche Faktor sollte jedoch immer die höchste Priorität haben.

Finanzielle Förderung

Eine gut bewertete Geburtshilfe ist oftmals das Aushängeschild eines Krankenhauses und hat somit Einfluss auf andere Fachrichtungen. Ob eine geburtshilfliche Abteilung defizitär oder kostendeckend arbeitet, entscheidet sich ständig neu. In den vergangenen Jahren wurden an vielen Rädern und Schrauben gedreht, um hier eine bessere Kostendeckung insbesondere in kleinen Abteilungen zu erzielen. Die Sicherung der flächendeckenden Versorgung lässt viel Geld in die Peripherie fließen. Die Arbeit der großen geburtshilflichen Kliniken wird dabei weniger unterstützt, obwohl besonders hier Investitionen notwendig wären, um diesen vielen Patientinnen eine Geburtshilfe auf hohem Niveau weiterhin anbieten zu können.

Zusammenfassung

Die Geburtshilfe ist zusammenfassend ein gesellschaftlich relevantes Fachgebiet, das aktuell unter finanziellem, juristischem, organisatorischem und personellem Druck steht. Der Wunsch der Frauen und Paare nach mehr Natürlichkeit und Individualität konkurriert um die ärztlichen Maßnahmen, welche für eine behütete Schwangerschaft und für eine sichere Geburt benötigt werden. Junge Ärztinnen und Ärzte für die Geburtshilfe nachhaltig zu begeistern, sehen wir als eine unserer großen Aufgaben im Fach an.

Autoren



Prof. Dr. Florian Schütz
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
Chefarzt
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer

Foto: Gerald Schilling



Dr. Kerstin Kowald
Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
Oberärztin
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer

Foto: Klaus Landry

Vorsitzende Hebammenlandesverband Rheinland-Pfalz: Falsche Anreize abschaffen und natürliche Geburten in den Fokus stellen



Foto: Sebastian Schmuck

Juliane Müller spricht zur Kundgebung am Welthebammentag 2024 vor dem Infostand am Deutschen Eck.

Zu viele unnötige Interventionen bei der Geburt, eine hohe Arbeitsbelastung bei Hebammen und Geburtsabteilungen, die schließen: Die Herausforderungen der Geburtshilfe in Rheinland-Pfalz sind vielfältig. Im Interview spricht die Vorsitzende des Hebammenlandesverbands Rheinland-Pfalz, Juliane Müller, über die aktuelle Lage und gute Lösungsansätze.

Frau Müller, wie ist aus Ihrer Sicht die Lage der Geburtshilfe?

Juliane Müller: Die Lage ist sehr schwierig, da wir seit 2025 nur noch 27 Krankenhäuser mit Geburtshilfe in Rheinland-Pfalz haben. In den vergangenen 15 Jahren hat die Hälfte der Geburtshilfeabteilungen geschlossen und weitere Schließungen sind zu erwarten. Die Geburtenzahl hat sich aber nicht halbiert und das Personal hat sich nicht verdoppelt. Daraus geht schon hervor, dass die Belastung in den verbleibenden Abteilungen angestiegen ist. Zudem gibt es aktuell auch räumliche Probleme. Kliniken, die nur zwei bis drei Entbindungsräume haben und plötzlich mehr Geburten übernehmen, haben ihre Kapazitätsgrenze erreicht.

Welche besonderen Herausforderungen hat Rheinland-Pfalz als Flächenland?

Durch die Schließungen von Abteilungen werden die Anfahrtswege immer länger. Die Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses gibt einen Anfahrtsweg von maximal 40 Minuten vor, der laut Gutachten in Rheinland-Pfalz auch eingehalten wird. Die Realitäten sind manchmal anders: Ich komme aus dem Westerwald. Wenn es dort im

Winter geschneit hat, braucht man auch schon mal 50 bis 60 Minuten zur nächsten Klinik. Deutschlandweit kommt es auch immer wieder zu Situationen, bei der Kinder im Auto auf Parkplätzen geboren werden. Es ist fraglich, wie sicher das für Mutter und Kind ist. Viele Frauen fahren deshalb schon früh los und werden in den Kliniken abgewiesen, weil die Situation noch nicht geburtsrelevant ist. Andere wiederum nehmen die Frauen schon früher auf, obwohl noch kein Behandlungsgrund dahintersteckt.

Mit welchen Konzepten könnte man dem entgegenwirken?

Hilfreich wären beispielsweise sogenannte Boardinghomes. Das sind kleine Hotels in der Nähe der Klinik, in der Patienten untergebracht werden, die noch keine medizinische Betreuung benötigen. Somit müsste kein teures Bett in der Klinik belegt werden.

Wo gibt es in Rheinland-Pfalz Unterschiede in der Versorgung?

In manchen Gebieten sind die Frauen mangelversorgt wie beispielsweise im Westerwaldkreis. Dort haben die Frauen dann auch keinen Gynäkologen und keinen Kinderarzt. Es gibt aber auch die Metropolregionen, in der die Versorgung sehr gut ist. Da kann es aber auch sein, dass in den Perinatalzentren die gesunden Schwangeren überversorgt sind und dort mehr Interventionen als nötig durchgeführt werden.

Was muss aus Ihrer Sicht reformiert werden?

Wir müssen sicherstellen, dass nicht noch mehr geburtshilfliche Abteilungen schließen. Sollte sich die Anzahl noch weiter reduzieren, halte ich das für gefährlich. Die verbleibenden Abteilungen sollten personell und räumlich besser aufgestellt werden. Im internationalen Vergleich liegt die Relation von Hebamme zu Geburten bei 1 zu 30 bis 40. In Deutschland liegt diese Zahl bei 1 zu 100. Wir plädieren für eine Eins-zu-eins-Betreuung für jede Frau als Standard, um die Geburt qualitativ, hochwertig und sicher durchzuführen. Dafür muss genug Personal bei den Hebammen, Ärzten und in der Pflege eingestellt werden.

Wie wird das finanziert?

Die Hebammen sind im Pflegebudget mittlerweile enthalten. Damit werden die anfallenden Personalkosten von Hebammen vollständig refinanziert. Und obwohl Hebammen nach der Krankenhausführungsverordnung dem Funktionsdienst zugerechnet werden, sind sie mit der Aufnahme ins Pflegebudget der unmittelbaren Patientenversorgung auf betten-

führenden Stationen gleichgestellt. Damit sollte es also kein Problem für die Kliniken sein, dies zu finanzieren. Der nächste Schritt sollte daher sein, die Hebammen hochzugruppieren und die Hebammen besser zu bezahlen.

Wo gibt es Qualitätslücken in der Geburtshilfe?

Momentan sind die Qualitätskriterien in den Kliniken rein medizinisch abgebildet, also wie gesund Mutter und Kind aus der Geburt hinausgehen. Es wird gar nicht abgebildet, ob die Eingriffe in die Geburt vermeidbar gewesen wären und mit welchen Geburtserfahrungen die Frauen nach Hause gehen. Nach Schätzungen wird jede dritte Frau in Deutschland durch das Geburtserlebnis traumatisiert. So kommt es beispielsweise häufig zu Dammschnitten oder es wird kristalliert, um die Geburt zu beschleunigen. Diese Interventionen nehmen immer mehr zu, während natürliche physiologische Geburten abnehmen. Zudem haben wir auch eine hohe Kaiserschnittquote von 25 bis 30 Prozent, obwohl viele nicht medizinisch notwendig wären. Letztendlich stellen wir einen falschen Anreiz: Die Klinik verdient mit medizinischen Intervention wie einem Kaiserschnitt mehr Geld als mit einer natürlichen Geburt.

Wird sich dies mit der Krankenhausreform ändern?

Aktuell wird das durch die Reform nicht aufgefangen. Wir bräuchten eine andere Art der Finanzierung. Wir müssten die gesunde, physiologische Geburtshilfe mehr in den Vordergrund stellen.

Was muss sich bei der Vergütung ändern?

Unser größtes Bauchweh ist momentan die Vergütung der freiberuflichen Hebammen. Wir waren lange in Vertragsverhandlungen. Mit den Ergebnissen sind wir nicht zufrieden, denn darin werden die Beleghebammen schlechter gestellt. Von den 27 Geburtshilfekliniken haben wir fünf mit Belegsystem. Wir befürchten, dass viele Beleghebammen ihren Job aufgeben werden.

Seit Jahren steigen die Versicherungskosten für die freiberuflichen Hebammen. Wie ist die aktuelle Lage?

Spricht man in der Geburtshilfe von einem Schaden, geht es manchmal auch um Tod oder lebenslange Behinderung; dementsprechend sind die Versicherungssummen auch hoch. Für eine freiberufliche Hebamme mit Geburtshilfe belaufen sich die Kosten auf rund 13.000 Euro im Jahr. Davon kann zwar ein großer Teil rückvergütet werden. Allerdings dauert dieser Prozess oft Monate, die Hebamme muss in Vorkasse treten. Das können sich viele schlichtweg nicht leisten. Auch hier muss eine andere Lösung gefunden werden.

Fehlt es denn aktuell an Personal?

Ja, es fehlt an Personal. Wir können nicht von einem Nachwuchsproblem sprechen, weil wir den Beruf akademisiert und ausreichend Studienplätze in Rheinland-Pfalz haben.

Stattdessen ist die Arbeitsbelastung viel zu groß, es ist nicht genügend Personal eingestellt und die Bezahlung ist nicht gut. Diese Bedingungen müssen verbessert werden. Fast jede Hebamme macht diesen Beruf, weil sie gerne Frauen und Familien unterstützt und diesen Beruf liebt. Doch man muss natürlich seine eigene Familie gut damit versorgen können.

Was hat sich in der Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzten über die Jahre verändert?

Damals, als ich vor 20 Jahren mein Examen gemacht habe, empfand ich die Zusammenarbeit noch als schwierig. Es gab oft ein Konkurrenzdenken und Machtgerangel, wer mehr Kompetenzen hat. Das hat sich stark verändert. Als ich noch vor wenigen Jahren in der Klinik interprofessionell mit anderen Berufen zusammengearbeitet habe, war es ein schönes Zusammenarbeiten auf Augenhöhe. In den gynäkologischen Praxen gibt es auch häufig Ärztinnen und Ärzte, die mit Hebammen zusammenarbeiten. Das ist aus meiner Sicht noch ausbaufähig, da diese Kooperation für beide Seiten ein großer Gewinn ist.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft der Geburtshilfe?

Mein Wunsch wäre, dass in jeder geburtshilflichen Abteilung, ein hebammengeleiteter Kreißaal angeboten wird, damit die Frauen die Wahlmöglichkeiten haben.

Das Interview führte Michaela Kabon

Foto: Studioline Koblenz



Seit Anfang 2024 engagiert sich Juliane Müller als Vorsitzende des Hebammenlandesverbands Rheinland-Pfalz.

ZUR PERSON

Juliane Müller ist seit Januar 2024 Vorsitzende des Hebammenlandesverbands Rheinland-Pfalz, dem mittlerweile rund 1000 Mitglieder angehören. Sie ist seit über 20 Jahren als Hebamme tätig. Zunächst war sie als freiberufliche Hebamme in der Vor- und Nachsorge tätig, hat als Beleghebamme Geburten in der Klinik betreut und arbeitete in einer gynäkologischen Praxis. Später war sie als angestellte Hebamme in einer Klinik in Koblenz tätig.

Eins-zu-Eins-Betreuung bei Geburten: Der hebammengeleitete Kreißsaal in Kirchheimbolanden

Fotos: Westpfalz-Klinikum



In den Kreißsälen sollen die Gebärenden viele Möglichkeiten zur Bewegung und Entspannungsmethoden abseits von starken Medikamenten bekommen.



Auch eine Wassergeburt ist am Standort im Westpfalz-Klinikum in Kirchheimbolanden möglich.

Verschiedene Gebärdpositionen mit vielen Möglichkeiten zur Bewegung und Entspannungsmethoden abseits starker Medikamente und ohne medizinische Eingriffe, um natürliche Geburten zu ermöglichen: All das wird eigenverantwortlich betreut von einer Hebamme. Am Ende der Geburt kommt eine zweite Hebamme hinzu und unterstützt zusätzlich – ganz ohne Zutun einer Ärztin oder eines Arztes. Möglich wird dies mit dem Konzept des hebammengeleiteten Kreißsaals (HKS). Am Westpfalz-Klinikum am Standort in Kirchheimbolanden gibt es ab September 2025 einen von insgesamt sechs in Rheinland-Pfalz.

Bei einem hebammengeleiteten Kreißsaal steht die Geburtsbegleitung durch die Hebamme im Vordergrund. Bisher haben die Ärztinnen und Ärzte in der letzten Geburtsphase die Untersuchung und die Naht übernommen. Dies sind beim HKS-Konzept alles Aufgaben der Hebammen. Der Weg dorthin hat in der Umsetzungsphase knapp zwei Jahre gedauert, führt die Projektleiterin und Leiterin des Kreißsaals in Kirchheimbolanden, Cindy Paulus, aus. Mit der Konzeption 2023 und der Förderungszusage durch das Land Rheinland-Pfalz mit 30.000 Euro ging es in die konkreten Planungen.

Die Ärztinnen und Ärzte am Standort haben das Projekt von Anfang an unterstützt und standen auch in der Vorbereitungsphase zur Verfügung, um wiedergewonnene Aufgaben zu begleiten, berichtet Paulus. Für die Ärzte stelle dies in der Umsetzungsphase eine große Arbeitserleichterung dar, da

sie nicht mehr bei jeder Geburt anwesend sein müssen, sondern nur gerufen werden, wenn es notwendig ist. Nur in Bezug auf die ärztliche Weiterbildung gab es anfänglich noch Bedenken, da Assistenzärzte befürchteten, keine normalen Geburten mitzuerleben. Dies sei aber nicht der Fall, gibt Cindy Paulus Entwarnung. Weiterhin fänden auch ärztlich geleitete Geburten statt. Zusätzlich bestehe die Möglichkeit der Hospitation.

Eigenverantwortliches Arbeiten der Hebammen rückt in den Fokus

Für die Hebammen werden durch das Konzept das eigenverantwortliche Arbeiten und der Austausch mit den Kolleginnen gestärkt. „Das originäre Hebammenhandwerk rückt dadurch wieder mehr in den Fokus, was im klinischen Alltag manchmal etwas untergeht“, beschreibt Cindy Paulus. Das sei auch ein Grund, warum der HKS ein attraktiver Arbeitsort für Hebammen ist. Die ursprünglich als herausfordernd angesehene Personalakquise von sechs zusätzlichen Hebammen hat sich letztendlich als unbegründet dargestellt. Mittlerweile seien alle Stellen besetzt und weitere Interessenten bereits vorgemerkt.

Das Team von nun 20 Hebammen (zwölf Vollzeitstellen) hat sich auf die Umsetzungsphase mit Fortbildungen und Schulungsprogrammen vorbereitet. Großen Respekt gab es beispielsweise vor der Naht, die die Hebammen nun wieder übernehmen dürfen. „Manche hatten das seit Jahren nicht

Foto: Michaela Kabon



Cindy Paulus ist die Kreißsaalleiterin am Westpfalz-Klinikum in Kirchheimbolanden und die Projektleiterin des hebammengeleiteten Kreißsaales am Standort. Die studierte Hebamme arbeitet bereits seit zehn Jahren am Westpfalz-Klinikum.

mehr gemacht. Das muss natürlich noch einmal geschult werden“, so Paulus.

Zu den Schulungen, die größtenteils mit den Fördermitteln des Landes finanziert wurden, gehören Lehrgänge zur ersten Untersuchung des Kindes sowie Kommunikationstrainings und weitere Fortbildungseinheiten. Um die neuen Abläufe zu trainieren, haben in Zusammenarbeit mit dem Simulationszentrum Speyer realitätsnahe Übungseinheiten stattgefunden, um verschiedene Szenarien praktisch zu durchlaufen.

Konzept ist nicht für alle werdenden Mütter geeignet

Die Kreißsäle wurden zusätzlich mit Material und Zubehör ausgestattet, die zur natürlichen Entspannung bei der Geburt beitragen sollen. Dazu gehören Massagebälle, Sitzbälle und ein Geburts-TENS-Gerät, das über am Rücken angebrachte Elektroden den Schmerz lindern sollen. Die zusätzliche Ausstattung für den HKS tragen die Einrichtungen selbst und sind nicht von den Fördermitteln abgedeckt.

Fundament für die Arbeit im HKS bildet ein Kriterienkatalog, der speziell auf die Klinik angepasst wurde. Darin werden die genauen Voraussetzungen festgeschrieben, für wen eine Entbindung im Hebammenkreißsaal möglich ist und für wen nicht. In Frage kommt dies für alle gesunden Schwangeren ab der 37. Schwangerschaftswoche. Dagegen spricht unter anderem eine Frühgeburtlichkeit, Beckenend- und Querlage, Mehrlinge, Infektionen, Schwangerschaftsdiabetes und weitere pathologische Verläufe. Statt wie üblich in einem Gespräch werden die Frauen im HKS mit zwei Gesprächen auf die Geburt vorbereitet. Dabei werden die Ausschlusskriterien mittels Fragebogen abgeklärt.

Skeptische Stimmen habe Paulus bisher hauptsächlich aus dem Bereich der niedergelassenen Ärzte gehört, die an der Sicherheit der Geburten zweifeln. Dem widerspricht Paulus: „Die Geburt im hebammenleiteten Kreißsaal ist bei Einhaltung unserer strengen Kriterien genauso sicher wie in einem interdisziplinär geleiteten Kreißsaal.“ Es gebe lediglich weniger Möglichkeiten zur Schmerzbetäubung. Alles, was mit Medika-

menten, venösen Zugängen oder der Periduralanästhesie zu tun habe, sei in diesem Setting nicht möglich. Sollte eine Gebärende dies während einer Geburt doch wünschen, sei dies unter ärztlicher Überwachung jederzeit möglich. Dabei wird die Geburt ohne Raumwechsel und ohne den Wechsel der betreuenden Hebamme in einen interdisziplinären Kreißsaal übergeleitet. Dafür stehen rund um die Uhr ein Oberarzt und ein Assistenzarzt zur Verfügung.

HKS erst für Kliniken ab einer Geburtenzahl von 500 sinnvoll

Die hebammengeleiteten Kreißsäle in Rheinland-Pfalz haben sich während der Projektphase zu einem Netzwerk zusammengeschlossen und tauschen sich regelmäßig über ihre Erfahrungen aus. So sei unter anderem deutlich geworden, dass ein solches Projekt erst ab einer Geburtenzahl von 500 im Jahr Sinn für eine Klinik macht. Grund ist die hohe Personalzahl, die für die Umsetzung vorzuhalten ist. In Kirchheimbolanden sind das zwei Hebammen im Frühdienst, zwei im Spätdienst und zwei im Nachtdienst.

Für eine auskömmliche Finanzierung habe die Änderung im Pflegebudget 2025 gesorgt, in dem die Hebammen nun auch enthalten sind. Somit sei diese Art von Geburt komplett finanziert. „Für die Frauen gibt es im hebammengeleiteten Kreißsaal schon eine Art Luxusbetreuung“, findet Paulus. Doch vom Konzept profitiere der gesamte Kreißsaal, da das Personal bei einer ärztlich geleiteten Geburt ebenfalls zum Einsatz komme.

Mit rund 610 Geburten im Jahr sei das Westpfalz-Klinikum am Standort in Kirchheimbolanden ein kleines, familiäres Haus. Doch schon jetzt mache sich das Projekt bei den Zahlen bemerkbar: Im Vorjahresvergleich sei man schon bei 20 Geburten mehr. Auch der Einzugskreis habe sich deutlich verändert. Sogar aus dem Mainzer Raum reisen die Gebärenden an und nehmen Fahrzeiten von einer Stunde in Kauf, um im hebammengeleiteten Kreißsaal ihr Kind zu Welt zu bringen. „Das Angebot spricht sich herum“, freut sich Paulus.

Michaela Kabon

HEBAMMENGELIETETE KREISSÄLE IN RHEINLAND-PFALZ

Von ursprünglich sieben geplanten hebammengeleiteten Kreißsälen wurden sechs umgesetzt. Neben dem Westpfalz-Klinikum in Kirchheimbolanden sind weitere Standorte: Klinikum Worms, Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier, Diakonie Krankenhaus in Bad Kreuznach, Hunsrück Klinik der Kreuznacher Diakonie in Simmern und das Westpfalz-Klinikum in Kaiserslautern. Die Stadtklinik Frankenthal ist in der Projektphase ausgestiegen, da der Personalschlüssel nicht umgesetzt werden konnte.

Frauenärzte in der Praxis: Ansprechpartner vor, während und nach der Schwangerschaft

Der Eintritt einer Schwangerschaft stellt für die werdende Mutter immer eine emotional ganz besondere Situation dar. Unabhängig von Intensität und Dauer des Kinderwunsches stellen sich, natürlich auch getriggert durch die hormonelle Umstellung, Ängste in Bezug auf die familiäre, die berufliche, ja allgemein auf die psychosoziale Situation ein. Frauenärzte betreuen in der Regel die Frauen schon lange Zeit vorher und sind daher meist erster Ansprechpartner. Die erste, vornehmste Aufgabe ist es daher, durch Verständnis und Empathie Sicherheit zu vermitteln. Durch die Mutter-schaftsrichtlinie ist uns für die Überwachung der Entwicklung von Mutter und Kind ein festes Raster vorgegeben.

Zu festgelegten Zeitpunkten werden serologische und andere laboranalytische Untersuchungen durchgeführt. Der körperliche Zustand der Mutter wird alle vier Wochen in Bezug auf Gewicht, Blutdruck und Urin-Status gescreent. Zu drei festgelegten Zeitpunkten zwischen neunter und zwölfter, 19. und 22. sowie 29. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) wird das Kind sonographisch beurteilt. Im Zentrum stehen hier die Feststellung der Vitalität, das Wachstum, die Beurteilung von Plazenta und Fruchtwasser und insbesondere im zweiten Trimester die Beurteilung der Organentwicklung des Kindes nach vorgegebenem Algorithmus. Einen besonderen Stellenwert nimmt seit geraumer Zeit die nichtinvasive Pränataldiagnostik ein, die uns etwa ab der abgeschlossenen zehnten SSW erlaubt, aus dem mütterlichen Blut fetale Zellen zu extrahieren und auf genetische Auffälligkeiten zu prüfen.

Der Wunsch nach individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ist bei den Paaren oft groß und betrifft in erster Linie die Nachfrage nach häufigeren Ultraschall-Untersuchungen. Ebenfalls außerhalb des GKV-Katalogs, in vielen Fällen aber dennoch ratsam sind andere Laboruntersuchungen, wie spezielle serologische Tests auf Toxoplasma, Cytomegalie und weiteren sowie eine vorgeburtliche Testung auf Besiedelung der Vagina mit hämolysierenden Streptokokken der Gruppe B.

Häufigkeit der Schwangerschaftskomplikationen hat sich über Jahre verändert

In den vergangenen Jahren zeigen sich weltweit signifikante Veränderungen in der Häufigkeit schwangerschaftsassoziierter Komplikationen. Ein Anstieg ist insbesondere bei Gestationsdiabetes mellitus (GDM), hypertensiven Erkrankungen, Frühgeburten sowie umweltbedingten Risiken zu beobachten. Gleichzeitig gehen einige Komplikationen dank verbesserter Diagnostik und Prävention zurück.

Die Prävalenz von GDM nimmt global zu – unter anderem durch Adipositas und steigendes maternales Alter. Dies ist mit erhöhten Risiken für Makrosomie, Schulterdystokie, Präeklampsie und spätere Typ-2-Diabetes-Erkrankung bei Mutter und Kind verbunden. Metformin hat sich in randomisierten Studien als vergleichbare Therapieoption zu Insulin gezeigt: Es bietet eine ähnlich gute glykämische Kontrolle mit geringerer mütterlicher Gewichtszunahme und niedrigeren Raten von Makrosomie und neonataler Hypoglykämie. In Langzeitbeobachtungen ergaben sich keine Hinweise auf eine beeinträchtigte neurokognitive Entwicklung bei exponierten Kindern. Obwohl Metformin in den USA nicht für GDM durch die FDA zugelassen ist, wird es zunehmend off-label eingesetzt. Aufgrund der klinischen Ergebnisse gilt es insbesondere bei adipösen Patientinnen oder Insulinresistenz als praktikable Alternative.

Präeklampsie führende Ursache von Mutter- und Kindersterblichkeit

Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen – vor allem Präeklampsie (PE) – sind weltweit führende Ursachen maternaler und perinataler Morbidität. Neue Entwicklungen in der Früherkennung ermöglichen eine Risikostratifizierung bereits im ersten Trimester. Das kombinierte Screening zwischen der elften und 13. Schwangerschaftswoche plus 6 Tage integriert mütterliche Risikofaktoren, den uterinen Pulsatilitätsindex (UtA-PI) sowie biochemische Marker wie PlGF. Zusätzlich hat sich der sFlt-1/PlGF-Quotient als verlässlicher Biomarker etabliert: Ein Wert kleiner oder gleich 38 schließt eine manifeste PE in der Folgewoche mit einem negativen prädiktiven Wert von über 99 Prozent aus. Auch die Erforschung zirkulierender MicroRNAs liefert vielversprechende Ansätze für eine noch frühere Diagnostik. Therapeutisch hat



Foto: Adobe Stock/Evrymmnt

sich die prophylaktische Gabe von 150 Milligramm ASS täglich vor der 16. SSW in Hochrisikokollektiven als effektiv erwiesen: Die ASPRE-Studie dokumentierte eine Reduktion der Präeklampsierate um über 90 Prozent bei frühem Beginn.

Auch die globale Frühgeburtenrate steigt leicht an – von geschätzten 9,8 Prozent im Jahr 2000 auf etwa 10,6 Prozent im Jahr 2014. Ursachen sind multifaktoriell und reichen von intrauterinen Infektionen über Mehrlingsschwangerschaften bis zu sozialer Belastung. Ein weiteres wachsendes Problem ist der Einfluss von Umweltfaktoren: Klimawandel, Luftverschmutzung und Hitzewellen zeigen in Studien signifikante Assoziationen mit erhöhtem Risiko für Präeklampsie, Frühgeburt, GDM und niedrigem Geburtsgewicht.

Präventive Strategien, Risikoabschätzung und Verbesserung der pränatalen Versorgung sind essentiell

Trotz dieser Herausforderungen gibt es auch positive Entwicklungen: Die weltweite Müttersterblichkeit sank zwischen 2000 und 2020 um 34 Prozent, hauptsächlich durch verbesserte Notfallversorgung und geburtshilfliche Strukturformen. In vielen Ländern hat die flächendeckende Einführung von Screening-Programmen gegen Gruppe-B-Streptokokken mit nachfolgender Antibiotikaphylaxe die neonatale Mortalität deutlich gesenkt. Die verpflichtende Anreicherung von Lebensmitteln mit Folsäure in Ländern wie den USA und Kanada führte zu einem Rückgang der Neuralrohrdefekte

um bis zu 46 Prozent. Auch die globale Totgeburtenrate ist rückläufig – von 2,9 Millionen im Jahr 2000 auf 1,9 Millionen im Jahr 2021, ein Rückgang um 35 Prozent. Diese Entwicklungen verdeutlichen, wie essenziell präventive Strategien, personalisierte Risikoabschätzung und eine weltweite Verbesserung der pränatalen Versorgung sind, um die Gesundheit von Mutter und Kind nachhaltig zu fördern.

In der deutschen Geburtshilfe hat sich die Medizintechnik in den vergangenen Jahren substantiell weiterentwickelt und leistet einen entscheidenden Beitrag zur verbesserten maternalen und fetalen Versorgung. Besonders markant sind Fortschritte in der pränatalen Diagnostik, in der Anwendung künstlicher Intelligenz (KI) im Ultraschall sowie in der Telemedizin.

Paradigmenwechsel im Bereich der nicht-invasiven Pränataldiagnostik

Ein Paradigmenwechsel vollzieht sich im Bereich der nicht-invasiven Pränataldiagnostik (NIPT). Der zellfreie fetale DNA-Test (cfDNA-Test) aus maternalem peripherem Blut wird zunehmend als integraler Bestandteil des pränataldiagnostischen Algorithmus verstanden. Bei einer Detektionsrate von mehr als 99 Prozent und einer falsch-positiven Rate weniger als 0,5 Prozent für Trisomie 21 stellt die NIPT eine hochsensitive und -spezifische Methode dar, die invasive Verfahren wie Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie in vielen Fällen überflüssig macht. In Deutschland ist die NIPT seit 2022 unter bestimmten Bedingungen GKV-Leistung, was die flächendeckende Implementierung erleichtert. Die Einbettung in ein qualitätsgesichertes Beratungskonzept bleibt jedoch essenziell – nicht zuletzt, um falsch-positive Befunde und ethisch sensitive Entscheidungsprozesse adäquat aufzufangen.

Zunehmend wird NIPT auch zur individualisierten Risikostratifizierung genutzt. Kombiniert mit dem erweiterten Ersttrimester-Screening (unter anderem PAPP-A, β -hCG, NT-Messung) lässt sich die Detektionsrate für Aneuploidien sowie strukturelle und plazentare Pathologien deutlich steigern. Eine besondere Rolle spielt dabei die frühzeitige Identifikation von Hochrisikopatientinnen für Präeklampsie, intrauterine Wachstumsrestriktion (IUGR) oder Frühgeburtlichkeit. So

erlaubt die Kombination von mütterlichen Risikofaktoren mit biophysikalischen (UtA-PI) und biochemischen Parametern (PIGF) eine prädiktive Risikoeinschätzung, die durch die prophylaktische Gabe von ASS die Inzidenz schwerer Präeklampsie um bis zu 90 Prozent reduzieren kann.

KI-gestützte Ultraschallsysteme ermöglichen automatisierte Erkennung und Vermessung fetaler Organe

Parallel dazu ermöglichen KI-gestützte Ultraschallsysteme eine automatisierte Erkennung und Vermessung fetaler Organe und biometrischer Parameter. Dies reduziert Interobserver-Variabilität, verbessert die Bildqualität auch bei suboptimalen Bedingungen und trägt zur Standardisierung der Untersuchung bei – insbesondere in der Feindiagnostik oder bei strukturierten Screenings in der Perinatalmedizin.

Telemedizinische Lösungen spielen eine wachsende Rolle in der Schwangerenbetreuung. Mobile CTG-Systeme, tragbare Doppler-Geräte oder smarte Wearables zur Erfassung von Vitalparametern ermöglichen eine dezentrale Überwachung – etwa bei Patientinnen mit hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen, Gestationsdiabetes oder Anzeichen für vorzeitige Wehentätigkeit. Unterstützt durch strukturierte Videosprechstunden und standardisierte Dokumentationssysteme kann eine engmaschige Betreuung auch außerhalb spezialisierter Zentren gewährleistet werden.

Digitale Tools stärken das Selbstmanagement und eine präzisere Anamnese

Nicht zuletzt stärken digitale Tools das Selbstmanagement und die Compliance der Patientinnen: Smartphone-Apps zur Dokumentation von Kindsbewegungen, Gewichtsentwicklung oder Blutdruckverläufen sind längst Teil einer modernen Versorgungsrealität und ermöglichen zudem eine präzisere Anamnese sowie Verlaufskontrolle durch das ärztliche Team.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass moderne Medizintechnik in der Geburtshilfe nicht nur zur Diagnostikoptimierung beiträgt, sondern auch neue Versorgungsmodelle ermöglicht. Die Integration dieser Technologien erfordert allerdings eine strukturierte Schulung, klare indikationsbezogene Anwendungskriterien und eine ethisch fundierte Kommunikation mit den Patientinnen.

Nachuntersuchung im Wochenbett von besonderer Bedeutung

Die Zeit nach der Geburt ist geprägt durch die tiefe emotionale Bindung zwischen Säugling und Mutter. Besonders belastend für die Mutter ist die umfassende Inanspruchnahme durch das Neugeborene (24/7 im eigentlichen Sinne) verbunden mit den körperlich-physiologischen Umstellungsprozessen nach der Geburt. Zeitlich setzt man für die Rückbildung der Gebärmutter und die Wundheilung der eigent-

lichen Geburtsverletzungen etwa sechs Wochen an. In der Regel findet die Nachuntersuchung der Wöchnerin zwischen der sechsten und achten Woche nach der Geburt statt. Insbesondere die Traumatisierung der Beckenbodenmuskulatur ist dann aber noch lange nicht ausgeheilt, hier rechnet man mit etwa einem halben Jahr, ein ähnlicher Zeitraum wird benötigt für die hormonelle Umstellung, natürlich in Abhängigkeit von der Intensität des Stillens. Besondere Bedeutung erlangt die postpartale Untersuchung, weil hier eventuell notwendige supportive oder therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden müssen, um eine restitutio ad integrum zu gewährleisten. Hier ist vor allem an eine für circa 30 Prozent der Wöchnerinnen indizierte Pessartherapie zu denken, sowie verschiedene physiotherapeutische beziehungsweise elektrophysiologische Verfahren.

Daneben ist das Thema Kontrazeption bei der postpartalen Untersuchung von Bedeutung, wobei stillfreundliche, sichere, risikoarme Verfahren zu bevorzugen sind (levonorgestrelhaltige Implantate, Spiralen und andere östrogenfreie Varianten).

Literatur beim Autor

Autor



*Dr. Eckhard Kiefer
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Zusatz-Weiterbildung Naturheilverfahren
Zusatz-Weiterbildung medikamentöse Tumortherapie
Praxisinhaber Die Gyn-Praxis*

*Standorte: Alzey, Bad Kreuznach, Mainz-Gonsenheim,
Mainz-Zentrum, Mainz-Kostheim, Lampertheim,
Zytologisches Einsendelabor*

Foto: Vario Alexander Claus e.K.