

Gesunder Start ins Leben

Schwangerschaft – Geburt – erstes Lebensjahr



Analysen zur Versorgungssituation
im Rheinland und in Hamburg

2018



Impressum

Gesunder Start ins Leben. Schwangerschaft – Geburt – erstes Lebensjahr.
Analysen zur Versorgungssituation im Rheinland und in Hamburg
Herausgegeben von der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf, Tel. 0211/8791-0, Internet: www.aok.de/rh
Redaktion: Stabsbereich Politik – Gesundheitsökonomie – Presse
Christoph J. Rupprecht, Olga Dortmann, Petra Fuhrmann, Dr. Volquart Stoy
E-Mail: gesundheitspolitik@rh.aok.de
Gestaltung: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
10178 Berlin, Rosenthaler Straße 31
Druck: ALBERSDRUCK GmbH & Co. KG, Düsseldorf
Gesamtverantwortung: AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

© AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung – auch auszugsweise – nicht gestattet.

Vorwort

Die Geburt eines Kindes bedeutet für die Familien in den allermeisten Fällen großes Glück und Freude: ein neuer Anfang, der viele Veränderungen mit sich bringt. Die Erfahrungen, die Frauen und Familien während der Schwangerschaft und in den ersten Lebensmonaten machen, prägen ihr Leben und das der Kinder nachhaltig. Uns ist es ein wichtiges Anliegen, Familien in dieser besonderen Zeit zu unterstützen.

Der vorliegende Bericht bietet umfangreiche Informationen, Daten und Analysen rund um Schwangerschaft, Geburt und das erste Lebensjahr des Kindes. Die Schwangerschaft ist per se keine Erkrankung, aber sicher eine ereignisreiche Zeit. Eine individuelle Begleitung der Frau durch eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen und eine Hebamme ist deshalb besonders wichtig.

Auch nach der Geburt stehen Hebammen den jungen Familien bei allen Fragen zur Seite und unterstützen sie in den ersten Lebenswochen des Neugeborenen. Sie können ganz individuell auf die Bedürfnisse der Familien eingehen, beim Stillen beraten und den Eltern die anfängliche Unsicherheit nehmen. Gerade bei der Hebammenversorgung zeigt dieser Datenreport, dass viele Familien nicht erreicht werden können und dass die Inanspruchnahme in hohem Maße von der sozialen Lage abhängt.

Dieser Bericht soll Orientierungshilfe sein, Anhaltspunkte geben und den gesundheitspolitischen Diskurs anregen, um die Begleitung und Versorgung von Mutter, Kind und der ganzen Familie zu verbessern – für einen gesunden Start ins Leben. Für weitergehende Analysen und vertiefende Gespräche stehen wir gerne zur Verfügung.

Düsseldorf, März 2018



Günter Wältermann

Die Geburt eines Kindes ist ein neuer Anfang, der viele Veränderungen mit sich bringt.



Inhalt

Kernthesen 3

Einleitung 6

1 Schwangerschaft 9

Schwangerschaftsrisiken und Risikoschwangerschaften 10

Vorsorgeuntersuchungen 14

Pränatale Gendiagnostik 16

Künstliche Befruchtung 18

2 Hebammenversorgung 21

Ambulant tätige Hebammen 22

Stationär tätige Hebammen 28

3 Stationäre Geburtshilfe 31

Erreichbarkeit der stationären Geburtshilfe 32

Versorgung von Frühgeborenen 36

Qualität in der stationären Geburtshilfe 38

Kaiserschnitt 41

4 Gesundheit im ersten Lebensjahr 47

Stillverhalten 48

Früherkennungsuntersuchungen und Impfschutz 49

Erkrankungen im ersten Lebensjahr 53

Aufwachsen in der Familie 55

Armut – ein Gesundheitsrisiko 56

Datengrundlage 58

Abbildungsverzeichnis 59

In Deutschland werden wieder mehr Kinder geboren – das ist eine erfreuliche Entwicklung. Im Jahr 2016 kamen 792.000 Babys zur Welt. Die Anzahl der Neugeborenen stieg über das Niveau der Jahrtausendwende. Der vorliegende Report „Gesunder Start ins Leben“ der AOK Rheinland/Hamburg widmet sich diesem Thema und bietet umfangreiche Informationen, Daten und Analysen rund um die Schwangerschaft, die Geburt und das erste Lebensjahr des Kindes.

Risiken in der Schwangerschaft

- Schwangerschaft ist keine Krankheit. Frauen sind in dieser Zeit aber schutzbedürftig und ziehen einen Nutzen aus einer kontinuierlichen Begleitung.
- Drei Ultraschalluntersuchungen sind im Rahmen der Vorsorge vorgesehen. Bei 43,6 Prozent der Schwangeren wurden mehr Ultraschalluntersuchungen durchgeführt.
- Bei rund 73 Prozent aller werdenden Mütter bestehen Schwangerschaftsrisiken wie familiäre Vorerkrankungen oder Allergien.
- Die Diagnose eines Schwangerschaftsrisikos bedeutet nicht automatisch, dass es sich um eine Risikoschwangerschaft handelt. Diese Entscheidung trifft der Frauenarzt oder die Frauenärztin individuell. Im Jahr 2016 stuften Ärzte jede dritte Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft ein – ein Anstieg um acht Prozentpunkte im Vergleich zum Jahr 2004.
- 6,5 Prozent aller Schwangeren in Nordrhein-Westfalen und Hamburg waren 2016 laut Mutterpass an Schwangerschaftsdiabetes erkrankt. Abrechnungsdaten legen nahe, dass die tatsächliche Erkrankungsrate deutlich höher liegen dürfte.
- Von den schwangeren Frauen, die bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert waren, wurde im Jahr 2016 bei 18,6 Prozent ein Schwangerschaftsdiabetes diagnostiziert. Eine verlässliche Erkennung und Dokumentation der Erkrankung ist wichtig – nur so kann eine bedarfsgerechte Versorgung während der Schwangerschaft beziehungsweise die notwendige Betreuung in einem Perinatalzentrum gewährleistet werden.

- Das Risiko für einen Schwangerschaftsdiabetes steigt mit zunehmendem Alter der Mutter an. Während bei acht Prozent der bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherten Mütter im Alter von unter 20 Jahren ein Gestationsdiabetes erkannt wurde, lag der Anteil bei den über 40-Jährigen bei mehr als 30 Prozent.

Schwangerschaftsvorsorge

- Die Schwangerschaftsvorsorge ist in Deutschland sehr stark auf die fachärztliche Versorgung zentriert. Lediglich jede neunte Schwangere hat ihre Hebamme für Vorsorgeuntersuchungen aufgesucht – fast ausschließlich ergänzend zur Vorsorge durch die Frauenärztin oder den Frauenarzt. Die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen Facharzt und Hebamme sind zu verbessern.

Pränatale Gendiagnostik

- Etwa 15 Prozent der Schwangeren haben sich 2016 dazu entschieden, das Erbgut des Fötus mittels pränataler Gendiagnostik untersuchen zu lassen. 90 Prozent der Frauen entschieden sich für das nicht invasive Verfahren. In Hamburg lassen deutlich mehr Frauen einen Test durchführen als in Nordrhein-Westfalen (HH: 22,3 Prozent, NRW: 13,4 Prozent). Im Vergleich zu 2015 ist der Anteil der Frauen, die pränatale Gendiagnostik nutzen, in Hamburg um knapp neun und in Nordrhein-Westfalen um gut drei Prozentpunkte angestiegen.
- Die modernen Möglichkeiten der pränatalen Gendiagnostik bedürfen einer breiten ethischen Debatte in der Gesellschaft.

Hebammenversorgung

- Im Rheinland waren in den Jahren 2014 bis 2016 etwa 2.200 Hebammen ambulant tätig, in Hamburg knapp 500. Rein rechnerisch kommen 40 neugeborene Kinder auf eine Hebamme.
- In der Hebammenversorgung bestehen deutliche regionale Unterschiede. Im Rheinisch-Bergischen Kreis sind beispielsweise – umgerechnet auf die Anzahl der Neugeborenen – dreieinhalbmal so viele ambulante Hebammen tätig wie in Mönchengladbach oder Oberhausen.
- Laut Abrechnungsdaten haben im Jahr 2016 15 Prozent der Schwangeren vor der Entbindung an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen. Nur zwölf Prozent der Mütter besuchten einen Rückbildungskurs.
- Jede zweite Schwangere wurde im Jahr 2016 im Wochenbett durch regelmäßige Besuche einer Hebamme begleitet, zwei Jahre zuvor waren es mehr als 60 Prozent.
- Schwangere Frauen und junge Mütter müssen besser über Angebote von Hebammen wie Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse informiert werden, damit sie sich optimal auf die Geburt und die Zeit danach vorbereiten können. Diese Aufgaben sollten insbesondere Gynäkologen und Geburtskliniken wahrnehmen.
- Für viele Frauen gestaltet sich die Suche nach einer geeigneten Hebamme zeitaufwendig und langwierig. Häufig fehlt in den Geburtskliniken qualifiziertes Personal. Eine Situation, die sich angesichts der steigenden Geburtszahlen noch verschärfen könnte. Hier besteht Handlungsbedarf. Der Beruf der Hebamme ist von zentraler Bedeutung in der Gesundheitsversorgung.
- Ein Bündel verschiedener Maßnahmen ist nötig, um die Arbeit in der Geburtshilfe wieder attraktiver zu machen und dafür zu sorgen, dass mehr junge Menschen diesen Beruf ergreifen und ausgebildete Hebammen ihrem Beruf mit Begeisterung nachgehen können.
- Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation einer Schwangeren und der Hebammenversorgung. So nutzen Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II Hebammenleistungen deutlich seltener als Beschäftigte.

- Über alle Kreise des Rheinlands und Hamburg hinweg zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen der Sozialstruktur und der Hebammenversorgung.
- Familienhebammen sind ein geeignetes aufsuchendes Unterstützungsangebot für Familien mit erhöhtem Hilfebedarf. Dieses kommunale Angebot sollte gestärkt werden.

Geburtskliniken und Perinatalzentren

- Weniger als die Hälfte der Geburtskliniken beschäftigen die empfohlene Anzahl an Hebammen. Geburtskliniken müssen über genügend qualifiziertes Personal verfügen, um durchgängig eine individuelle Begleitung während der Geburt gewährleisten zu können. Vorübergehende Schließungen von Geburtsstationen wegen Personalengpässen verunsichern werdende Mütter.
- Die Erreichbarkeit der Geburtskliniken im Rheinland und in Hamburg ist insgesamt gut. Weniger als ein Prozent der schwangeren Frauen hatte eine Fahrzeit zur nächstgelegenen Klinik von mehr als 30 Minuten.
- Die Anreisezeit zur Geburtsklinik ist für viele Frauen allerdings nicht das entscheidende Kriterium. Mehr als 40 Prozent aller Schwangeren im Rheinland suchen nicht die nächstgelegene Geburtsklinik auf.
- Frauen, bei denen von einer Risikogeburt ausgegangen wird, werden in der Regel in Perinatalzentren geburts-hilflich betreut.
Wissenschaftliche Studien zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen den Fallzahlen und der Qualität der Behandlung gibt. Mit dem Krankenhausplan 2015 wollte das Land Nordrhein-Westfalen die Versorgung von Risikoschwangeren stärker zentralisieren. Leider wurde dieses Ziel nicht entsprechend umgesetzt.
- Im Jahr 2016 starben bundesweit 3,4 Säuglinge pro 1.000 Lebendgeborene vor Erreichen ihres ersten Geburtstages. In Nordrhein-Westfalen lag die Säuglingssterblichkeit 2016 bei 4,1 Kindern pro 1.000 Lebendgeborene. Diese Raten sind im europäischen Vergleich recht hoch. In Finnland sterben 1,7 Kinder je 1.000 Lebendgeborene, in Norwegen 2,3 und in Schweden 2,5. Hier besteht Handlungsbedarf.

Entbindung per Kaiserschnitt

- Die Kaiserschnitttrate ist seit 1991 stetig angestiegen und hat sich etwa seit 2010 auf einem hohen Niveau stabilisiert. In den Geburtskliniken im Rheinland und in Hamburg erfolgte im Jahr 2015 jede dritte Geburt per Kaiserschnitt.
- In den ostdeutschen Bundesländern liegt die Kaiserschnitttrate generell unter dem Bundesdurchschnitt – am deutlichsten in Sachsen. Dort kamen 24,3 Prozent der Neugeborenen per Kaiserschnitt zur Welt
- Die Wahrscheinlichkeit für eine Entbindung per Kaiserschnitt ist regional sehr unterschiedlich. In den Geburtskliniken im Kreis Aachen und den Städten Krefeld, Duisburg und Essen liegt die Kaiserschnitttrate über zehn Prozentpunkte höher als in den Kliniken der Städte Mülheim an der Ruhr und Mönchengladbach sowie des Kreises Euskirchen.
- Nur bei wenigen Indikationen ist ein Kaiserschnitt medizinisch erforderlich. Kaiserschnittentbindungen sind immer mit Risiken für Mutter und Kind verbunden. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt muss die geburtsmedizinischen Risiken für Mutter und Kind im Einzelfall abwägen. Dieser Ermessensspielraum wurde lange Zeit vermehrt für eine Entscheidung für einen Kaiserschnitt genutzt. Inzwischen ist ein Umdenken zu erkennen – die Kaiserschnitttraten gehen bei vielen Geburtrisiken wieder zurück.
- Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist der Anteil der Kaiserschnittentbindungen in Deutschland mit 30,5 Prozent überdurchschnittlich hoch. In Finnland lag er im Jahr 2015 bei gerade einmal 15,5 Prozent, in Norwegen bei 16,1 Prozent und in Schweden bei 17,3 Prozent.

Stillen

- Der Großteil der Säuglinge wird anfänglich gestillt, aber nur ein Drittel der Mütter stillt (wie empfohlen) mindestens vier Monate lang ausschließlich, ohne weitere Flüssigkeiten oder Beikost zuzufüttern.
- Mütter mit einem niedrigeren Bildungsabschluss stillen ihre Kinder seltener und kürzer als Mütter mit einem höheren Bildungsabschluss. Das zeigt auf, wie oben bereits angedeutet, dass Mütter mit einem niedrigeren Bildungsabschluss von einer Hebammenbegleitung besonders profitieren würden.

Früherkennung und Impfen

- Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist durchgängig hoch. Für etwa 95 Prozent der Kinder wurden sie in Anspruch genommen.
- Die grundsätzliche Bereitschaft zum Impfen ist hoch. Mehr als 95 Prozent der Kinder haben im ersten Lebensjahr mindestens eine Impfung gegen die meisten Krankheiten erhalten. Jedoch wurde nur bei einem Drittel der Kinder die Grundimmunisierung abgeschlossen. Um zu erreichen, dass mehr Kinder im dafür vorgesehenen Zeitraum alle Impfungen erhalten, könnten zum Beispiel Kinderärzte junge Eltern an die Impftermine erinnern.

Elterngeld

- Die Betreuung im ersten Lebensjahr erfolgt in den meisten Familien durch die Frau. 28,8 Prozent aller Väter im Rheinland und in Hamburg nutzen das Angebot des Elterngeldes, davon allerdings über 70 Prozent für maximal zwei Monate – die Mindestdauer.

Einleitung

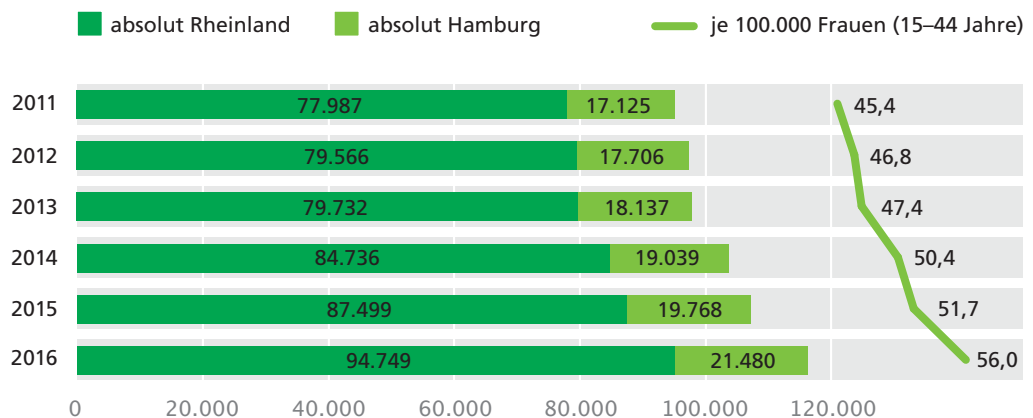
Frauen in Deutschland bekommen wieder mehr Kinder – eine positive Entwicklung. Im Jahr 2016 kamen 792.000 Babys zur Welt. Damit stieg die Anzahl der Neugeborenen über das Niveau der Jahrtausendwende.

Im Rheinland ist die Anzahl der Lebendgeborenen seit 2011 um über zwölf Prozent gestiegen, in Hamburg sogar um rund 15 Prozent (Abbildung 1). Dabei liegt die Geburtenrate in einigen Kreisen des Rheinlands höher als in anderen (Abbildung 2).

Eltern und junge Familien benötigen Unterstützung – vor, bei und nach der Geburt. Dazu gehört auch eine optimale Gesundheitsversorgung. Die gesetzliche Krankenversicherung bietet vielfältige Leistungen, um Frauen gut zu betreuen und den Neugeborenen einen guten und gesunden Start ins Leben zu ermöglichen.

Werden diese Leistungen genutzt? Gibt es Entwicklungen, Auffälligkeiten oder Versorgungslücken? Wie ist der Gesundheitszustand von Müttern und Kindern? Diesen Fragen widmet sich der vorliegende Themenreport. Er präsentiert umfangreiche Auswertungen zur Versorgungssituation im Rheinland und in Hamburg während der Schwangerschaft, der Geburt und im ersten Lebensjahr.

Abbildung 1 Anzahl der Lebendgeborenen im Rheinland und in Hamburg, 2011–2016



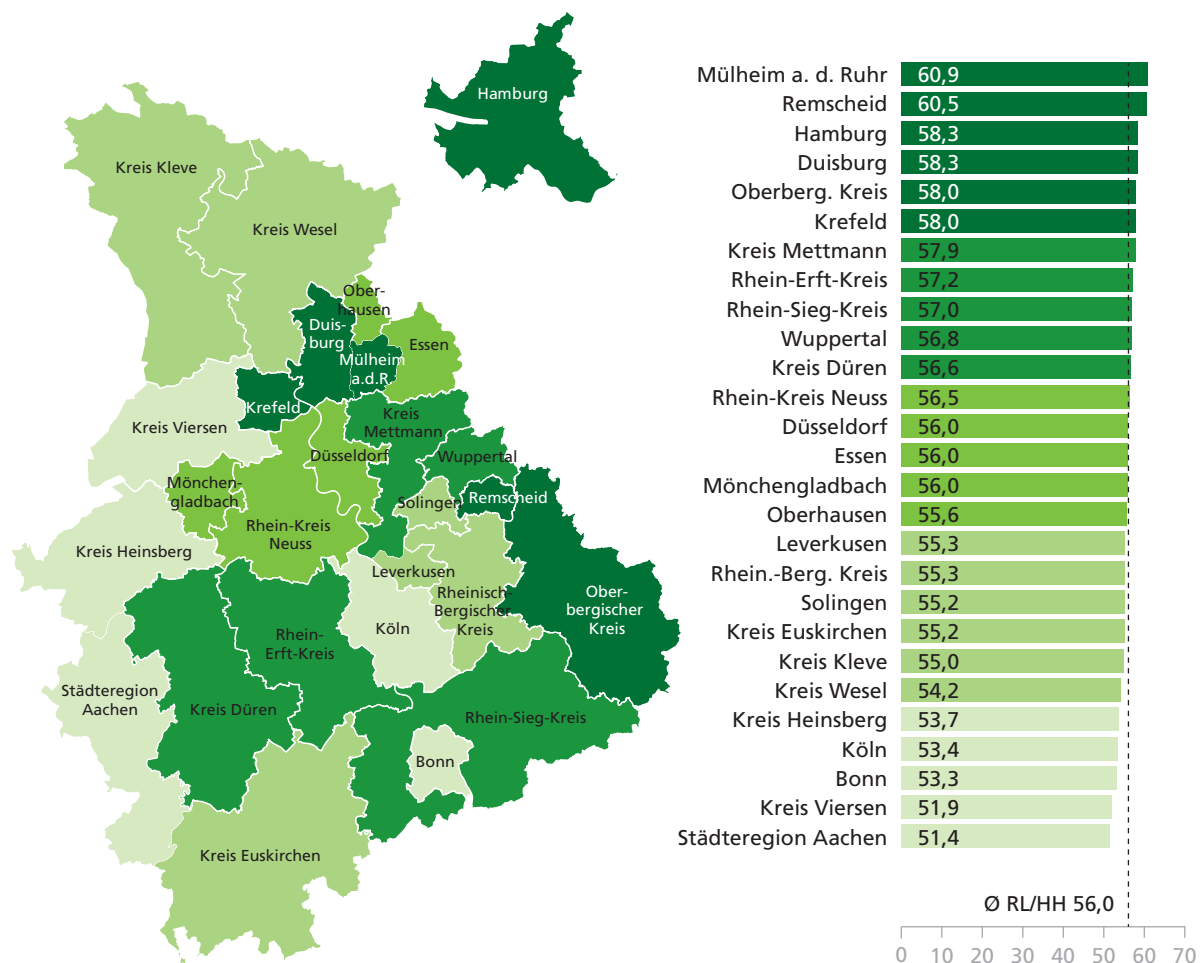
Quelle: IT.NRW und Statistik Nord

Schwangerschaft ist keine Erkrankung. Dennoch ist eine kontinuierliche Begleitung der werdenden Mütter wichtig. Durch Vorsorgeuntersuchungen sollen Risiken frühzeitig erkannt und möglichen Komplikationen soll vorgebeugt werden. Das erste Kapitel des vorliegenden Reports betrachtet die medizinische Versorgung während der Schwangerschaft.

Abbildung 2 Lebendgeborene je 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren*, 2016

Klassengrenzen

■ $\geq 51,3\%$ – $< 54,0\%$
 ■ $\geq 54,0\%$ – $< 55,4\%$
 ■ $\geq 55,4\%$ – $< 56,5\%$
 ■ $\geq 56,5\%$ – $< 58,0\%$
 ■ $\geq 58,0\%$ – $< 61,0\%$



* Bevölkerungsstand vom 31.12.2015. Bevölkerungsfortschreibung für 2016 lag noch nicht vor.
 Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von IT.NRW und Statistik Nord

Im zweiten Kapitel wird die Betreuung von Schwangeren und jungen Familien durch Hebammen dargestellt. Die Kenntnisse über die Versorgungssituation mit Hebammenleistungen sind lückenhaft, da ambulant tätige Hebammen nicht in der amtlichen Statistik erfasst werden. Diese Lücke können die Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen teilweise schließen. Sie sind die derzeit zuverlässigste Datenquelle in Bezug auf Anzahl und Leistungserbringung von Hebammen.¹ Insbesondere die Daten der AOK können – aufgrund ihres regional verhältnismäßig hohen Versichertenanteils – wertvolle Erkenntnisse liefern.

Über 98 Prozent aller Frauen entscheiden sich für eine Geburt in einer Geburtsklinik. Daher ist eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige Geburtshilfe von großer Bedeutung. Das dritte Kapitel behandelt die Strukturen der stationären Geburtshilfe. Auch der Anteil der Entbindungen per Kaiserschnitt wird in diesem Kapitel betrachtet.

Die Gesundheit im ersten Lebensjahr wird im vierten Kapitel behandelt. Wichtige Themen in diesem Zusammenhang sind die Stilldauer, Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen sowie die Erkrankungen der Kinder in den ersten zwölf Monaten nach der Geburt.

Einzelne Themen werden in kurzen Beiträgen von Expertinnen und Experten aus Praxis und Forschung eingeordnet und bewertet.

¹ IGES 2012: Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.

1

Schwangerschaft

Schwangerschaft – (k)ein medizinisches Risiko

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet schwangeren Frauen ein umfangreiches Versorgungsangebot. Während der Schwangerschaft soll eine kontinuierliche Begleitung durch die Frauenärztin beziehungsweise den Frauenarzt und die betreuende Hebamme erfolgen. Die Untersuchungen finden im Allgemeinen im Abstand von vier Wochen statt – in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten im Abstand von zwei Wochen. In jedem Schwangerschaftsdrittel ist zudem eine Ultraschalluntersuchung vorgesehen. Die medizinischen Vorsorgeuntersuchungen sind sinnvoll, um den Schwangerschaftsverlauf zu beobachten, Risiken frühzeitig zu erkennen und mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind abzuwenden.

Schwangerschaftsrisiken und Risikoschwangerschaften

Als Schwangerschaftsrisiken gelten Indikationen, bei denen das Risiko von Komplikationen während der Schwangerschaft statistisch erhöht ist. Um Komplikationen zu vermeiden, ist in diesen Fällen oftmals eine intensivere ärztliche Begleitung notwendig. Die Krankenkassen übernehmen bei Feststellung einer Risikoschwangerschaft daher zusätzliche Vorsorgeleistungen.

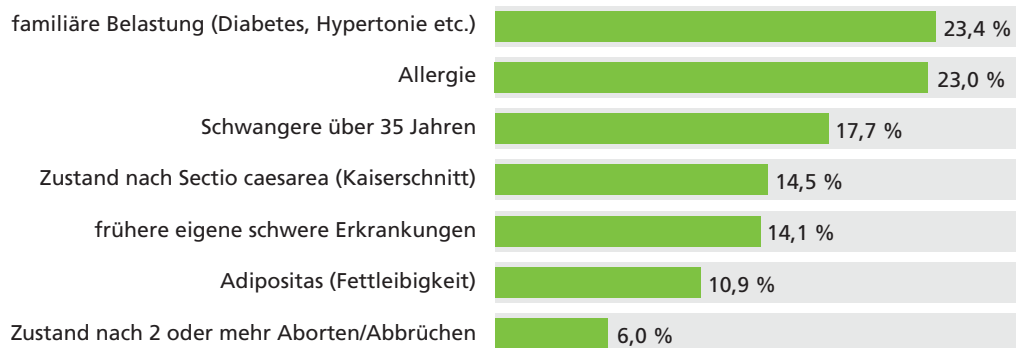
Die relevanten Schwangerschaftsrisiken sind in den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses definiert. Einige Risiken ergeben sich aus der Krankengeschichte der Schwangeren („anamnestische Risiken“), andere gehen mit der aktuellen Schwangerschaft einher.

Im Jahr 2016 wurde in Nordrhein-Westfalen und Hamburg bei 73,4 Prozent aller werdenden Mütter bei der Anamnese mindestens ein Schwangerschaftsrisiko dokumentiert. Abbildung 3 zeigt die am häufigsten dokumentierten Risiken. In 27,3 Prozent der Fälle wurde zudem ein Risiko festgestellt, das mit der aktuellen Schwangerschaft einherging. Die häufigsten Einzelrisiken sind in Abbildung 4 dargestellt.

73,4%
der werdenden Mütter
hatten 2016 mindestens ein Schwangerschaftsrisiko.

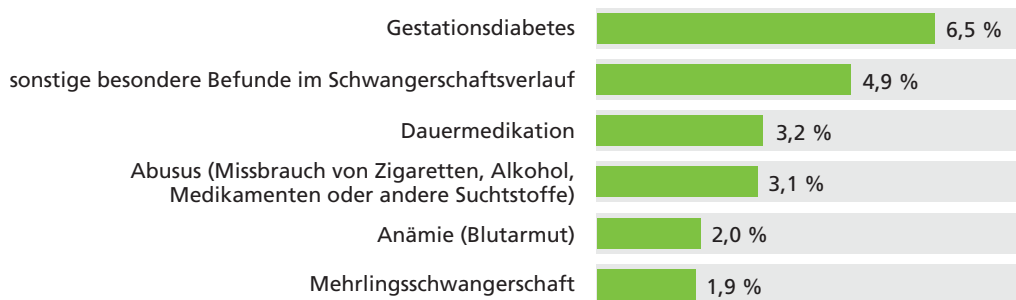


**Abbildung 3 Anamnestische Schwangerschaftsrisiken,
Anteil an allen Geburten in Nordrhein-Westfalen und Hamburg, 2016**



Quelle: EQS-Hamburg 2017, Geschäftsstelle QS-Nordrhein-Westfalen 2017

**Abbildung 4 Befundete Schwangerschaftsrisiken,
Anteil an allen Geburten in Nordrhein-Westfalen und Hamburg, 2016**



Quelle: EQS-Hamburg 2017, Geschäftsstelle QS-Nordrhein-Westfalen 2017

Der Schwangerschaftsdiabetes (oder auch Gestationsdiabetes) ist das am häufigsten ärztlich festgestellte Schwangerschaftsrisiko. Hierbei handelt es sich um eine erstmals in der Schwangerschaft diagnostizierte Glukosetoleranzstörung, die unterhalb der Grenzen eines manifesten Diabetes liegt. Bei den meisten Frauen verschwindet der Gestationsdiabetes nach Ende der Schwangerschaft wieder; sie haben aber ein erhöhtes Risiko, im späteren Leben einen manifesten Diabetes zu entwickeln.

Mit einem Gestationsdiabetes ist ein erhöhtes Risiko für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen verbunden. Um diese Risiken zu minimieren, muss ein Schwangerschaftsdiabetes unbedingt erkannt und behandelt werden. Seit 2013 besteht im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ein Screeningangebot auf Gestationsdiabetes für alle Schwangeren. Bei drei Viertel der Frauen, die im Jahr 2016 entbunden haben, wurde ein Vortest auf Schwangerschaftsdiabetes durchgeführt (Nordrhein-Westfalen 74,7 Prozent, Hamburg 76,5 Prozent).

6,5 Prozent aller Schwangeren in Nordrhein-Westfalen und Hamburg hatten 2016 laut Mutterpass einen Schwangerschaftsdiabetes. Internationale Schätzungen legen nahe, dass dieser dokumentierte Wert deutlich niedriger ist als der tatsächliche Anteil.¹ Aus den Abrechnungsdaten der AOK Rheinland/Hamburg geht hervor, dass bei 18,6 Prozent der Versicherten im Jahr 2016 ein Schwangerschaftsdiabetes diagnostiziert wurde. Das Risiko steigt mit zunehmendem Alter der Mutter an. Während bei acht Prozent der Mütter im Alter von unter

Statement

Risiko Gestationsdiabetes: Mehr Forschung nötig

Die Schätzungen zur Prävalenz des Gestationsdiabetes variieren stark. In der internationalen HAPO-Studie (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome) ohne deutsche Beteiligung bestand eine Prävalenz von 9,3 bis 25,5 Prozent. Gemäß der Daten der Qualitätssicherung Geburtshilfe liegt die Rate bundesweit bei 5,38 Prozent, in Nordrhein-Westfalen bei 6,5 Prozent. Im Vergleich hierzu ist die Rate der AOK von 18,6 Prozent sehr hoch, im internationalen Vergleich aber nicht.

Wie kommen diese Unterschiede zustande? Die Daten der Qualitäts-

sicherung Geburtshilfe stammen aus den Angaben der Mutterpässe und werden zum Zweck der Qualitätssicherung in den Krankenhäusern erhoben. Die

Eintragungen bezüglich des Gestationsdiabetes sind sehr lückenhaft, sodass von einem deutlichen „Underreporting“ auszugehen ist. Die von der AOK Rheinland/Hamburg erhobenen Daten stammen aus den Diagnosekodierungen der ambulanten Versorgung. In der bundesweiten Auswertung haben Melchior et. al. 2017² eine Prävalenzrate für den Gestationsdiabetes von 13 Prozent ermittelt. Weitere Forschung ist dringend nötig.



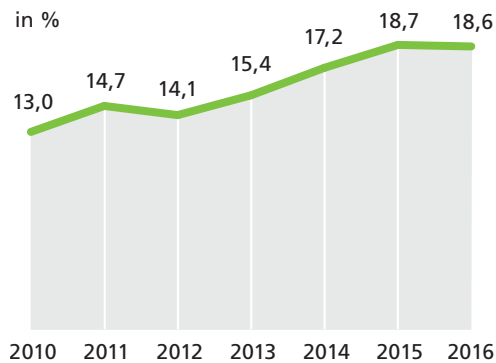
Dr. Matthias Kaltheuner ist niedergelassener Diabetologe und Mitglied im Vorstand der Deutschen Diabetes-Gesellschaft.

¹ The HAPO Study Cooperative Research Group: Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. N Engl J Med 2008;358:1991-2002.

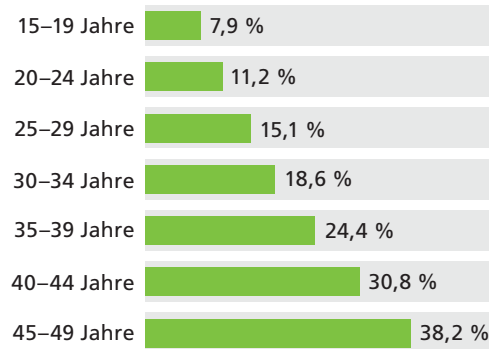
² Melchior et al. 2017: Prävalenz des Gestationsdiabetes. In: Deutsches Ärzteblatt 114:24, S. 412-418.

Abbildung 5 Prävalenzraten des Gestationsdiabetes

Entwicklung 2010–2016

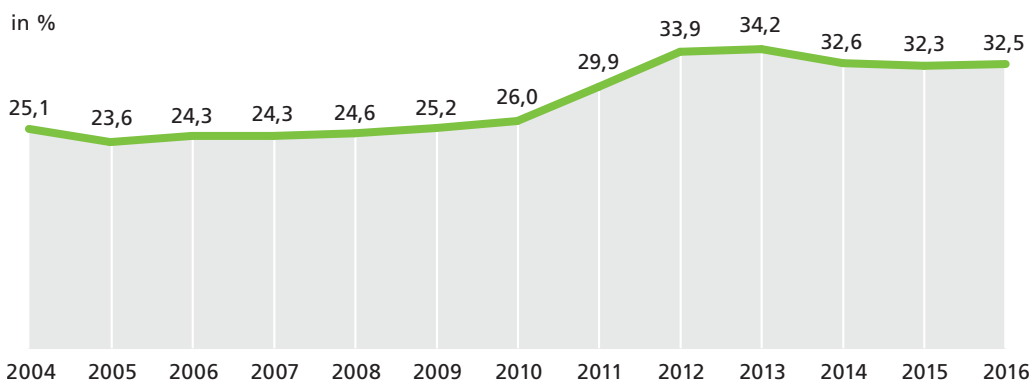


altersspezifische Prävalenzraten, 2016



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 6 Schwangerschaft im Mutterpass als Risikoschwangerschaft dokumentiert, Anteil an allen Geburten, Nordrhein-Westfalen, 2004–2016



Quelle: Geschäftsstelle QS-Nordrhein-Westfalen

20 Jahren ein Gestationsdiabetes erkannt wurde, lag der Anteil bei den Frauen über 40 bei über 30 Prozent (Abbildung 5).

Schwangerschaften, bei denen ein Risiko festgestellt wird, gelten nicht automatisch als Risikoschwangerschaften – vielmehr entscheidet die Frauenärztin oder der Frauenarzt individuell, ob eine intensivere ärztliche Begleitung notwendig ist. In Hamburg und Nordrhein-Westfalen wurde 2016 jede dritte Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft eingestuft. Dieser Wert ist seit 2004 um acht Prozentpunkte gestiegen (Abbildung 6).

Vorsorgeuntersuchungen

Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen durch eine Frauenärztin, einen Frauenarzt oder die Hebamme sind wichtig, um Schwangerschaftsrisiken zu erkennen und ihnen frühzeitig begegnen zu können. Nahezu alle werdenden Mütter nehmen diese Leistung in Anspruch. Im Jahr 2016 lag dieser Anteil bei den Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg bei 97,5 Prozent.

Die Mutterschafts-Richtlinien sehen bei Schwangerschaften ohne Risiko maximal elf Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt vor. Im Schnitt nehmen werdende Mütter diese Untersuchungen in Anspruch (Nordrhein-Westfalen 10,95,

Statement

Weniger wäre mehr

Mit den Mutterschafts-Richtlinien wurde in Deutschland eine intensive Betreuung schwangerer Frauen etabliert, die mit über 100 Untersuchungen und Tests das Ziel verfolgt, Risiken im Verlauf der Schwangerschaft zu entdecken. Über die Relevanz der anamnestischen Risiken (zum Beispiel Alter über 35 Jahre) ist viel diskutiert worden, und es ist sicherlich positiv zu bewerten, dass erst in der Gesamtschau aller Risiken beurteilt wird, ob die Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft gilt. Gleichwohl lässt sich fragen, welchen Einfluss eine solche Beurteilung, die immerhin jede dritte Frau trifft, auf das Schwangerschaftserleben hat.

Die Kehrseite der Medaille, eine Medicalisierung der Schwangerschaft und damit verbunden eine Verunsicherung schwangerer Frauen, ist vielfach kritisiert worden. Umso erstaunlicher ist, dass 99 Prozent aller Schwangeren mehr Untersuchungen erhalten, als in den Mutterschafts-Richtlinien vorgesehen sind, wie der Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2015 gezeigt

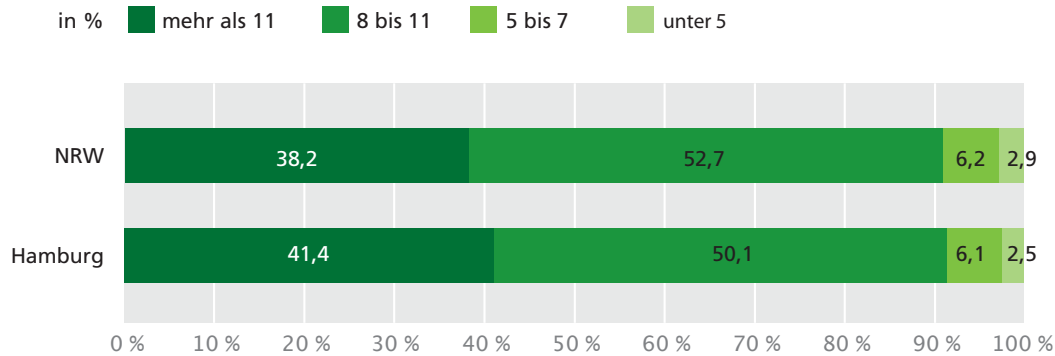
hat. Dahinter verbergen sich einerseits Untersuchungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wie man bei den Ultraschalluntersuchungen vermuten kann: 43,6 Prozent der Schwangeren erhalten mehr als die drei vorgesehenen Basis-Ultraschalluntersuchungen, 28,3 Prozent erhalten sogar fünf oder mehr Untersuchungen. Wie der Bertelsmann Gesundheitsmonitor zeigt, sind diese nur in seltenen Fällen indiziert.



Prof. Dr. Petra Kolip
ist Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

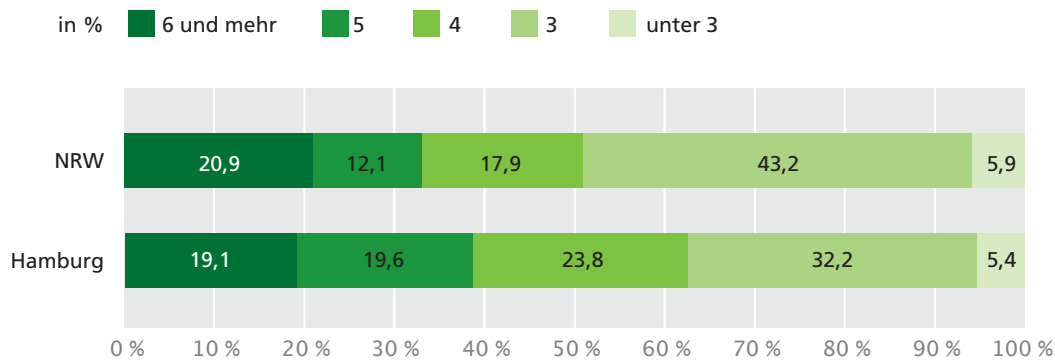
Andererseits sind auch die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) relevant, die viele Frauen in der Schwangerschaft nutzen, ohne über den Nutzen hinreichend aufgeklärt zu sein. Zahlreiche Frauen gehen davon aus, dass diese Leistungen zur Routine dazugehören, aber von der GKV nicht bezahlt werden. Laut IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat sich in der Schwangerschaftsvorsorge ein besonders ausgeprägter IGeL-Markt entwickelt, dessen Nutzen für die Frauen zweifelhaft ist. Weniger wäre auch hier wahrlich mehr.

Abbildung 7 Anzahl Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft, Anteil an allen Geburten in Nordrhein-Westfalen (19.436 von 167.920 Geburten ohne Angaben) und Hamburg (1.861 von 24.772 Geburten ohne Angaben), 2016



Quelle: EQS-Hamburg 2017, Geschäftsstelle QS-Nordrhein-Westfalen 2017

Abbildung 8 Anzahl Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft, Anteil an allen Geburten in Nordrhein-Westfalen (25.971 von 167.920 Geburten ohne Angaben) und Hamburg (3.130 von 24.772 Geburten ohne Angaben), 2016



Quelle: EQS-Hamburg 2017, Geschäftsstelle QS-Nordrhein-Westfalen 2017

Hamburg 11,09). Jede dritte Frau geht während ihrer Schwangerschaft zwölfmal oder häufiger zur Vorsorge. Dieser Anteil entspricht in etwa dem Anteil der Risikoschwangerschaften, bei denen eine intensivere ärztliche Begleitung als notwendig erachtet wird. Ein kleiner Teil der Schwangeren (neun Prozent) nimmt jedoch auch deutlich weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch (Abbildung 7).

Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge sind drei Basis-Ultraschalluntersuchungen vorgesehen. Mindestens bei jeder zweiten Schwangeren werden jedoch

vier oder mehr Untersuchungen durchgeführt (Abbildung 8). Dieser Anteil liegt deutlich über dem Anteil der Risikoschwangerschaften, was auf eine Versorgung bei den Ultraschalluntersuchungen über das medizinisch empfohlene Maß hindeutet.

Jede **2.**
schwangere Frau
erhält mehr als
drei Ultraschall-
untersuchungen.

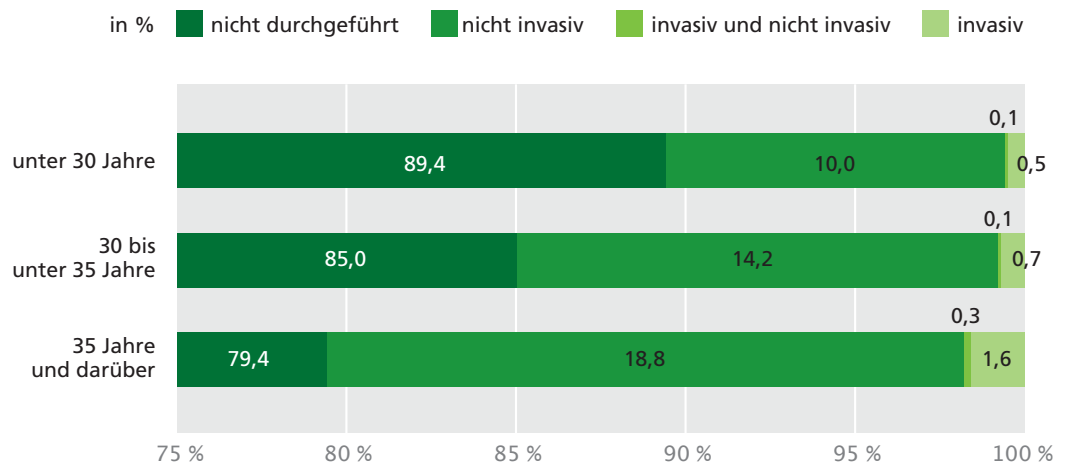


Pränatale Gendiagnostik

Die pränatale Gendiagnostik geht über die Untersuchungen der Schwangerenvorsorge hinaus. Sie sucht gezielt nach Hinweisen auf mögliche Fehlbildungen und erbliche Erkrankungen beim Ungeborenen. Die pränatale Gendiagnostik bietet invasive und nicht invasive Verfahren. Bei den invasiven Verfahren werden kindliche Zellen aus dem Fruchtwasser, dem Mutterkuchen oder den kindlichen Blutgefäßen gewonnen. Mit der Entnahme ist ein statistisches Fehlgeburtsrisiko von bis zu einem Prozent verbunden, sodass Risiko und Erkenntnisinteresse gegeneinander abgewogen werden müssen. Die Mutterschafts-Richtlinien ermöglichen es den Ärzten, diese invasiven Verfahren bei Risikoschwangerschaften anzuwenden und gegenüber der Krankenkasse abzurechnen.

Mit dem Alter der werdenden Mutter steigt das Risiko für das Vorliegen einer Fehlverteilung der Chromosomen. Aus diesem Grund entscheiden sich Frauen mit zunehmendem Alter eher für eine pränatale Gendiagnostik. Die Inanspruchnahme der invasiven pränatalen Gendiagnostik liegt mit 0,5 Prozent bei den Schwangeren unter 30 Jahren, 0,7 Prozent bei den 30- bis unter 35-Jährigen und 1,6 Prozent bei den Schwangeren ab 35 Jahren insgesamt auf einem niedrigen Niveau (Abbildung 9).

Abbildung 9 Inanspruchnahme pränatale Gendiagnostik, Anteil an allen Geburten in Nordrhein-Westfalen und Hamburg, 2016



Quelle: EQS-Hamburg 2017, Geschäftsstelle QS-Nordrhein-Westfalen 2017

Kostenübernahme für Bluttests? Plädoyer für eine breite Debatte

Der Gemeinsame Bundesausschuss leitete im August 2016 das Methodenbewertungsverfahren für nicht invasive genetische Pränataldiagnostik – sogenannte Bluttests – auf Trisomie 13, 18 und 21 ein. In dem Verfahren wird geprüft, ob die Kosten der Bluttests im Rahmen der regulären Schwangerenvorsorge von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Sollte das Verfahren zugunsten der Kostenübernahme ausfallen, wird dies sicherlich die Dynamik der Ausweitung von Angebot und Inanspruchnahme genetischer Pränataldiagnostik weiter befördern.

Im Unterschied zur invasiven Diagnostik – Amniozentese und Chorionzottenbiopsie – fallen bei den Bluttests die Eingriffsrisiken weg und sie können früher in der Schwangerschaft durchgeführt werden. Das heißt auch, dass bei einem auffälligen Befund und der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch dieser deutlich früher vorgenommen werden kann. Diesen Vorteilen stehen ethische Probleme gegenüber. Durch die niedrighschwellige pränatale Gendiagnostik wird der soziale Druck, diese in Anspruch zu nehmen und die Schwangerschaft gegebenenfalls abzubrechen, weiter steigen. Sobald der Test allen Schwangeren angeboten wird, können sie sich der Entscheidung, ihn zu nutzen oder abzulehnen, nicht entziehen. Von dem allgemeinen Angebot der Bluttests geht zudem die gesellschaftliche Botschaft an werdende Eltern aus, dass sie die Geburt eines behinderten Kindes nach Möglichkeit vermeiden sollten. Eltern von Kindern mit Trisomie 21 berichten schon heute, dass sie sich für ihre Kinder rechtfertigen müssen. Dies drückt ein verbreitetes Unverständnis darüber aus, dass sie sich gegen einen Schwangerschaftsabbruch entschieden

oder sogar bewusst keine Diagnostik in Anspruch genommen haben. Darin wird ein gesellschaftliches Bewertungsmuster in Bezug auf Behinderung deutlich, das in deutlichem Widerspruch zur geforderten Inklusion von behinderten Menschen steht.

Bislang versuchte die Politik, diese ethischen Probleme der pränatalen Gendiagnostik mithilfe von Vorschriften für die ärztliche Beratung der Frauen zu lösen. Vor der Untersuchung ist nach dem Gendiagnostikgesetz eine genetische Beratung vorgeschrieben. Wird eine Behinderung beim Kind diagnostiziert, sind die behandelnden Ärzte nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz zu einer umfassenden Beratung der Schwangeren verpflichtet, wobei sie auch auf die Möglichkeit hinweisen müssen, eine psychosoziale Beratung bei einer anerkannten Beratungsstelle in Anspruch zu nehmen. Außerdem ist eine Wartezeit von drei Tagen zwischen Diagnose und Indikationsstellung für einen Schwangerschaftsabbruch einzuhalten. Damit wollte der Gesetzgeber erreichen, dass sowohl Entscheidungen über die Inanspruchnahme der Untersuchungen als auch über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft umfassend informiert und verantwortungsvoll getroffen werden können. Die damit verbundenen Erwartungen, so auch die gesellschaftlichen Probleme lösen zu können, wurden allerdings nicht erfüllt. Die Dynamik der Ausweitung von Angebot und Inanspruchnahme pränataler Gendiagnostik konnte so nicht durchbrochen werden. Ich meine daher, dass zumindest eine breite gesellschaftliche und politische Debatte notwendig ist, bevor über die Kostenübernahme für die sogenannten Bluttests entschieden und diese Dynamik möglicherweise weiter beschleunigt wird.



Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann ist Rektorin der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe. Sie ist Mitglied des Deutschen Ethikrats.

14,6%

der Schwangeren
ließen 2016 einen
pränatalen Gentest
durchführen.



Deutlich häufiger wird der nicht invasive Pränataltest in Anspruch genommen. Mit diesem Verfahren können Erbkrankheiten anhand einer Blutprobe der Mutter entdeckt werden. Der Bluttest ist in Deutschland seit 2012 zugelassen – jedoch bislang nur als Leistung für Selbstzahler. Bei den Schwangeren ab 35 Jahren liegt der Anteil bei 18,8 Prozent.

Im Jahr 2016 haben sich insgesamt 14,6 Prozent der Schwangeren für die Durchführung der pränatalen Gendiagnostik entschieden – über 90 Prozent davon für das nicht invasive Verfahren. In Hamburg lassen deutlich mehr Frauen als in Nordrhein-Westfalen einen Test durchführen (Hamburg 22,3 Prozent, Nordrhein-Westfalen 13,4 Prozent). Von 2015 auf 2016 ist dieser Anteil in Hamburg um knapp neun Prozentpunkte angestiegen.

Künstliche Befruchtung

Bei Paaren, die ihren Kinderwunsch nicht auf natürliche Weise erfüllen können, besteht die Möglichkeit einer künstlichen Befruchtung. Die Leistungsvoraussetzungen und die Verfahren werden in den Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Das Mindestalter für beide Partner liegt bei 25 Jahren; Frauen dürfen maximal 40 Jahre, Männer maximal 50 Jahre alt sein. Das Paar muss verheiratet sein und es dürfen ausschließlich Ei- und Spermazellen des Ehepaares verwendet werden („homologes System“). Zudem muss eine hinreichende Erfolgsaussicht bestehen. Diese Aussicht gilt als nicht mehr gegeben, wenn – abhängig von der Behandlungsmaßnahme – eine festgelegte Zahl an Versuchen erfolglos geblieben ist (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Behandlungsmethoden der künstlichen Befruchtung

	Maximale Anzahl Versuche	Anteil an allen Fällen 2015*	Rate Klinische Schwangerschaft 2015**
Insemination im Spontanzyklus Samenzellen werden während der fruchtbaren Tage der Frau in die Gebärmutter übertragen	8	7,9 %	nicht erfasst
Insemination nach hormoneller Stimulation Samenzellen werden nach hormoneller Stimulation der Eierstöcke in die Gebärmutter übertragen	3	9,1 %	nicht erfasst
In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (IVF) Spontane Befruchtung von Samenzellen und Eizelle in einem Reagenzglas	3	24,1 %	28,8 %
Intraturbarer-Gametentransfer Eizellen und Samenzellen werden in Eileiter der Frau gespült (spontane Befruchtung)	2	0,0 %	nicht erfasst
Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) Samenzelle wird außerhalb des Körpers in Eizelle injiziert	3	60,0 %	28,3 %

Quellen: * AOK Rheinland/Hamburg, ** Deutsches IVF Register Jahrbuch 2017

Von 2013 bis 2015 ist die Nachfrage nach Reproduktionsmedizin durch Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg – nicht zuletzt aufgrund der erweiterten Kostenübernahmen – deutlich angestiegen: Die Anzahl der Versicherten, die behandelt wurden, hat sich vervierfacht, die Anzahl der Behandlungen vervinfacht. Im Jahr 2015 wurden 5.715 künstliche Befruchtungen bei 3.219 Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg durchgeführt – und das bei insgesamt rund 30.000 Geburten bei allen Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg. Auf neun Geburten kam somit ein Paar, das seinen Kinderwunsch nicht auf natürlichem Weg erfüllen konnte und medizinische Unterstützung in Anspruch nahm. Diese Zahlen machen den großen gesellschaftlichen Bedarf an dieser Behandlung deutlich.

Auf **9** Geburten
kommt ein Paar,
das seinen Kinder-
wunsch nicht auf
natürlichem Weg
erfüllen kann.

Die meisten Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg, die eine Maßnahme der künstlichen Befruchtung in Anspruch nehmen, sind 30 bis 40 Jahre alt. Männer sind im Durchschnitt etwas älter als Frauen – nicht zuletzt, weil die Altersgrenze bei Frauen um zehn Jahre niedriger ist (Abbildung 10).

Die Erfolgsaussichten der künstlichen Befruchtung sinken mit dem Alter der Frau. Daten des Deutschen In-vitro-Fertilisation-(IVF)-Registers zeigen, dass die Schwangerschaftsrate von 40-jährigen Frauen knapp 40 Prozent niedriger ist als bei Frauen unter 35 Jahren. Auch der Anteil der Fehlgeburten ist bei den 40-jährigen Frauen doppelt so hoch wie bei den unter 35-Jährigen.

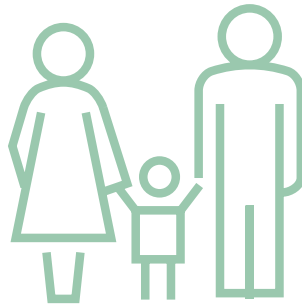
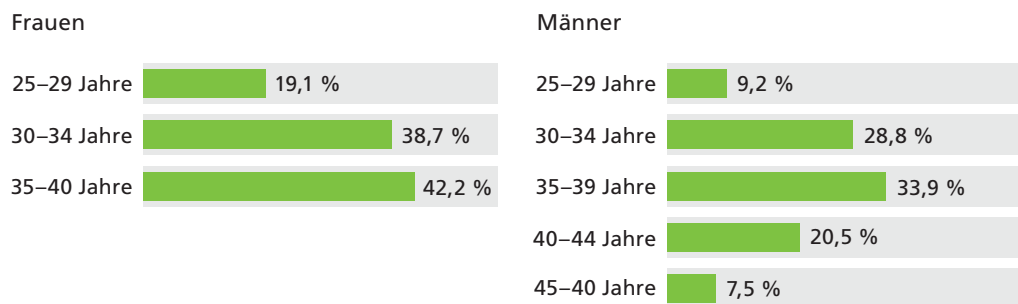


Abbildung 10 Alter bei Leistungsanspruchnahme der künstlichen Befruchtung, Frauen und Männer, 2015



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

2

Hebammenversorgung

Hebammenversorgung

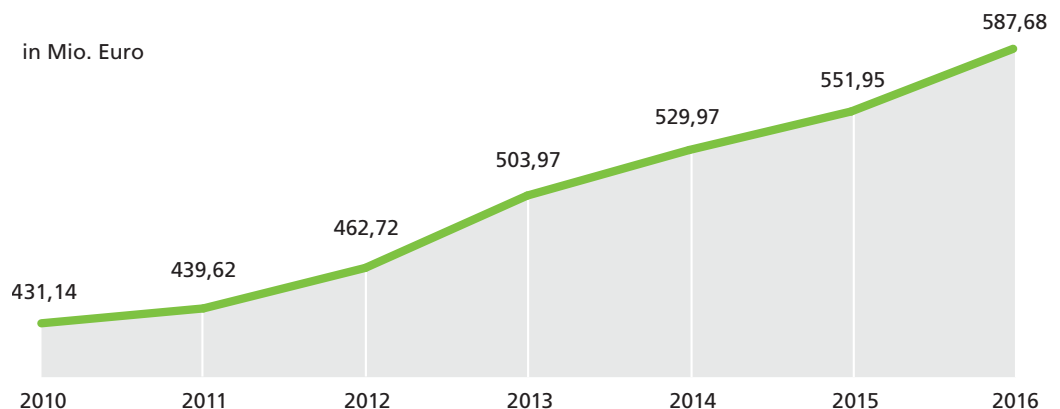
Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensmonate mit einem Kind sind für die Eltern eine aufregende Zeit: voller Freude, aber auch mit Momenten und Phasen der Unsicherheit. In dieser Situation können sie von einer individuellen Begleitung und Unterstützung durch eine Hebamme profitieren. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Beratung und Betreuung.

Ambulant tätige Hebammen

Zwischen 2010 und 2016 sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Hebammenhilfe um 36 Prozent gestiegen; von 431 auf 588 Millionen Euro (Abbildung 11). Dieser Anstieg beinhaltet zum einen die Honorarerhöhungen für freiberufliche Hebammen (13 Prozent im Januar 2013 und fünf Prozent im September 2015 – zum Juli 2017 sind die Honorare um weitere 17 Prozent angehoben worden). Zum anderen macht er die steigende gesellschaftliche Nachfrage nach Hebammenleistungen deutlich.

Im Rheinland waren in den Jahren 2014 bis 2016 etwa 2.200 Hebammen ambulant tätig, in Hamburg knapp 500. Dies entspricht einem rechnerischen Verhältnis von einer Hebamme je 40 geborene Kinder – allerdings mit deutlichen regionalen Unterschieden. Hebammen sind an keine Bedarfsplanung gebunden und können sich frei niederlassen. Im Rheinisch-Bergischen Kreis sind – umgerechnet auf die Anzahl der Neugeborenen – dreieinhalbmal so viele ambulante Hebammen tätig wie in Mönchengladbach oder Oberhausen (Abbildung 12).

Abbildung 11 Gesamtausgaben aller gesetzlichen Krankenkassen für Hebammenhilfe, 2010–2016

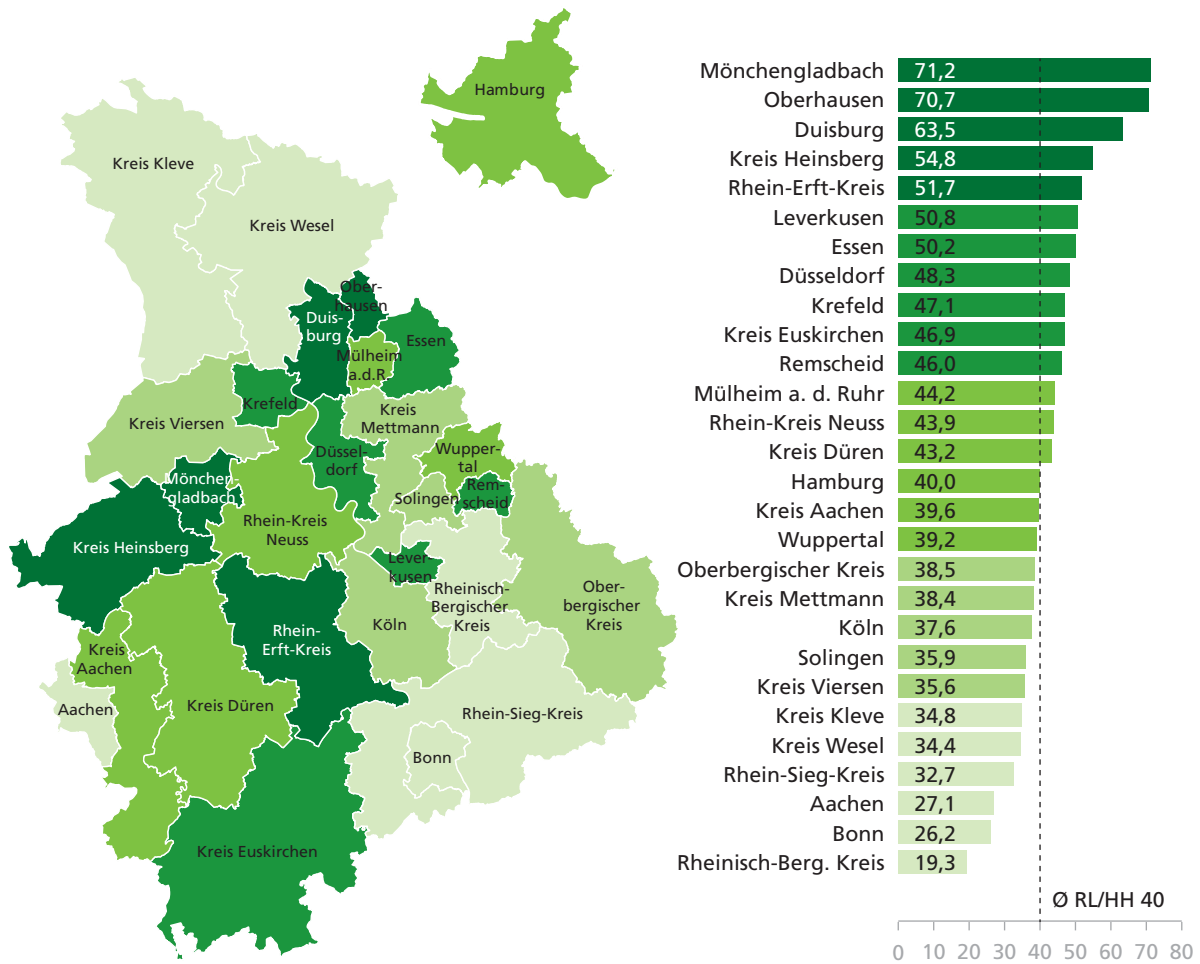


Quelle: KJ1-Statistik

Abbildung 12 Verhältnis Neugeborene (2015) zu Hebammen (2014–2016)

Klassengrenzen

$\geq 19 - < 35$
 $\geq 35 - < 39$
 $39 - < 45$
 $\geq 45 - < 51$
 $\geq 51 - < 72$



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, IT.NRW

Die Zahlen geben nur eingeschränkt Aufschluss über den Umfang der ambulanten Tätigkeit der Hebammen. Viele Hebammen arbeiten in Teilzeit festangestellt im Krankenhaus und übernehmen zusätzlich freiberuflich die Betreuung von einigen Frauen in der Vor- und Nachsorge (Abbildung 16, Seite 29).

Hebammen unterstützen schwangere Frauen während ihrer Schwangerschaft, der Geburt, im Wochenbett und der Stillzeit. Sie begleiten die jungen Familien in den ersten Tagen und Wochen nach der Geburt.

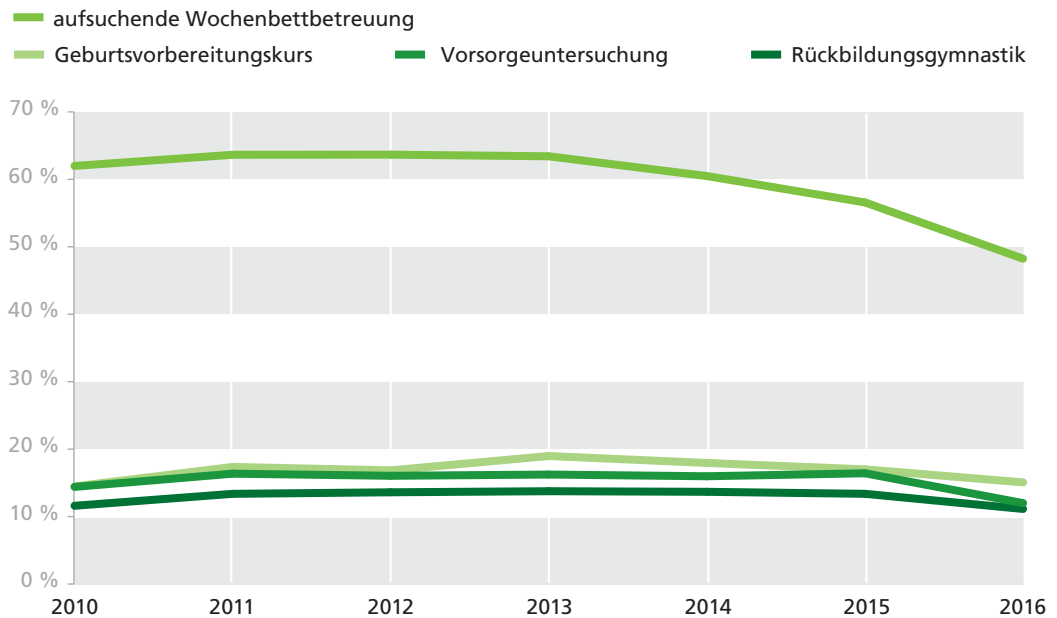
50 %
 der Mütter wurden
 2016 im Wochenbett
 von einer Hebamme
 betreut.



Wenn keine Risikoschwangerschaft besteht, können Hebammen auf Wunsch der schwangeren Frau Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft übernehmen. Diese Betreuungsform ist in Dänemark und in Norwegen gängige Praxis, in Deutschland ist die Schwangerschaftsvorsorge hingegen sehr stark facharztzentriert. Lediglich jede neunte Schwangere hat die Vorsorge bei ihrer Hebamme durchführen lassen – fast ausschließlich ergänzend zur Vorsorge durch die Frauenärztin oder den Frauenarzt. Im Durchschnitt haben Hebammen drei Untersuchungen übernommen.

Ein Geburtsvorbereitungskurs soll Frauen (und ihren Partner oder ihre Partnerin) auf die Entbindung und die erste Zeit mit dem Neugeborenen vorbereiten. Die Kurse werden zumeist von Hebammen geleitet. Von den Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg haben im Jahr 2016 15 Prozent der Mütter vor der Entbindung an einem solchen Kurs teilgenommen. Dieser Anteil bezieht sich auf alle Entbindungen – unabhängig davon, ob die Frauen bereits Kinder hatten. Ein Geburtsvorbereitungskurs ist vor allem für erstgebärende Frauen interessant und wichtig, da sie lernen, mit möglichen Ängsten umzugehen. Von ihnen haben 29 Prozent einen Vorbereitungskurs besucht.

Abbildung 13 Inanspruchnahme Hebammenleistungen 2010–2016,
 Anteil an allen Frauen, die im jeweiligen Jahr entbunden haben



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Statement

Hebammenversorgung frühzeitig bekannt machen

Wie können alle Frauen und ihre Familien in Deutschland schon zu Beginn der Schwangerschaft (oder am besten bereits schon vor der Schwangerschaft) erfahren, dass ihnen die Betreuung durch Hebammen zusteht und von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird?

Meine Ideen dazu werde ich chronologisch, dem Lebensverlauf folgend, auflisten: Bereits in der Schule stehen die Themen Familienplanung und -werdung, Schwangerschaft und Geburt in verschiedenen Klassenstufen auf dem Stundenplan. Hier leistet das Konzept „Hebammen an Schulen“ einen wichtigen Beitrag: Hebammen berichten vor Ort von ihrer Arbeit und zu den Themen rund um Schwangerschaft und Geburt. In Deutschland ist es bisher üblich, dass Frauen nach



Prof. Dr. Nicola H. Bauer leitet den Studienbereich Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit Bochum.

einem positiven Schwangerschaftstest oder bei der Vermutung schwanger zu sein, einen Gynäkologen oder eine Gynäkologin aufsuchen. Bereits beim ersten Termin sollten sie Informationen zur Hebammenbetreuung erhalten oder bestenfalls direkt an eine Hebamme vermittelt werden. Kommunale Hebammenzentralen sind ein weiterer wichtiger Punkt. Schwangere müssen sich nicht in Eigeninitiative die Kontaktdaten von möglichen Hebammen zusammensuchen, sondern wählen eine zentrale Telefonnummer oder wenden sich per E-Mail an die Hebammenzentrale. Die Vermittlung einer Hebamme, die verfügbar ist, wird übernommen. Insbesondere für Frauen, die Herausforderungen zu bewältigen haben (Sprache, Zugang zu Ressourcen etc.), ist dies sehr erleichternd und senkt die Hemmschwelle.

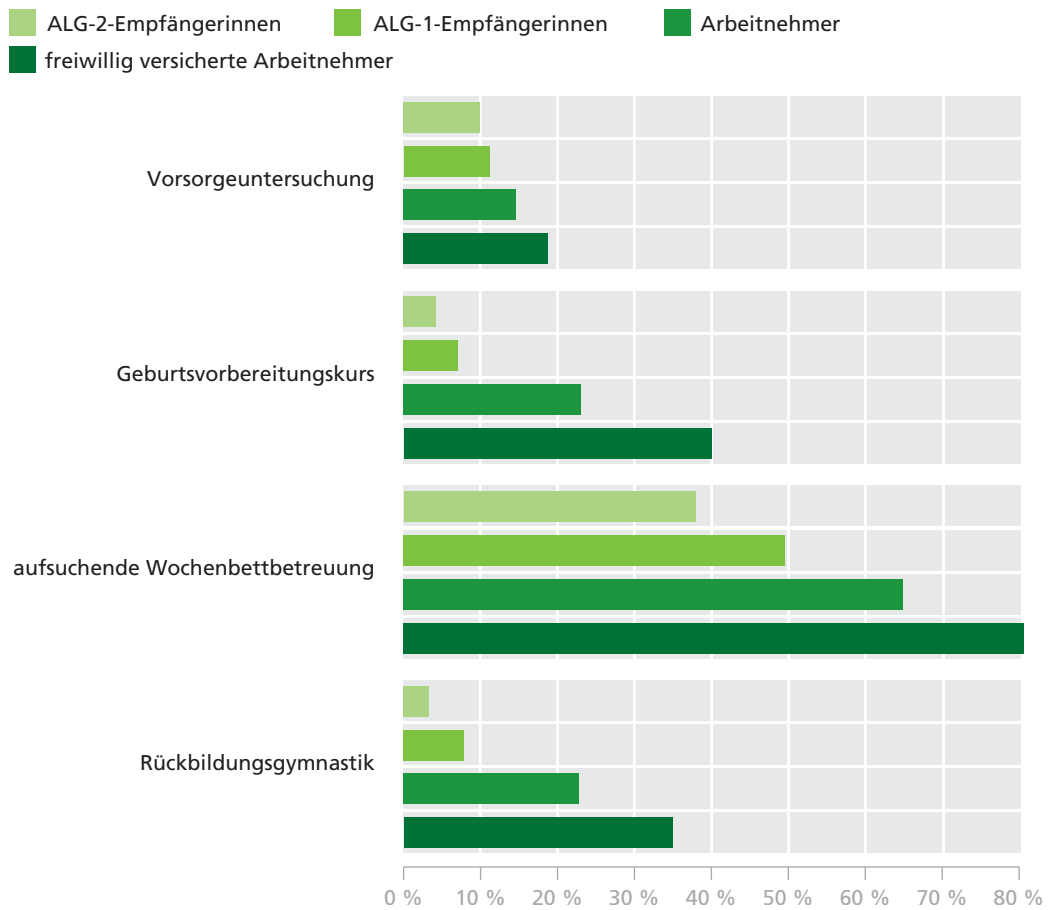
In den ersten sechs bis acht Wochen nach der Geburt ist die Begleitung durch eine Hebamme sehr wichtig. Bei der aufsuchenden Wochenbettbetreuung kommt die Hebamme zu den Eltern nach Hause. Sie betreut die Mutter und ihr Kind nach der Geburt umfassend. Zum einen übernimmt die Hebamme die medizinische Nachsorge der Frau nach der Geburt. Sie beobachtet die Rückbildung der Gebärmutter sowie – falls es während der Geburt zu Verletzungen kam – die Wundheilung. Zum anderen hilft sie den Eltern, Unsicherheiten abzubauen, und stärkt deren Vertrauen in die eigene Fähigkeit, das Kind selbstständig zu versorgen. Dazu gehört auch die Beratung und Anleitung beim Stillen. Die aufsuchende Wochenbettbetreuung ist die mit Abstand am häufigsten genutzte Hebammenleistung. Im Jahr 2016 haben 50 Prozent der Mütter diese Leistung in Anspruch genommen. Zwei Jahre zuvor lag dieser Wert noch bei über 60 Prozent.

Einige Wochen nach der Geburt ist es für die Mütter wichtig, ihre Beckenbodenmuskulatur, die sich während der Schwangerschaft und bei der Geburt

gelockert und stark gedehnt hat, wieder zu festigen. Gezielte Übungen unterstützen dabei, den Beckenboden zu kräftigen. So kann gesundheitlichen Problemen im Alter, wie Inkontinenz, vorgebeugt werden. Hebammen bieten spezielle Rückbildungskurse an. Die Kosten übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen. Im Jahr 2016 haben nur zwölf Prozent der Mütter an einem Rückbildungskurs teilgenommen. Dieser Anteil ist sehr niedrig.

Die Begleitung durch Hebammen ist für Familien eine wichtige Unterstützung. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen daher für jede Versicherte, die eine Hebammenleistung nutzt, die Kosten. Trotzdem nehmen viele Familien diese Unterstützung nicht in Anspruch. Entscheidend ist hierbei oftmals der sozioökonomische Status der Mutter beziehungsweise der Eltern (Abbildung 14). Beziehungen von Arbeitslosengeld II nehmen deutlich seltener Hebammenleistungen

Abbildung 14 Inanspruchnahme Hebammenleistungen nach sozioökonomischem Status, Anteil an Frauen der Statusgruppe, die im Jahr 2015 entbunden haben



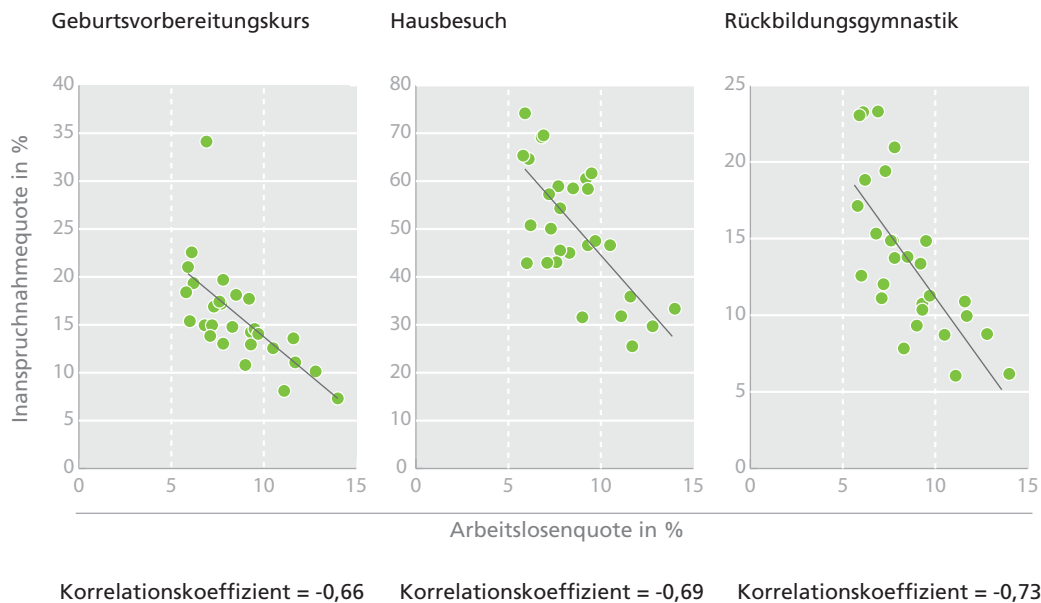
Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

in Anspruch als Beschäftigte. Am häufigsten werden Frauen von Hebammen begleitet, die als freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung über ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von derzeit 57.400 Euro pro Jahr verfügen. Dieser Einfluss der sozialen Lage zeigt sich deutlich bei allen Hebammenleistungen.

Dieser Befund bestätigt die Erkenntnisse der Versorgungsforschung und der Forschung zu Frühen Hilfen: Hebammenleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung stehen grundsätzlich allen Familien offen. Wer von einer Hebamme unterstützt werden möchte, muss diese Angebote kennen und sich – möglichst frühzeitig – in Eigeninitiative um die Betreuung kümmern. Dies gelingt ressourcenstarken Familien mit höherem Bildungsgrad und höherem Einkommen besser. Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status werden durch niedrigschwellige, aufsuchende Angebote besser erreicht.¹

Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Hebammenversorgung spiegelt sich auch in regionalen Unterschieden wider. Im Kreisvergleich werden deutliche regionale Unterschiede bei der Hebammenversorgung sichtbar. In allen Kreisen

Abbildung 15 Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme von Hebammenleistungen und Arbeitslosenquote, Kreise im Rheinland und Hamburg, 2016



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, Arbeitsagentur

¹ Lang et al. 2015: Wie werden Angebote der Frühen Hilfen genutzt? Erste Daten aus den Pilotstudien der Prävalenz- und Versorgungsstudie. In: NZFH (Hrsg): Datenreport 2015, S. 6–21.

des Rheinlands und in Hamburg zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen der Sozialstruktur, die anhand der Arbeitslosenquote operationalisiert wurde, und der Hebammenversorgung. Je höher die Arbeitslosenquote einer Region, desto weniger Frauen nehmen Leistungen der Hebammenhilfe in Anspruch (vergleiche Abbildung 15, Seite 27). Die Inanspruchnahmeraten sind vor allem in den Städten des Ruhrgebiets und in Mönchengladbach auffallend niedrig (Tabelle 2).

Stationär tätige Hebammen

Das Hebammengesetz schreibt vor, dass jede Geburt im Krankenhaus von einer Hebamme begleitet werden soll. Im Jahr 2015 waren in den Geburtskliniken im Rheinland 1.310 Hebammen und in Hamburg 345 Hebammen festangestellt. Zwischen 2006 und 2015 ist die Anzahl der festgestellten Hebammen um knapp neun Prozent gestiegen. Gleichzeitig nimmt seit 1991 der Anteil

Tabelle 2

Inanspruchnahme von Hebammenleistungen – Anteil an allen Frauen, die im Jahr 2016 entbunden haben

Kreis	Vorsorge- untersuchung	Geburtsvor- bereitungskurs	Hausbesuch	Rückbil- dungs- gymnastik
Düsseldorf	8,1 %	14,8 %	45,0 %	7,8 %
Duisburg	5,0 %	7,3 %	33,4 %	6,2 %
Essen	5,6 %	10,1 %	29,7 %	8,8 %
Krefeld	4,5 %	13,6 %	35,9 %	10,9 %
Mönchengladbach	20,3 %	8,1 %	31,8 %	6,1 %
Mülheim a. d. Ruhr	11,0 %	10,8 %	31,6 %	9,3 %
Oberhausen	11,7 %	11,1 %	25,5 %	10,0 %
Remscheid	3,9 %	14,6 %	61,6 %	14,8 %
Solingen	2,0 %	14,0 %	47,5 %	11,3 %
Wuppertal	7,4 %	12,6 %	46,6 %	8,7 %
Kreis Kleve	3,3 %	34,1 %	69,6 %	23,3 %
Kreis Mettmann	14,3 %	15,0 %	57,3 %	12,0 %
Rhein-Kreis Neuss	2,9 %	15,4 %	42,9 %	12,6 %
Kreis Viersen	7,4 %	16,9 %	50,1 %	19,4 %
Kreis Wesel	15,1 %	17,4 %	43,1 %	14,9 %
Aachen	11,3 %	17,7 %	60,5 %	13,4 %
Bonn	10,0 %	17,2 %	58,9 %	14,9 %
Köln	10,3 %	14,2 %	58,4 %	10,8 %
Leverkusen	4,0 %	12,9 %	46,6 %	10,4 %
Kreis Aachen	11,0 %	18,1 %	58,5 %	13,8 %
Kreis Düren	7,0 %	19,7 %	54,3 %	21,0 %
Rhein-Erft-Kreis	9,7 %	13,0 %	45,5 %	13,7 %
Kreis Euskirchen	6,3 %	22,6 %	64,6 %	23,2 %
Kreis Heinsberg	12,3 %	19,4 %	50,8 %	18,8 %
Oberbergischer Kreis	21,7 %	21,0 %	74,2 %	23,0 %
Rhein.-Berg. Kreis	28,8 %	15,0 %	69,2 %	15,3 %
Rhein-Sieg-Kreis	11,4 %	18,4 %	65,3 %	17,1 %
Hamburg	18,4 %	13,8 %	42,9 %	11,1 %

Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

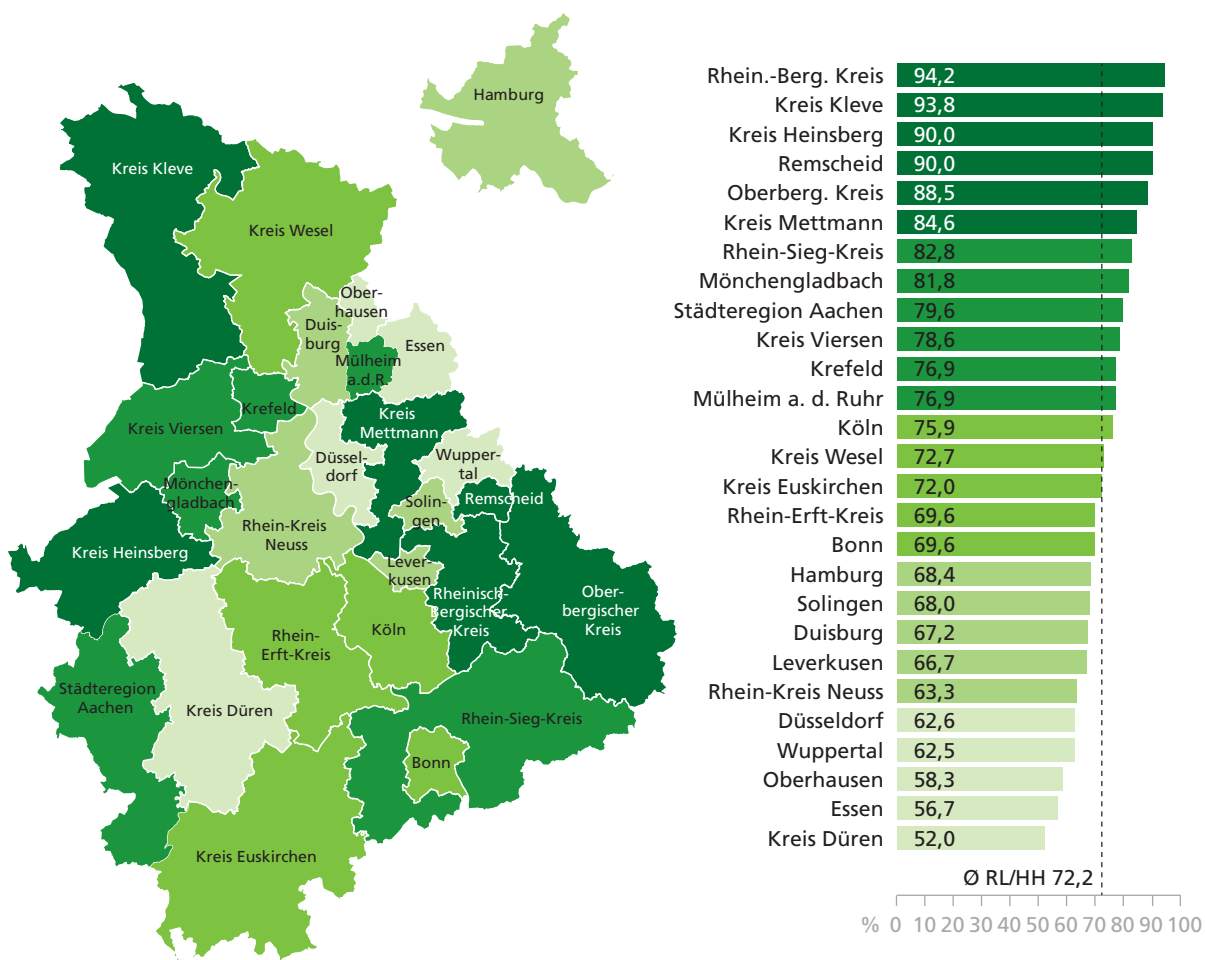
der teilzeit- oder geringfügig beschäftigten Hebammen stetig zu. Im Jahr 2015 waren im Rheinland und in Hamburg nur 28 Prozent aller festangestellten Hebammen im Krankenhaus in Vollzeit beschäftigt. Oftmals sind die Hebammen zusätzlich zu ihrer Tätigkeit im Krankenhaus noch freiberuflich in der ambulanten Versorgung tätig.

Zudem weist die amtliche Statistik für das Rheinland 116 und in Hamburg 62 Hebammen aus, die in den Krankenhäusern als Beleghebammen tätig sind. Beleghebammen begleiten Geburten im Krankenhaus, sind aber nicht im

Abbildung 16 Krankenhaushebammen mit Beschäftigung in Teilzeit, Anteil an allen festangestellten Hebammen im Krankenhaus, 2015

Klassengrenzen

≥52 % – <63 %
 ≥63 % – <69 %
 69 % – <76 %
 ≥76 % – <83 %
 ≥83 % – <95 %



Quelle: IT.NRW, Statistik Nord

Krankenhaus angestellt, sondern arbeiten freiberuflich. Einige Beleghebammen begleiten die von ihnen betreuten Frauen zur Geburt in die Klinik, andere sind in das Schichtsystem des Krankenhauses eingebunden.

Weniger als
50 %
der Geburtskliniken
beschäftigen die
empfohlene Zahl
an Hebammen.



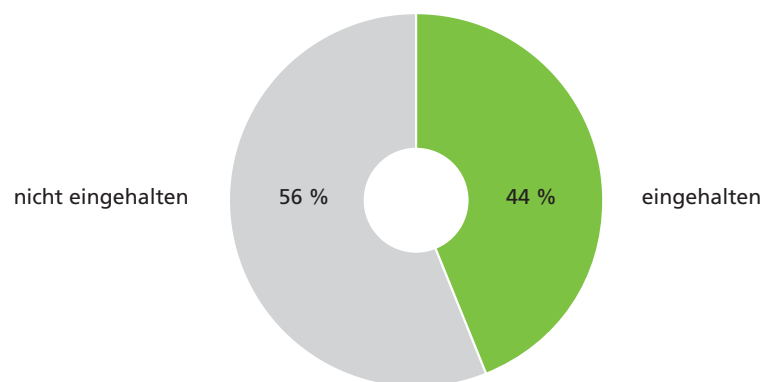
„Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland“ sind in einer S1-Leitlinie aus dem Jahr 2015 formuliert. Demnach soll zu mehr als 95 Prozent der Zeit eine Eins-zu-eins-Betreuung der Gebärenden durch eine Hebamme gewährleistet sein. In einer Klinik mit weniger als 600 Geburten im Jahr sind dafür mindestens 5,65 Hebammenstellen erforderlich. Pro zusätzliche 100 Geburten werden mindestens weitere 0,93 Hebammenstellen benötigt.

Erstmalig wurde für das Jahr 2015 in den Strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser die Anzahl der Hebammen als Vollzeitkräfte erfasst. Diese Angaben ermöglichen es, für jedes Krankenhaus zu überprüfen, ob es die Empfehlung der S1-Leitlinie eingehalten hat. Kliniken, die keine plausiblen Zahlen genannt oder nicht in größerem Ausmaß mit Beleghebammen gearbeitet haben, wurden aus der Betrachtung ausgeschlossen. Die Berechnungen zeigen, dass weniger als die Hälfte der Geburtskliniken die empfohlene Anzahl an Hebammen beschäftigten (Abbildung 17).

Nur ein kleiner Teil aller Krankenhausgeburten im Rheinland und in Hamburg (sieben Prozent) wurden im Jahr 2016 von einer Beleghebamme begleitet. Regional betrachtet zeigen sich hier deutliche Unterschiede: Im Kreis Kleve wurden zwei Drittel aller Entbindungen von einer Beleghebamme durchgeführt, im Kreis Heinsberg waren es knapp 50 Prozent, im Kreis Viersen knapp 40 Prozent und im Kreis Euskirchen und im Rhein-Erft-Kreis rund ein Viertel.

Abbildung 17

Kliniken, die den erforderlichen Betreuungsschlüssel an Hebammen erfüllen, 2015



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser, nur plausible Angaben verwendet

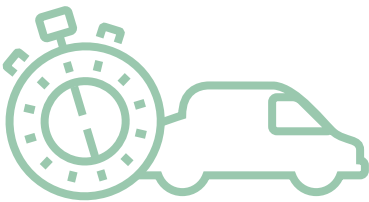
3

Stationäre Geburtshilfe

Geburtshilfe

Werdende Mütter können in Deutschland frei entscheiden, ob sie ihr Kind in einem Krankenhaus, in einer Hebammengeleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden möchten. Die allermeisten Frauen entscheiden sich dafür, ihr Kind in einer Geburtsklinik zur Welt zu bringen. Über 98 Prozent aller Kinder werden im Rheinland und in Hamburg in einer Geburtsklinik entbunden.

Weniger als **1%**
der Schwangeren
brauchen länger als
30 Minuten zur nächsten
Geburtsklinik.



Erreichbarkeit der stationären Geburtshilfe

Geburtskliniken müssen flächendeckend und wohnortnah erreichbar sein. Der Abschlussbericht „Runder Tisch Geburtshilfe“¹ in Nordrhein-Westfalen fordert, dass jede Schwangere innerhalb eines Zeitraums von 20 bis maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen kann. Abbildung 18 zeigt, dass die Erreichbarkeit der Geburtskliniken im Rheinland und in Hamburg sehr gut ist. Von allen Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg, die im Jahr 2015 entbunden haben, hatten nur 4,9 Prozent eine Fahrzeit zur nächstgelegenen Klinik von über 20 Minuten (Abbildung 19). Länger als 30 Minuten war der Anfahrtsweg zur nächstgelegenen Klinik nur für 0,8 Prozent und länger als 45 Minuten nur für 0,03 Prozent der werdenden Eltern. Für die Berechnung wurde stets das nächstgelegene Krankenhaus ausgewählt, das die im Einzelfall notwendigen Anforderungen erfüllte (zum Beispiel Versorgung von Früh- und Risikogeburten).

In den vergangenen Jahren haben mehrere Krankenhäuser ihre Geburtshilfeabteilungen geschlossen. In einigen Regionen hat dies zu etwas längeren Anfahrtswegen geführt – eine wohnortnahe Versorgung ist aber weiterhin sichergestellt. Eine maßvolle Bündelung der Geburtshilfe ist möglich, ohne die Erreichbarkeit der Kliniken wesentlich zu verschlechtern.

Studien aus mehreren OECD-Ländern zeigen, dass sich eine Zentralisierung der Geburtshilfe positiv auf die Versorgungsqualität auswirkt. Die perinatale Sterblichkeit und die Erkrankungsrisiken sind in großen Geburtskliniken signifikant niedriger als in kleinen Häusern.^{2, 3, 4}

¹ MGEPA 2015: Abschlussbericht Runder Tisch Geburtshilfe. Düsseldorf

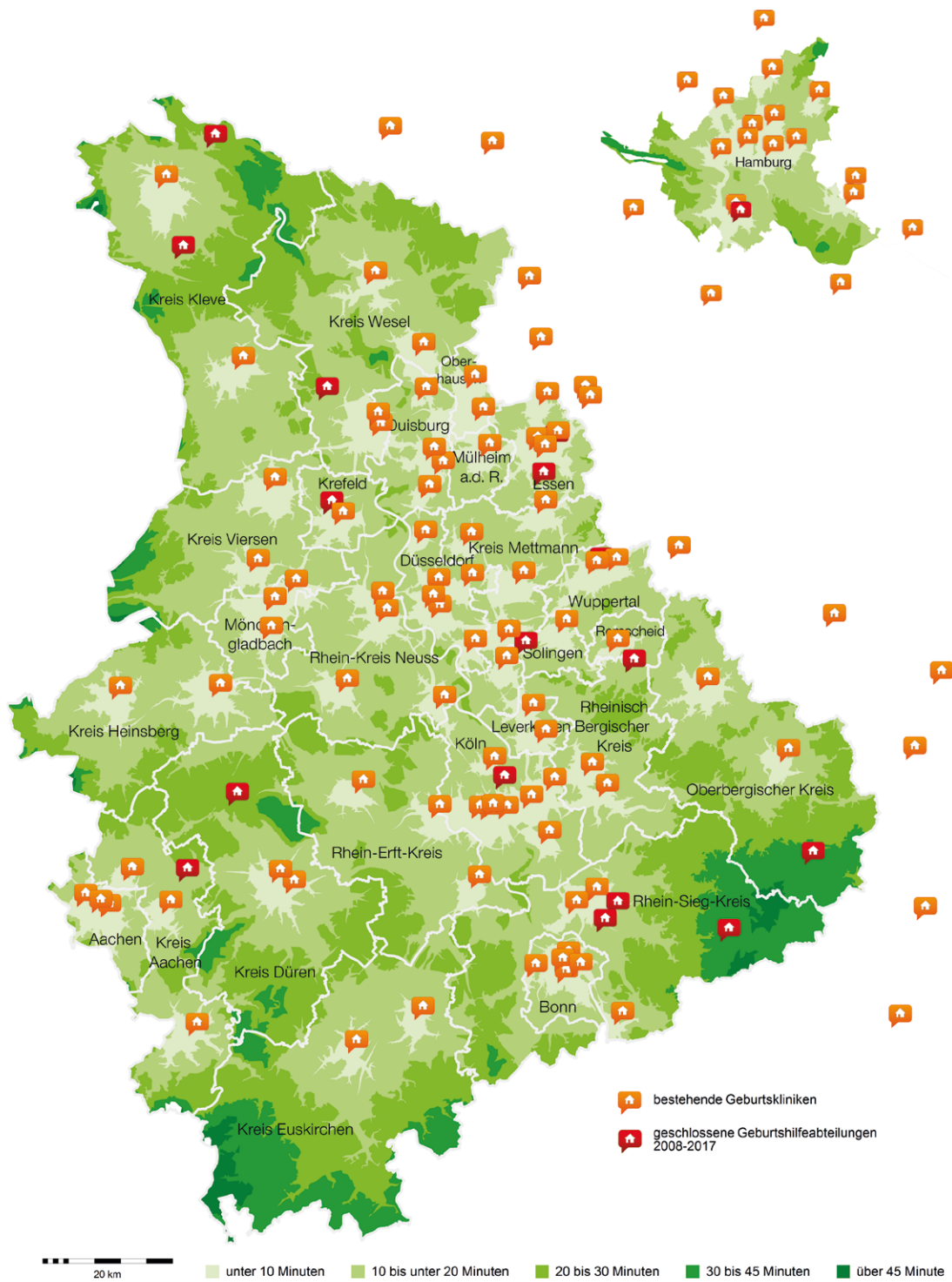
² Heller et al. 2005: Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990–1999. *Int J Epidemiol.* 2002 Oct;31(5):1061-8.

³ Merlo et al. 2005: Hospital level of care and neonatal mortality in low- and high-risk deliveries: reassessing the question in Sweden by multilevel analysis. *Med Care.* 2005 Nov;43(11):1092-100.

⁴ Sudo A. und Kuroda Y. 2013: The Impact of Centralization of Obstetric Care Resources in Japan on the Perinatal Mortality Rate. *Obstetrics & Gynecology.*

Abbildung 18

Erreichbarkeit der Geburtskliniken, Fahrzeitzonen in Minuten, durchschnittliches Fahrzeug, 2017

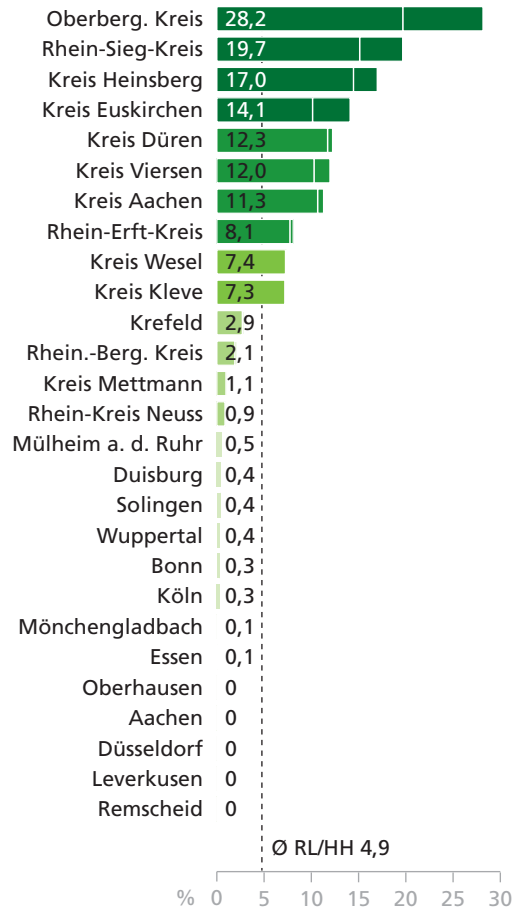


Quelle: eigene Berechnungen durchgeführt mit Regiograph©

Abbildung 19 Frauen mit Fahrtzeit zur nächstgelegenen Klinik über 20 Minuten, Anteil an allen Entbindungen, 2015

Klassengrenzen

$\geq 0\% - < 0,5\%$
 $\geq 0,5\% - < 3\%$
 $3\% - < 8\%$
 $8\% - < 13\%$
 $\geq 13\% - < 28\%$

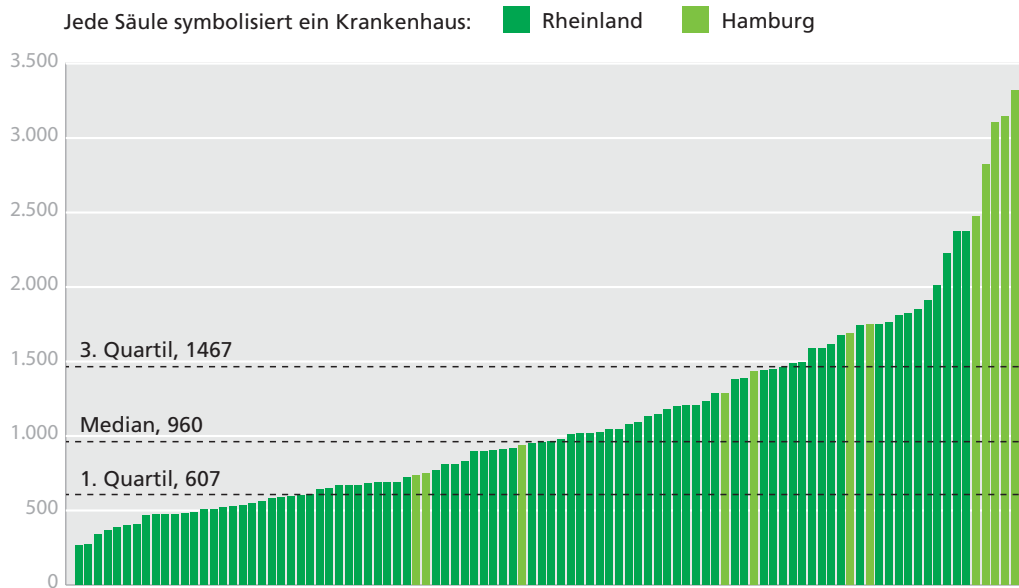


Werte rechts der weißen Linie = Anfahrtszeit über 30 Minuten
Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Insbesondere im Rheinland gibt es viele Geburtskliniken mit verhältnismäßig wenigen Entbindungen pro Jahr. Nur etwa die Hälfte aller Kliniken betreut mehr als 1.000 Geburten pro Jahr, in jeder vierten Klinik finden weniger als 600 Geburten statt (Abbildung 20). Während in fünf von zwölf Kliniken in Hamburg über 2.400 Entbindungen im Jahr 2015 durchgeführt wurden, erreichte im Rheinland keine einzige Klinik diese Fallzahl.

Die Säuglingssterblichkeit in Schweden, Finnland und Norwegen ist trotz stärkerer Bündelung der Geburtshilfe deutlich niedriger als in Deutschland. Erfahrungen aus Norwegen belegen, dass die mit einer Zentralisierung verbundenen längeren Anfahrtszeiten nicht zu einer schlechteren Versorgungsqualität für die Schwangeren und Neugeborenen führen.⁵ Bereits heute fahren mehr als 40 Prozent aller Schwangeren im Rheinland nicht in die nächstgelegene Geburtsklinik. Dies zeigt die hohe Bereitschaft der Frauen, für eine qualitativ hochwertige Versorgung längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen.

Abbildung 20 Anzahl Geburten je Geburtsklinik, Krankenhausebene, 2015



Quelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser

⁵ Grytten et al. 2014: Regionalization and local hospital closure in Norwegian maternity care – the effect on neonatal and infant mortality. Health Serv Res.49:4, S. 1184–1204.

Versorgung von Frühgeborenen

Der Zusammenhang zwischen Fallzahl und Behandlungsqualität ist für die geburtshilfliche Betreuung von Risikogeburten wissenschaftlich gut belegt.⁶ Um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) eine jährliche Mindestmenge von 14 Fällen je Krankenhaus für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm festgelegt.

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des GBA beinhaltet ein Stufenkonzept der perinatalogischen Versorgung, das verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung festlegt. werdende Mütter dürfen nur in Kliniken betreut werden, die die Anforderungen entsprechend dem Risikoprofil der Schwangeren und des Kindes erfüllen (Tabelle 3).

Tabelle 3 Stufen der perinatalogischen Versorgung

Versorgungsstufe	Schwangerschaftsalter	Geburtsgewicht	Risiken
I (Perinatalzentrum Level 1)	< 29 + 0 SSW < 33 + 0 SSW (bei Drillingen)	< 1.250 Gramm	pränatal diagnostizierte fetale oder mütterliche Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist
II (Perinatalzentrum Level 2)	29 + 0 bis 31 + 6 SSW	1.250 bis 1.499 Gramm	schwere schwangerschaftsassozierte Erkrankungen oder Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils, insulinpflichtige diabetische Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.
III (Perinataler Schwerpunkt)	32 + 0 bis ≤ 35 + 6 SSW	≥ 1.500 Gramm	Wachstumsretardierung des Fetus, insulinpflichtige diabetische Stoffwechselstörung ohne absehbare Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes
IV (Geburtsklinik)	36 + 0 SSW		ohne zu erwartende Komplikationen

Quelle: Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene

⁶ Lasswell et al. 2010: Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. In: JAMA. 304:9, S. 992–1000.

In Hamburg sind die Geburtskliniken anhand dieses Konzepts in vier Versorgungsstufen eingeteilt. Aktuell gibt es in Hamburg fünf Perinatalzentren Level 1, zwei Perinatalzentren Level 2, einen perinatalen Schwerpunkt und drei Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV.

In Nordrhein-Westfalen bestand mit dem Krankenhausplan 2001 ursprünglich ein dreistufiges Versorgungskonzept (Perinatalzentren, geburtshilflich-neonatologische Schwerpunkte und Geburtskliniken). Anerkannt waren im gesamten Land 16 Perinatalzentren und 26 geburtshilflich-neonatologische Schwerpunkte. Als 2006 die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft trat, erklärten sich weitere Kliniken, die die Vorgaben des G-BA-Konzepts erfüllten, zu Perinatalzentren. Dies führte zu einer deutlichen Zunahme an Perinatalzentren, ohne dass hierfür eine Grundlage im Krankenhausplan bestand. Ende 2015 gab es allein im Rheinland de facto 21 Perinatalzentren Level 1, neun Perinatalzentren Level 2 und sechs perinatale Schwerpunkte. Dazu kamen 50 Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV.

Mit dem aktuellen Krankenhausplan 2015 hat das Land Nordrhein-Westfalen das Ziel formuliert, die Versorgung von Risikoschwangeren wieder stärker zu zentralisieren. Künftig wird es – im Unterschied zur Klassifizierung des Gemeinsamen Bundesausschusses – nur noch ein zweistufiges Konzept geben,

Statement

Perinatalzentren sind ein Schritt in die richtige Richtung

In Nordrhein-Westfalen sollte mit der Umsetzung des Krankenhausplans die Versorgung von Frühgeborenen mit einem sehr niedrigen Geburtsgewicht auf wenige Perinatalzentren konzentriert werden. Es ist bedauerlich, dass diese Chance vertan wurde. Zwar kann die Wissenschaft keine Schwelle in absoluten Zahlen festlegen, mit deren Überschreiten eine eindeutige Verbesserung der Qualität in der Versorgung festzustellen wäre, aber die wenigen verlässlichen Studien zeigen, dass die Sterblichkeit der sehr kleinen

Frühgeborenen in Häusern, die mehr Frühgeborene behandeln, deutlich niedriger ist. Vergleicht man die Entfernungen zu den Perinatalzentren im Rheinland mit denen in anderen Ländern, zum Beispiel in Skandinavien, sind die Wege immer noch relativ kurz. Zudem können Mütter, bei denen eine Frühgeburt droht, in den meisten Fällen vor der Geburt noch verlegt werden. Die Zahlen zeigen auch, dass bei der Schließung weniger kleiner Abteilungen die Entfernungen nur für eine sehr geringe Zahl künftiger Eltern von Frühgeborenen größer werden.



Prof. Dr. Andreas Gerber-Grote ist Direktor des Departements Gesundheit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

das Perinatalzentren und geburtshilfliche Regelversorgung unterscheidet. Die Versorgung von Risikoschwangeren sollte „mit deutlich weniger“ als den im Krankenhausplan 2001 ausgewiesenen 42 Einrichtungen sichergestellt werden. Dieses Ziel wurde nicht erreicht. Im Rheinland wurden alle bestehenden 20 Perinatalzentren Level 1, die eine Ausweisung als Perinatalzentrum beantragt hatten, zugelassen. In Westfalen-Lippe bestehen künftig 19 Einrichtungen.

Qualität in der stationären Geburtshilfe

Die Krankenhäuser müssen im Rahmen der externen Qualitätssicherung bestimmte Angaben zum Behandlungsverlauf dokumentieren. Diese Daten sollen dazu beitragen, die medizinische und pflegerische Leistung der Krankenhäuser in Deutschland transparent und vergleichbar zu machen, Erkenntnisse über Qualitätsdefizite in den Krankenhäusern zu identifizieren und letztlich Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität zu unterstützen. Auch im Bereich der Geburtshilfe werden verschiedene Indikatoren – vor allem der Prozessqualität – erfasst.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz hat der Gesetzgeber beschlossen, dass die Versorgungsqualität zukünftig bei der Krankenhausplanung und -vergütung berücksichtigt werden soll. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde damit beauftragt, planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu erarbeiten. Auf dieser Grundlage hat der GBA inzwischen die ersten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beschlossen. Diese sollen es den Planungsbehörden ermöglichen, Krankenhäusern, die „nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen“, den Versorgungsauftrag zu entziehen.

Die bisher beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren betreffen die Bereiche gynäkologische Operationen, Mammachirurgie und die Geburtshilfe. Die ausgewählten Indikatoren sind wissenschaftlich gut belegt und zur Beurteilung der Behandlungsqualität hoch relevant. Zu ihnen gehören:

Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburt: Frühgeborene Kinder benötigen eine spezialisierte Behandlung. Deshalb sollte bei Frühgeburten ein Kinderarzt anwesend sein, um das Neugeborene direkt nach der Geburt ärztlich versorgen zu können.

Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts: Bei einer Entbindung per Kaiserschnitt besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko für die Mutter. Durch eine Gabe von Antibiotika während der Kaiserschnittentbindung lässt sich das Risiko für Wundinfektionen und Entzündungen der Gebärmutter Schleimhaut deutlich senken.

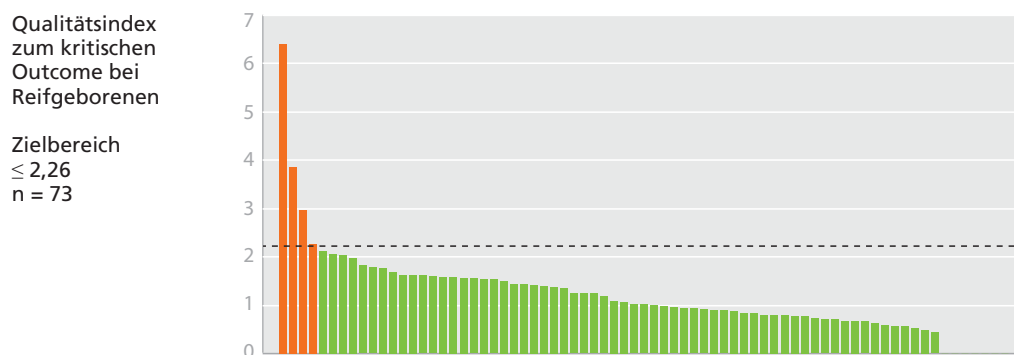
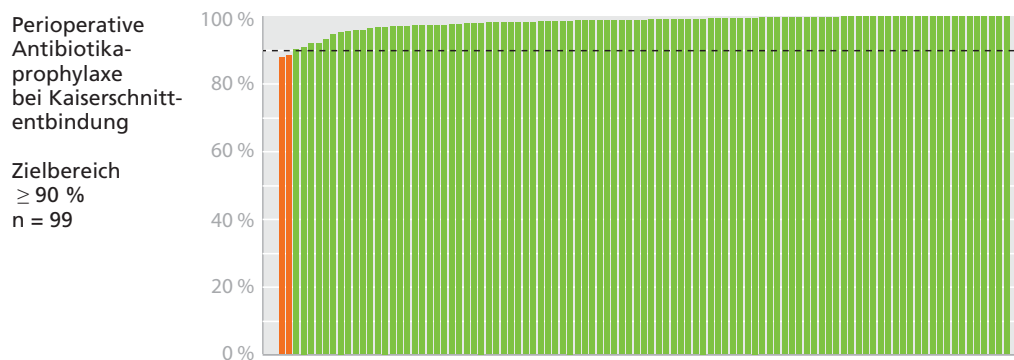
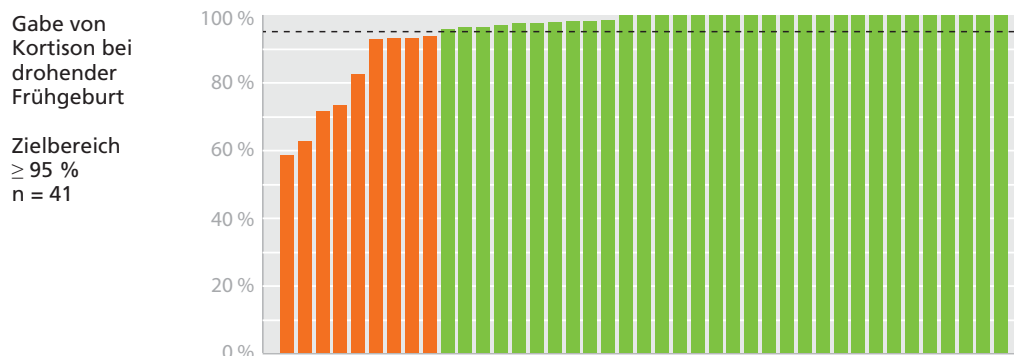
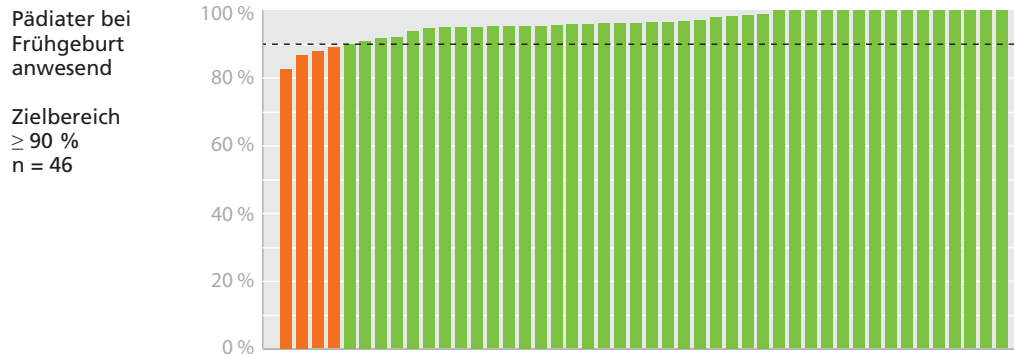
Qualität in der
Geburtshilfe ist
planungs-
relevant.



Abbildung 21

Einhaltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in der stationären Geburtshilfe, Kliniken in Hamburg und im Rheinland, 2015

Jede Säule symbolisiert ein Krankenhaus: ■ Zielwert nicht eingehalten ■ Zielwert eingehalten



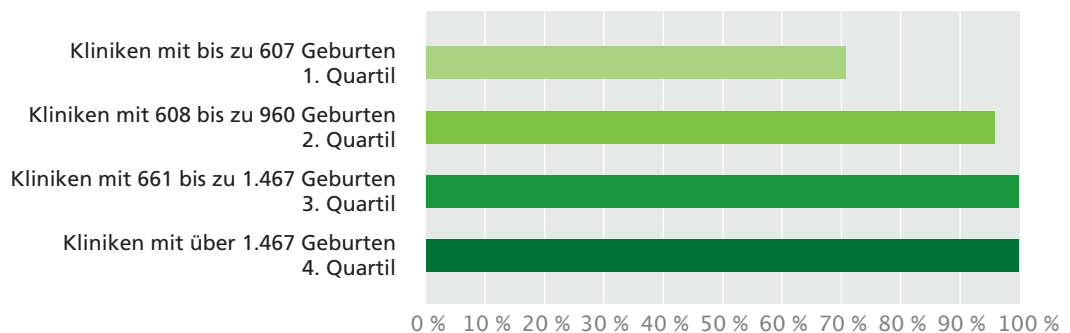
Quelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, nur Kliniken mit Angabe berücksichtigt

Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens zwei Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung): Bei frühgeborenen Kindern sind häufig die Lungen noch nicht weit genug entwickelt. Deshalb ist es wichtig, die Mütter vor der Geburt mit Kortison zu behandeln. Kortison kann eine beschleunigte Lungenreifung des Kindes bewirken. Dadurch haben viele Frühgeborene eine bessere Überlebenschance und das Risiko für schwerwiegende Komplikationen sinkt.

Qualitätsindex zum kritischen Gesundheitszustand bei Reifgeborenen: Um den Zustand eines Neugeborenen nach der Geburt zu erfassen, werden verschiedene Parameter erfasst. Dazu gehören die Messung des pH-Werts, die Bestimmung des Säure-Base-Haushalts (Base-Excess-Wert) und die Beurteilung der Lebensfunktionen (AGPAR-Wert). Diese Indikatoren werden zu einem Qualitätsindex zusammengefasst. Mithilfe dieser Maßzahl wird überprüft, ob die beobachtete Rate an Kindern mit kritischem Gesundheitszustand die statistisch erwartete Rate übersteigt. Ein Wert größer als 1 bedeutet, dass in der Klinik mehr Kinder einen kritischen Gesundheitszustand hatten, als aufgrund der Risikofaktoren zu erwarten gewesen wäre.

Abbildung 21 (Seite 39) macht deutlich, dass der Großteil der Geburtskliniken die Qualitätsanforderungen des GBA erfüllt. Schwangere und ihre Neugeborenen sind in den Kliniken im Rheinland und in Hamburg gut versorgt. Jedoch ist es wichtig, dass bestehende Qualitätsmängel umgehend behoben werden. Dabei sollte der Fokus nicht allein auf dem „harten“, vom IQTIG definierten Referenzwert liegen – es sollte darüber hinaus eine stetige Qualitätsverbesserung

Abbildung 22 Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung, Anteil Krankenhäuser mit einer Rate über 95 Prozent in Abhängigkeit der Anzahl der Geburten, 2015



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser

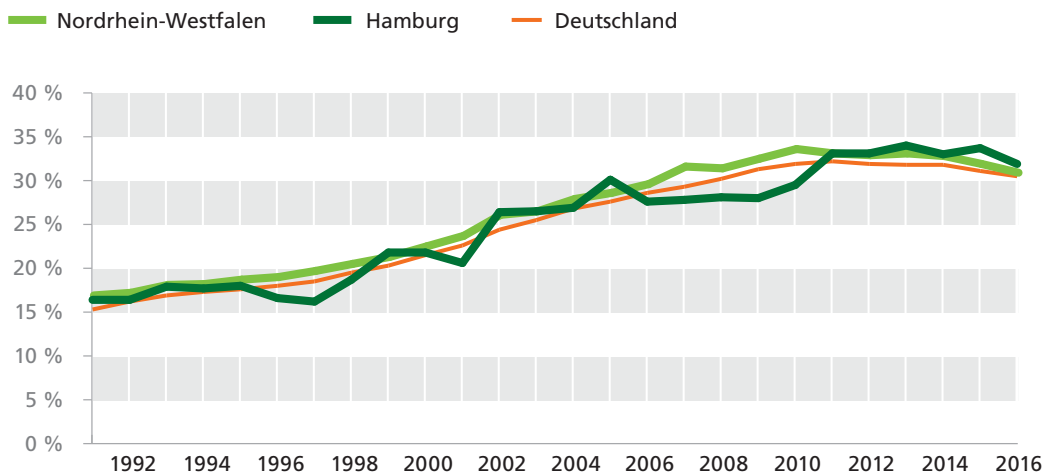
angestrebt werden. So ist zum Beispiel nicht nachvollziehbar, warum bei Frühgeburten nur in 90 Prozent der Fälle die Anwesenheit eines Kinderarztes verlangt wird. Perinatalzentren müssen die personellen und organisatorischen Ressourcen haben, um bei jeder Frühgeburt die Präsenz eines Pädiaters sicherzustellen.

Für die vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts liegt der vom IQTIG definierte Zielbereich bei 90 Prozent und mehr. Erhöht man in der Betrachtung die Zielvorgabe von 90 auf 95 Prozent, werden interessante Auffälligkeiten sichtbar. Alle größeren Geburtskliniken im Rheinland und in Hamburg erreichen diesen erhöhten Referenzwert, jedoch nur 70 Prozent der Kliniken mit niedriger Fallzahl (Abbildung 22). Offensichtlich haben kleinere Geburtskliniken größere Probleme, die Qualitätsvorgaben in allen Fällen zu erfüllen.

Kaiserschnitt

In den Geburtskliniken im Rheinland und in Hamburg erfolgte im Jahr 2015 jede dritte Geburt durch einen Kaiserschnitt. Die Sectio-Rate ist seit 1991 stetig angestiegen und hat sich etwa seit 2010 auf einem hohen Niveau stabilisiert (Abbildung 23). Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist der Anteil der Kaiserschnittentbindungen in Deutschland mit 30,5 Prozent überdurchschnittlich hoch. In Finnland lag er im Jahr 2015 bei gerade einmal 15,5 Prozent, in Norwegen bei 16,1 Prozent und in Schweden bei 17,3 Prozent.

Abbildung 23 Entbindungen durch Kaiserschnitt, Anteil an allen Entbindungen, 1991–2016



Quelle: GBE-Bund

Jedes **3.** Baby kam 2015 per Kaiserschnitt zur Welt.

In Nordrhein-Westfalen und in Hamburg sind 42 Prozent aller Schnittentbindungen sogenannte primäre Kaiserschnitte, das heißt, sie werden durchgeführt, wenn die Geburt noch nicht begonnen hat. In knapp der Hälfte der Fälle fällt die Entscheidung für den Kaiserschnitt während des Geburtsprozesses („sekundärer Kaiserschnitt“). Die restlichen knapp neun Prozent der Schnittentbindungen werden in der Kategorie „Sonstige und nicht näher bezeichnet“ geführt.

In Deutschland gibt es zum Teil große Unterschiede bei der Kaiserschnitttrate. Während Sachsen mit 24 Prozent die niedrigste Quote von allen Bundesländern hat, ist sie im Saarland mit 38,5 Prozent am höchsten. Und auch im Kreisvergleich werden große regionale Unterschiede sichtbar (Abbildung 24). In den Geburtskliniken im Kreis Aachen und in den Städten Krefeld, Duisburg und Essen ist die Kaiserschnitttrate über zehn Prozentpunkte höher als in den Kliniken der Städte Mülheim an der Ruhr und Mönchengladbach sowie des Kreises Euskirchen.

Die Betrachtung der rohen Sectio-Raten lässt unberücksichtigt, dass in einigen Krankenhäusern beziehungsweise Regionen mehr Risikogeburten betreut werden als in anderen. Im Rahmen der Strukturierten Qualitätsberichte wird daher für jede Klinik eine risikoadjustierte Quote berechnet. Sie drückt das Verhältnis der tatsächlichen Anzahl der Kaiserschnitte zu der – aufgrund der Risikostruktur der Patientinnen – zu erwartenden Rate aus. Ein Wert größer als eins bedeutet, dass in der Klinik mehr Kaiserschnitte durchgeführt wurden, als statistisch zu erwarten gewesen wäre. Diese Werte sind für die einzelnen Kreise im Balkendiagramm von Abbildung 24 mit einer roten Linie dargestellt. Nach der Risikoadjustierung ist die Rate in den Kliniken im Kreis Mettmann am höchsten und im Kreis Euskirchen am niedrigsten.

Eine Kaiserschnittentbindung ist auch mit Risiken für Mutter und Kind verbunden.⁷ Für die Mütter steigt unter anderem die Gefahr, Komplikationen in folgenden Schwangerschaften zu erleiden. Kinder, die per Kaiserschnitt zur Welt gekommen sind, haben möglicherweise ein erhöhtes Risiko, im Kindesalter beispielsweise an Asthma bronchiale, allergischer Rhinitis oder Diabetes mellitus Typ 1 zu erkranken. Ein Kaiserschnitt sollte daher nur bei eindeutigen Vorteilen durchgeführt werden.

Eine Kaiserschnittentbindung ist medizinisch angebracht, wenn sie ernste Folgen für das Leben und die Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter verhindern kann. Es gibt einige Indikationen, bei denen ein Kaiserschnitt aus geburtsmedizinischen Gründen fast immer erforderlich ist. Sie werden als absolute Indikationen bezeichnet. Zu ihnen zählen eine Querlage des Kindes, ein

⁷ Mylonas/Friese 2015: Indikationen, Vorzüge und Risiken einer elektiven Kaiserschnittoperation. In: Deutsches Ärzteblatt 112:29-30, S. 489–495.

Schädel-Becken-Missverhältnis oder mütterliche Infektionen. Diese absoluten Indikationen liegen in weniger als zehn Prozent aller vorgenommenen Kaiserschnittentbindungen zugrunde.

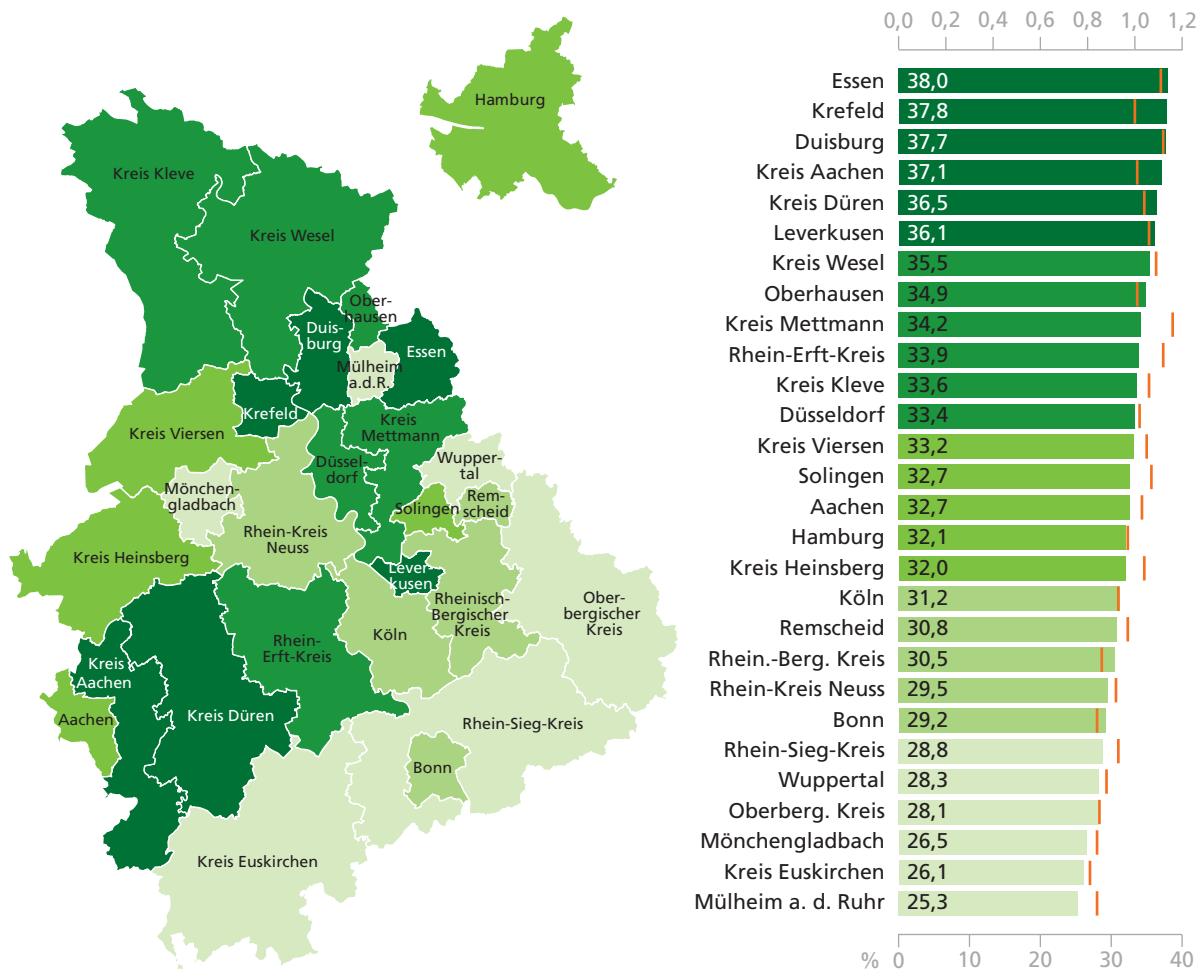
Der Großteil der Kaiserschnitte wird auf Grundlage von relativen Indikationen vorgenommen. Bei diesen Indikationen muss die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt – gemeinsam mit der Hebamme und den werdenden Eltern – die geburtsmedizinischen Risiken für Mutter und Kind für den Einzelfall

Abbildung 24 Kaiserschnittrate in den Geburtskliniken des Kreises, Anteil an allen Geburten, 2015

Klassengrenzen

■ $\geq 25,0\% - < 29,0\%$
■ $\geq 29,0\% - < 32,0\%$
■ $32,0\% - < 33,3\%$
■ $33,3\% - < 36,0\%$
■ $\geq 36,0\% - < 38,1\%$

— risikoadjustierte Kaiserschnittrate, Verhältnis der beobachteten zu der statistisch erwarteten Rate (obere Achse)



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser

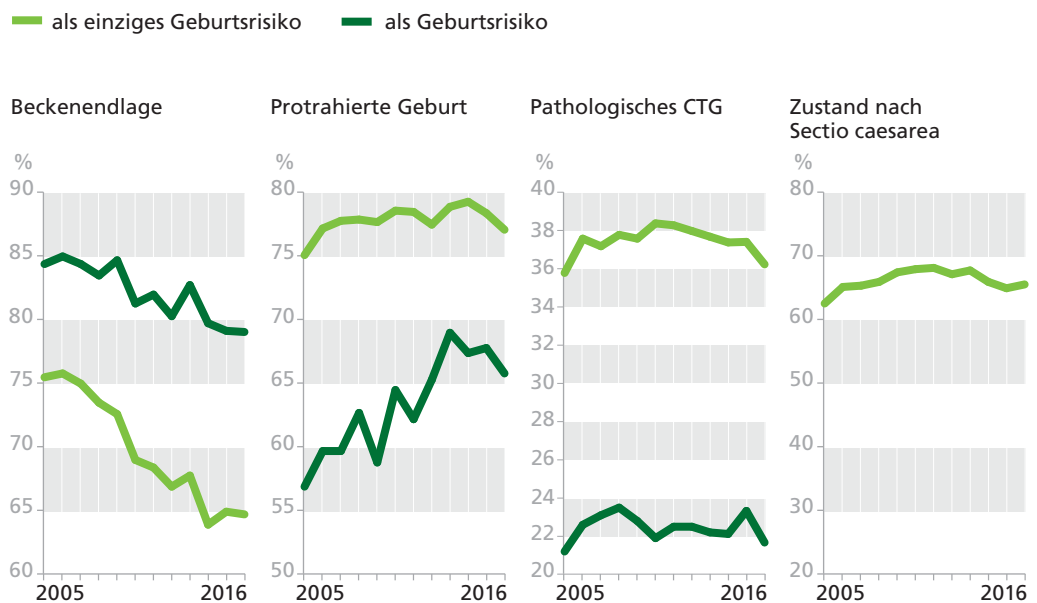
abwägen. Zu ihnen zählen eine Beckenendlage (Kind liegt im Mutterleib mit dem Kopf nach oben), eine sehr lange Geburtsdauer (protrahierte Geburt), Auffälligkeiten bei der Herzton- und Wehenmessung (CTG) oder eine vorherige Kaiserschnittgeburt.

Abbildung 25 zeigt, dass dieser ärztliche Ermessensspielraum bei vielen Geburtsrisiken sehr häufig für eine Entscheidung für einen Kaiserschnitt genutzt wird. Diese Entwicklung deutet darauf hin, dass viele Ärzte versuchen, (haftungsrechtliche) Risiken zu vermeiden, und im Zweifel zu einer Schnittentbindung raten.

Geburten aus Beckenendlage galten lange Zeit als riskant und wurden fast ausschließlich per Kaiserschnitt entbunden. In jüngster Zeit wird diese Risikoeinschätzung wieder hinterfragt. Natürliche Geburten aus Beckenendlage werden auch aus medizinischer Sicht positiver beurteilt. Jedoch ist in den vergangenen Jahrzehnten das Wissen über Geburten aus Beckenendlage weitestgehend verloren gegangen. Heutzutage betreuen nur wenige Kliniken Spontangeburt aus Beckenendlage. In diesen Häusern ist die Anzahl dieser Geburten gestiegen. Dies deutet daraufhin, dass diese Häuser viele Frauen anziehen, die eine Schnittentbindung vermeiden möchten und nach diesem Kriterium die Klinik auswählen.

Ähnlich ist die Situation bei der äußeren Wendung. Bei dieser Maßnahme versucht eine Ärztin oder ein Arzt, den Fötus von außen mithilfe von Handgriffen

Abbildung 25 Entwicklung der Kaiserschnitttrate bei relativen Indikationen bei reifgeborenen Einlingen, Nordrhein-Westfalen, 2005–2016



Quelle: Geschäftsstelle QS-Nordrhein-Westfalen

aus der Beckenendlage zu einer Wendung zu bewegen. Das erfordert eine gewisse Erfahrung, die heutzutage nur noch in wenigen Kliniken vorhanden ist. Zwei Drittel aller Wendungsversuche im Rheinland und in Hamburg fanden in gerade einmal zwei Kliniken statt. Insgesamt wurden in den Geburtskliniken in Rheinland und in Hamburg im Jahr 2015 rund 650 Wendungsversuche unternommen, von denen etwas mehr als die Hälfte erfolgreich war.

Es ist nicht möglich, bei relativen Indikationen eine „richtige“ oder „angemessene“ Kaiserschnitttrate zu definieren, denn bei jeder Entbindung muss im

Statement

Hohe Kaiserschnittraten machen Umdenken nötig

Mit einer Kaiserschnitttrate von 30,5 Prozent im Jahr 2016 liegt Deutschland oberhalb des EU-Durchschnitts (27,4 Prozent, 2014). Die seit vielen Jahren steigenden Zahlen sind mittlerweile Anlass intensiver Diskussionen, nicht nur in akademischen Fachkreisen, sondern auch in der geburtshilflichen Versorgung. Vor allem der Umgang mit relativen Indikationen – allen voran eine vorherige Sectio, aber auch Beckenendlagen und Zwillingsgeburten – stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Die starke regionale Variation (auf Kreisebene von 17 bis 51 Prozent, altersbereinigt) mit niedrigen Kaiserschnittraten in den neuen Bundesländern, hohen in Bayern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz weist darauf hin, dass es hier Handlungsspielraum gibt. Sie lässt auch vermuten, dass es weniger medizinische Faktoren (zum Beispiel gestiegenes Alter der Mütter und damit assoziiert ein höherer Anteil chronisch kranker Mütter mit schwangerschaftsrelevantem Risikoprofil), sondern strukturelle und organisatorische Faktoren sind, die für das Kaiserschnittgeschehen relevant werden. Die Sorge vor haftungsrelevanten Geburtschäden und ein hohes Sicherheitsbedürfnis sind bei



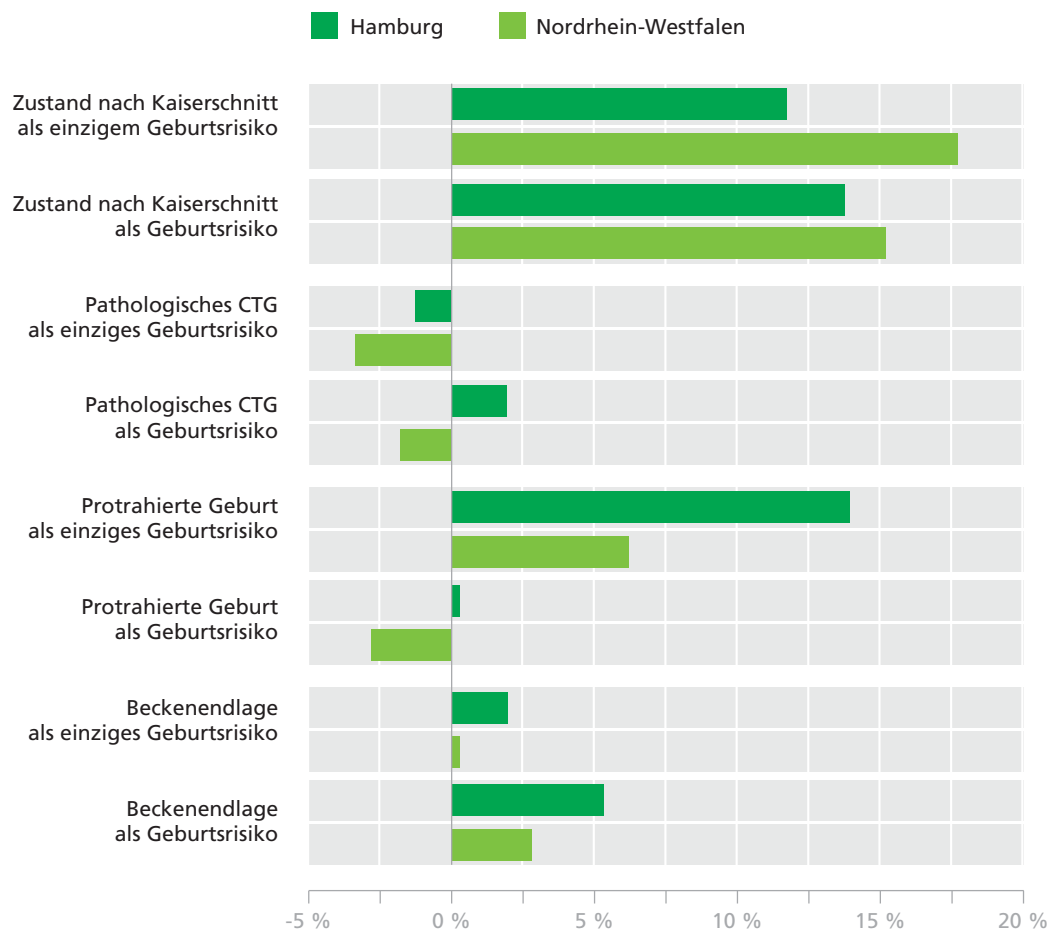
Prof. Dr. Petra Kolip
ist Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

den Schwangeren, den Ärztinnen und Ärzten sowie den Klinikleitungen gleichermaßen zentral. Und doch: Die Schulung des geburtshilflichen Personals im Umgang mit Beckenendlagen und Zwillingsgeburten, die Reflexion der Betreuung von Frauen mit vorheriger Sectio, die ressourcenorientierte Betreuung von Schwangeren mit Geburtsängsten und die Investition in eine Einzu-eins-Betreuung unter der Geburt lassen sich als Schlüssel für eine Senkung der Kaiserschnitttrate benennen. In einigen Bundesländern, allen voran die Stadtstaaten Bremen und Berlin, wurden Runde Tische eingerichtet, in denen die Akteure vor Ort mögliche Maßnahmen erarbeiten und gemeinsam umsetzen und auch im jüngst verabschiedeten Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“ wird der Ermöglichung und Förderung einer physiologischen Geburt ein großer Stellenwert eingeräumt. Erste Erfolge der Runden Tische sind sichtbar: Mittlerweile haben sich die Kaiserschnittraten stabilisiert, sie sinken sogar in einigen Bundesländern. Diese Entwicklung gibt Anlass zur Hoffnung, dass ein Umdenken in der Geburtshilfe begonnen hat.

Einzelfall entschieden werden. Im regionalen Vergleich können aber Auffälligkeiten festgestellt werden, die auf eine unnötig hohe Kaiserschnitttrate bei einzelnen Indikationen hindeuten. Abbildung 26 betrachtet die Kaiserschnitttrate bei ausgewählten Geburtsrisiken in Hamburg und Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu Sachsen, das mit 24 Prozent die niedrigste Sectio-Rate von allen deutschen Bundesländern hat.

Auffällig ist die deutlich erhöhte Kaiserschnitttrate bei Zustand nach Sectio caesarea, also bei Frauen, die bereits eine Schnittentbindung hatten. Auch bei Geburten aus Beckenendlage sind die Werte in Hamburg und Nordrhein-Westfalen – trotz starkem Rückgang – höher als in Sachsen. Die höhere Sectio-Rate bei der protrahierten Geburt als einzigem Geburtsrisiko ist zwar auffällig, aber die Fallzahlen von etwa einem halben Prozent sind bei dieser Indikation sehr gering.

Abbildung 26 Höhere Kaiserschnitttrate bei ausgewählten Geburtsrisiken im Vergleich zu Sachsen, Differenz zu Werten in Sachsen in Prozentpunkten, 2015



Quelle: EQS-Hamburg 2016, Geschäftsstelle QS-Nordrhein-Westfalen 2016, PGS Sachsen 2016

4

Gesundheit im ersten Lebensjahr

Gesundheit im ersten Lebensjahr

Das erste Lebensjahr ist für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes von großer Bedeutung. Es erwirbt grundlegende motorische und kognitive Fähigkeiten und die sinnliche Wahrnehmung prägt sich aus. Auch die Immunabwehr muss sich nach der Geburt erst aufbauen. Es ist wichtig, Neugeborene bei einem gesunden Start ins Leben zu unterstützen.

Stillverhalten

In den ersten Monaten nach der Geburt sind die Abwehrkräfte des Neugeborenen noch nicht voll entwickelt. In dieser Zeit kommt dem Stillen eine große Bedeutung zu. Die Muttermilch enthält wertvolle Abwehrstoffe: Gestillte Kinder haben gegenüber nicht gestillten Kindern ein geringeres Risiko für Infektionskrankheiten der Atemwege, des Mittelohrs und des Magen-Darm-Trakts. Zu den positiven langfristigen Effekten des Stillens gehören ein niedrigeres Risiko für Asthma, Allergien und Adipositas. Auch die Mütter profitieren vom Stillen: Studien zeigen, dass Stillen zu einer schnelleren Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt führt und das Risiko für Brust- und Eierstockkrebs reduziert. Zudem stärkt das Stillen die emotionale Beziehung zwischen Mutter und Kind.¹ Die Nationale Stillkommission empfiehlt, Säuglinge mindestens bis zu Beginn des fünften Monats ausschließlich zu stillen.

Jeder **3** ■ Säugling
wird die ersten vier
Monate ausschließlich
gestillt.



In Deutschland werden Daten zum Stillverhalten nicht umfassend und regelmäßig erhoben. Die verfügbaren Daten zeigen, dass zwar der Großteil der Säuglinge anfänglich gestillt wird, aber nur bei einem Drittel in der empfohlenen Zeit von mindestens vier Monaten keine weiteren Flüssigkeiten oder Beikost zugefüttert werden. Mütter mit einem niedrigeren Bildungsstatus stillen ihre Kinder seltener und kürzer als Mütter mit hohem Bildungsabschluss (Abbildung 27). Dieser soziale Gradient zeigt sich auch bei der Inanspruchnahme von Hebammenleistung (Abbildung 14, Seite 26). Ein Zusammenhang zwischen Hebammenversorgung und Stillverhalten kann zwar nicht nachgewiesen, aber vermutet werden.

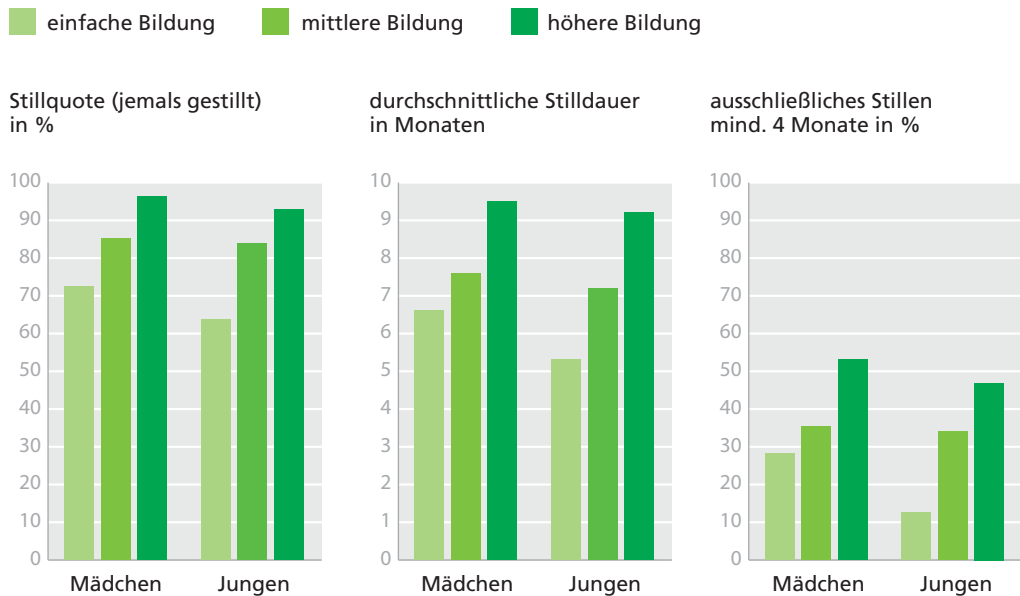
Es ist nicht ungewöhnlich, dass es zu Problemen beim Stillen kommt. In einer solchen Phase braucht die Mutter fachliche und emotionale Unterstützung, um mit der oftmals belastenden Situation umzugehen und das Stillen fortzusetzen. Hebammen können dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Auch den Geburtskliniken kommt eine zentrale Rolle zu. In den ersten Tagen nach der Geburt können sie das Stillen anleiten und sicherstellen, dass die Milchbildung angeregt wird.

¹ Brettschneider AK, Weikert C, Abraham K et al. 2016: Stillmonitoring in Deutschland – Welchen Beitrag können die KiGGS-Daten leisten? Journal of Health Monitoring 1:2, S. 16–25.

Mit dem Zertifizierungssystem der WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundlich“ werden Kliniken ausgezeichnet, die sich den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen UNICEF verpflichtet haben. Aktuell sind im Rheinland und in Hamburg 17 Geburtskliniken als „babyfreundlich“ zertifiziert.

Insgesamt ist es wichtig, die Maßnahmen zur Förderung und Unterstützung des Stillens in Deutschland zu verstärken und dabei einen besonderen Fokus auf Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status und Migrantinnen zu legen.

Abbildung 27 Stillverhalten von Müttern bei 0- bis 6-Jährigen (Geburtsjahrgänge 2002–2012) nach Bildungsstatus der Mutter



Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS-Studie

Früherkennungsuntersuchungen und Impfschutz

Im ersten Lebensjahr entwickeln sich Kinder sehr schnell. Um mögliche Gesundheitsstörungen oder Auffälligkeiten in der Entwicklung frühzeitig zu erkennen und behandeln zu können, wird dringend empfohlen, das Kind regelmäßig von der Kinderärztin oder dem Kinderarzt untersuchen zu lassen. Im ersten Lebensjahr sind sechs Früherkennungsuntersuchungen vorgesehen (Tabelle 4, Seite 50).

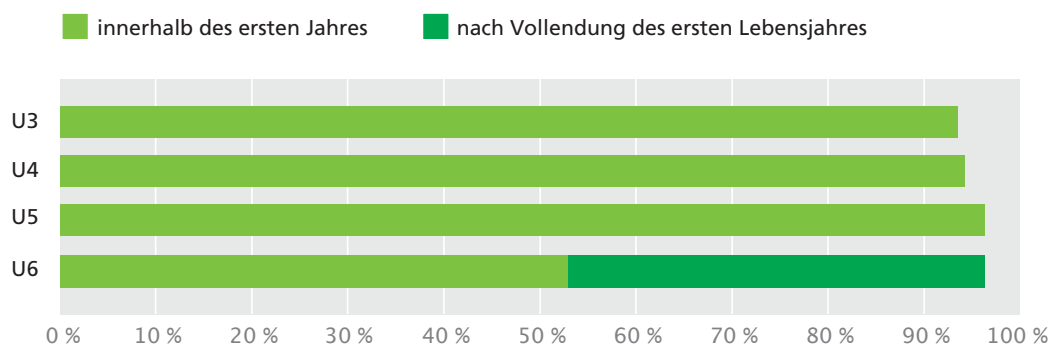
Tabelle 4 Früherkennungsuntersuchungen für Kinder im ersten Lebensjahr

	Zeitraum	Inhalt
U1	nach der Geburt	Erkennen von lebensbedrohlichen Komplikationen und sofort behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Fehlbildungen, Schwangerschafts-, Geburts- und Familienanamnese, Kontrolle von Atmung, Herzschlag, Hautfarbe, Reifezeichen
U2	3. bis 10. Lebenstag	Erkennen von angeborenen Erkrankungen und wesentlichen Gesundheitsrisiken, Vermeidung von Komplikationen: Anamnese und eingehende Untersuchung von Organen, Sinnesorganen und Reflexen
U3	4. bis 5. Lebenswoche	Prüfung der altersgemäßen Entwicklung der Reflexe, der Motorik, des Gewichts und der Reaktionen, Untersuchung der Organe, Abfrage des Trink-, Verdauungs- und Schlafverhaltens, Untersuchung der Hüftgelenke auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation
U4	3. bis 4. Lebensmonat	Untersuchung der altersgerechten Entwicklung und Beweglichkeit des Säuglings, der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut, Untersuchung von Wachstum, Motorik und Nervensystem
U5	6. bis 7. Lebensmonat	
U6	10. bis 12. Lebensmonat	Untersuchung der altersgemäßen Entwicklung, der Organe, Sinnesorgane (insb. der Augen), Kontrolle des Bewegungsapparates, der Motorik, der Sprache und der Interaktion

Quelle: Kinder-Richtlinie des GBA

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist durchgängig hoch. Etwa 95 Prozent der Eltern entscheiden sich dafür, ihr Kind untersuchen zu lassen (Abbildung 28).

Abbildung 28 Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr, Anteil an allen Kindern des Geburtsjahrgangs 2014



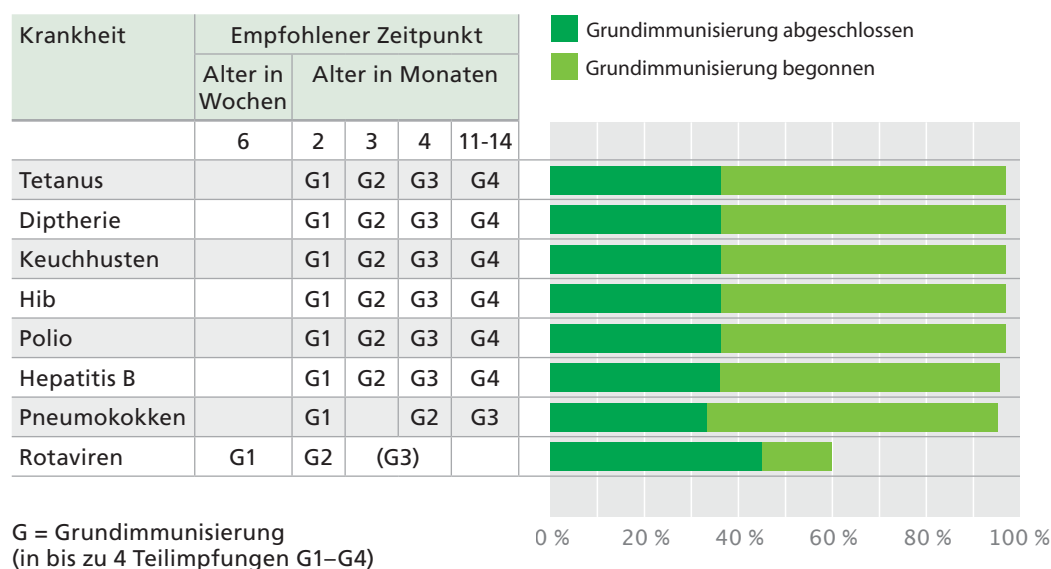
Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Säuglinge sind durch bestimmte Infektionskrankheiten besonders gefährdet. Krankheiten wie Keuchhusten oder Infektionen mit dem Bakterium *Haemophilus influenzae* (Hib) verursachen bei Neugeborenen in den ersten Monaten deutlich mehr Komplikationen als bei älteren Kindern. Deshalb ist es wichtig, dass Babys bereits nach dem vollendeten zweiten Lebensmonat gegen verschiedene Erkrankungen geimpft werden.

Nach Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) sollte nach 14 Monaten die Grundimmunisierung gegen acht Krankheiten abgeschlossen sein (Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten [Pertussis], *Haemophilus influenzae* Typ b [Hib], Polio [Kinderlähmung], Hepatitis B, Pneumokokken und Rotaviren). Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln sowie Meningokokken sind erst um den ersten Geburtstag (11. bis 14. Monat) empfohlen.

Abbildung 29 zeigt die Impfquoten der Kinder im Rheinland und in Hamburg nach 14 Monaten. Erfreulich ist, dass die grundsätzliche Bereitschaft zum Impfen hoch ist. Über 95 Prozent der Kinder haben mindestens eine Impfung gegen die meisten Krankheiten erhalten. Jedoch wurde nur bei einem Drittel der Kinder die Grundimmunisierung abgeschlossen. Der Großteil der Kinder hat die empfohlene Anzahl von zumeist insgesamt vier Impfdosen nicht erhalten. Bei ihnen besteht die Gefahr, dass ihr Körper noch keinen vollständigen Immunschutz aufbauen konnte und sie trotz begonnener Grundimmunisierung erkranken. Die

Abbildung 29 Grundimmunisierung nach 14 Monaten begonnen oder abgeschlossen, Anteil an allen Kindern des Geburtsjahrgangs 2014, Rheinland und Hamburg



Quelle: Impfempfehlung der STIKO, Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg

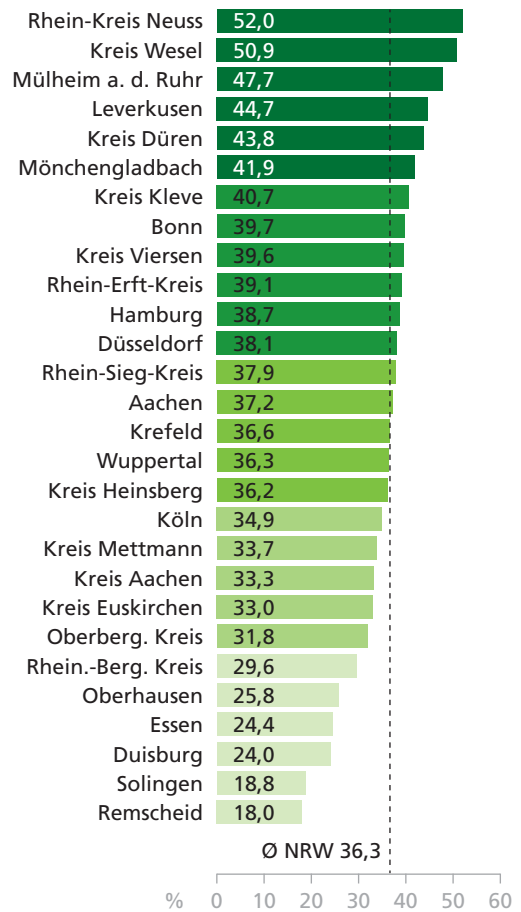
größte Herausforderung bei der Impfprophylaxe besteht offensichtlich darin, die Eltern bei der zeitgerechten Impfung ihrer Kinder zu unterstützen.

Die Immunisierungsraten für Diphtherie, Tetanus, Polio, Keuchhusten, Hib, Hepatitis B und Pneumokokken sind nahezu identisch, da die Impfungen zu denselben Zeitpunkten vorgenommen und teilweise auch Kombinationsimpfstoffe verwendet werden. Im regionalen Vergleich zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Rate der abgeschlossenen Grundimmunisierung gegen Tetanus und Diphtherie nach 14 Monaten (Abbildung 30).

Abbildung 30 Grundimmunisierung abgeschlossen, Tetanus/Diphtherie nach 15 Monaten, Anteil an allen Kindern des Geburtsjahrgangs 2014, Kreisvergleich

Klassengrenzen

■ $\geq 18\% - < 30\%$
 ■ $\geq 30\% - < 35\%$
 ■ $35\% - < 38\%$
 ■ $\geq 38\% - < 41\%$
 ■ $\geq 41\% - < 52\%$



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Die Impfraten gegen Rotaviren unterscheiden sich hingegen deutlich. Rotaviren sind die häufigste Ursache von Magen-Darm-Infektionen bei Kindern unter fünf Jahren. Jährlich werden etwa 20.000 Kinder in Deutschland aufgrund einer Rotaviren-Infektion im Krankenhaus behandelt. Mit der Impfung sollen solche schweren Infektionen bei Säuglingen und Kindern verhindert werden. Die Impfung soll bereits im Alter von sechs bis zwölf Wochen begonnen werden und muss je nach Impfstoff spätestens bis zur vollendeten 24. beziehungsweise 32. Lebenswoche abgeschlossen sein.

Erkrankungen im ersten Lebensjahr

Während der Schwangerschaft erhält das ungeborene Kind über die Plazenta Antikörper der Mutter, die es in den ersten Monaten nach der Geburt vor Krankheiten schützen. Wenn dieser „Nestschutz“ endet, muss das Immunsystem des Kindes selbstständig arbeiten. Im Kontakt mit Krankheitserregern bildet es Antikörper und stärkt so seine Immunabwehr. Infekte im ersten Lebensjahr sind daher per se nichts Beunruhigendes, sondern gehören zur kindlichen Entwicklung. Auch andere Beschwerden wie Blähungen, Verstopfungen oder Störungen beim Zahnen sind nicht ungewöhnlich.

Insgesamt 18 Erkrankungen wurden bei mehr als zehn Prozent aller Säuglinge im Rheinland und in Hamburg ärztlich behandelt (Abbildung 31). Jedes zweite Kind war mit einer akuten Infektion der oberen Atemwege (Nase, Nebenhöhlen und Rachenraum) bei einem niedergelassenen Arzt. Etwa 30 Prozent der Säuglinge wurden wegen Blähungen ärztlich behandelt und jeweils 20 Prozent aufgrund nicht näher bezeichneter Virusinfektionen, einem Erkältungsschnupfen oder einer akuten Bronchitis.

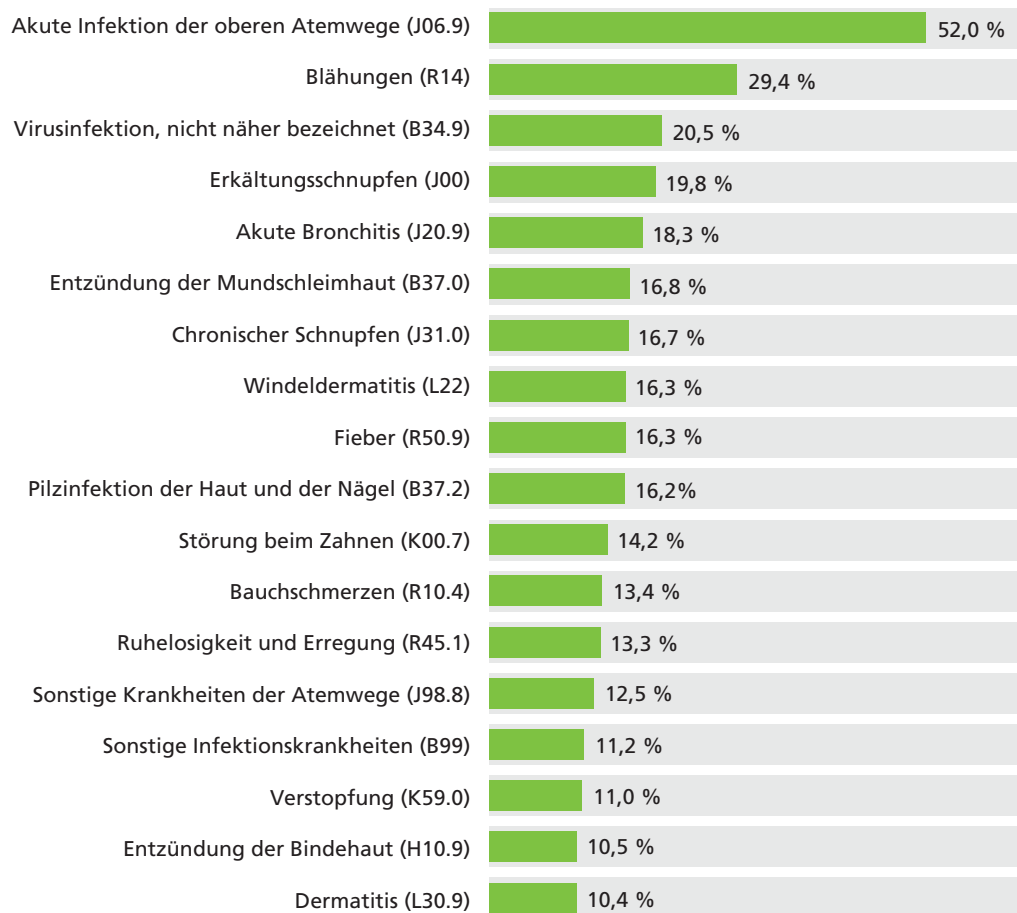
Ernsthafte Erkrankungen sind bei Säuglingen glücklicherweise selten. Bei 2,8 Prozent aller Neugeborenen wird innerhalb des ersten Lebensjahres jedoch ein angeborener Herzfehler im Krankenhaus diagnostiziert. Dieser Wert ist deutlich höher als bisher in der Literatur bekannt, die die Prävalenz auf etwa ein Prozent beziffert. Diese Diskrepanz sollte Anlass für eine intensivere Betrachtung des Themas sein. Die Werte in der wissenschaftlichen Literatur beruhen auf zehn Jahre alten Daten. Eventuell führt eine verbesserte Diagnostik heutzutage dazu, dass mehr Herzfehler bereits im ersten Lebensjahr erkannt werden.

Nur **36 %**
der Säuglinge haben
zeitgerecht einen
vollständigen
Impfschutz
erhalten.



Die Therapie von angeborenen Herzfehlern hängt von der Art und Schwere des Herzfehlers ab. Einige Herzfehler sind in der Regel ungefährlich und heilen von selbst aus. In anderen Fällen ist eine schnelle Operation noch im Säuglingsalter notwendig. Von allen Kindern mit diagnostiziertem Herzfehler werden 12,4 Prozent im ersten Lebensjahr am Herzen operiert.

Abbildung 31 Krankheiten im ersten Lebensjahr, die beim niedergelassenen Arzt behandelt werden, Anteil der Säuglinge mit entsprechender Diagnose, Rheinland und Hamburg, 2015



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Aufwachsen in der Familie

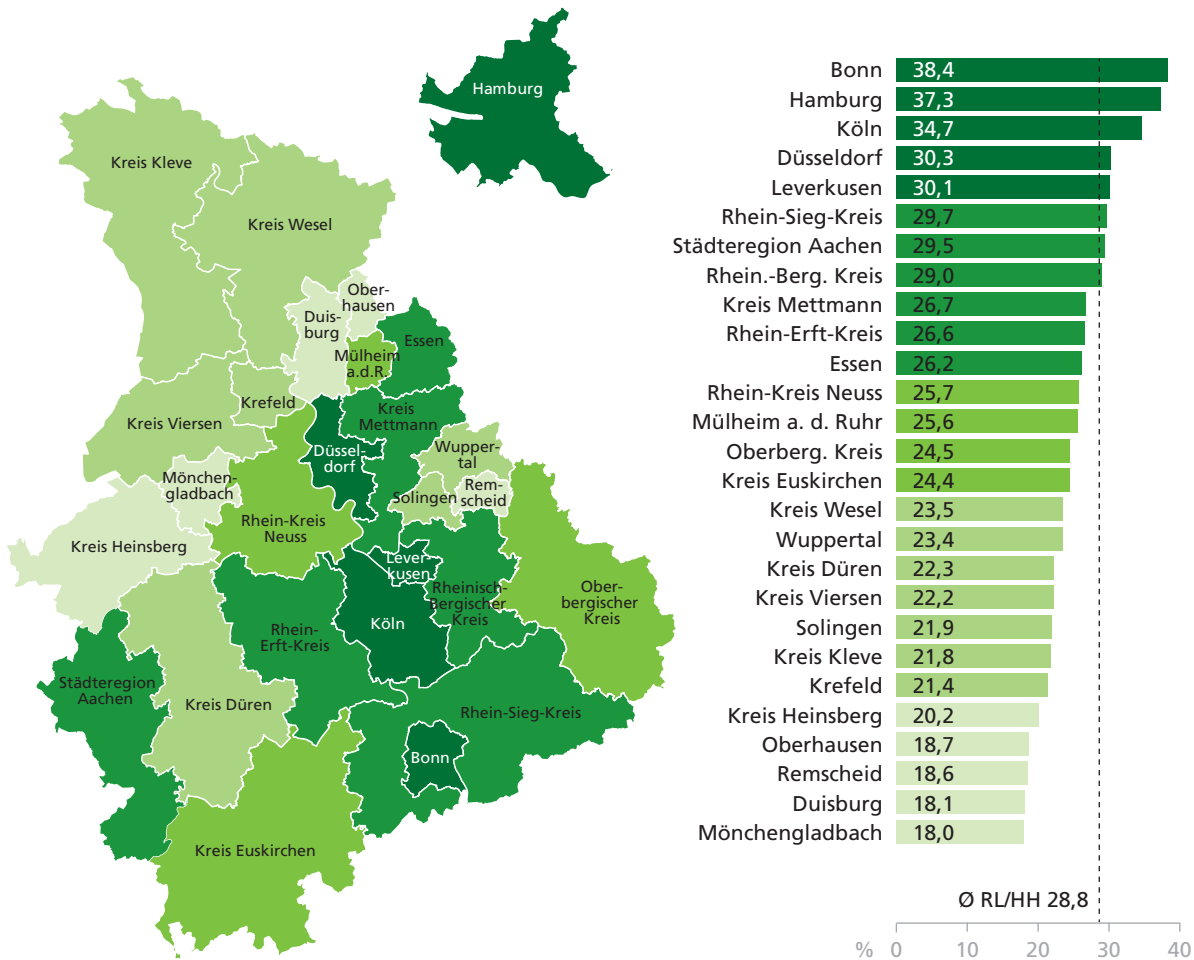
Die meisten Kinder werden in ihrem ersten Lebensjahr durchgängig zu Hause betreut. In Nordrhein-Westfalen gingen zum Stichtag 1. März 2016 rund 2.600 Kinder unter einem Jahr in eine Kindertageseinrichtung oder in eine öffentlich geförderte Kindertagespflege – in Hamburg waren es gut 600. Dies entspricht einem Anteil von 1,6 Prozent in Nordrhein-Westfalen und 3,1 Prozent in Hamburg.

Das Elterngeld gibt den Eltern die Möglichkeit, ihre berufliche Arbeit zu unterbrechen und sich ihrem Kind zu widmen. Für einen Zeitraum von zwölf Monaten

Abbildung 32 Anteil der Väter mit Elterngeldbezug, Anteil an allen Kindern, die im Jahr 2014 geboren sind

Klassengrenzen

$\geq 18\% - < 21\%$
 $\geq 21\% - < 24\%$
 $24\% - < 26\%$
 $\geq 26\% - < 30\%$
 $\geq 30\% - < 39\%$



Quelle: Statistisches Bundesamt

Fast jeder **3.** Vater nutzt das Elterngeld.



erhält das Elternteil, das zu Hause bleibt, 65 Prozent des vorherigen Nettoeinkommens – maximal jedoch 1.800 Euro monatlich. Wenn sich beide Eltern an der Betreuung beteiligen, steigt die Bezugsdauer auf 14 Monate. Die Eltern können sich die Betreuungszeiten frei aufteilen, jedes Elternteil muss aber mindestens zwei Monate übernehmen.

Die Betreuung im ersten Lebensjahr erfolgt in den meisten Familien durch die Mutter. 28,8 Prozent aller Väter im Rheinland und in Hamburg nutzen das Angebot des Elterngeldes, davon allerdings über 70 Prozent für maximal zwei Monate – die Mindestdauer (Abbildung 32, Seite 55). Insbesondere in den Sommermonaten steigt die Inanspruchnahme durch die Väter. Lediglich acht Prozent aller Väter nehmen mehr als zwei Monate Elternzeit.

Diese Zahlen beziehen sich auf Familien mit einem Kind, das im Jahr 2014 geboren wurde. Für das Jahr 2016 berichtet das Statistische Bundesamt von einem Anstieg der Elterngeld beziehenden Väter von zwölf Prozent. Endgültige Daten liegen jedoch erst vor, wenn alle Elterngeldbezüge für einen Geburtszeitraum abgeschlossen wurden. Seit Mitte 2015 können sich Eltern optional auch für das Elterngeld Plus entscheiden. Es wird doppelt so lange wie das Elterngeld bezahlt, dafür jedoch nur in halber Höhe. Durch diesen längeren möglichen Bezugszeitraum liegen die endgültigen Zahlen für einen Geburtsjahrgang nun erst mehr als zwei Jahre später vor.

Armut – ein Gesundheitsrisiko

In kaum einer Bevölkerungsgruppe in Deutschland ist das Armutsrisiko so hoch wie bei Säuglingen und Kleinkindern. Im Rheinland und in Hamburg lebt jedes fünfte Kind unter drei Jahren in einem Haushalt, der auf Grundsicherung angewiesen ist, in einigen Städten sogar jedes dritte (Abbildung 33). Diese Zahlen sind alarmierend, denn insbesondere die ersten Lebensjahre sind für die (gesundheitliche) Entwicklung der Kinder prägend.

Die Auswirkungen von sozialer Ungleichheit auf die Lebens- und Gesundheitschancen von Kindern sind wissenschaftlich gut belegt. Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status leben oftmals unter schwierigen materiellen Lebens-, Wohn- und Umweltbedingungen und haben ein erhöhtes Risiko für psychosoziale Belastungen. Auch weisen sie im Durchschnitt eine niedrigere Gesundheitskompetenz auf. Diese Faktoren – oftmals in Kombination – verschlechtern die Lebens- und Gesundheitschancen von Kindern.

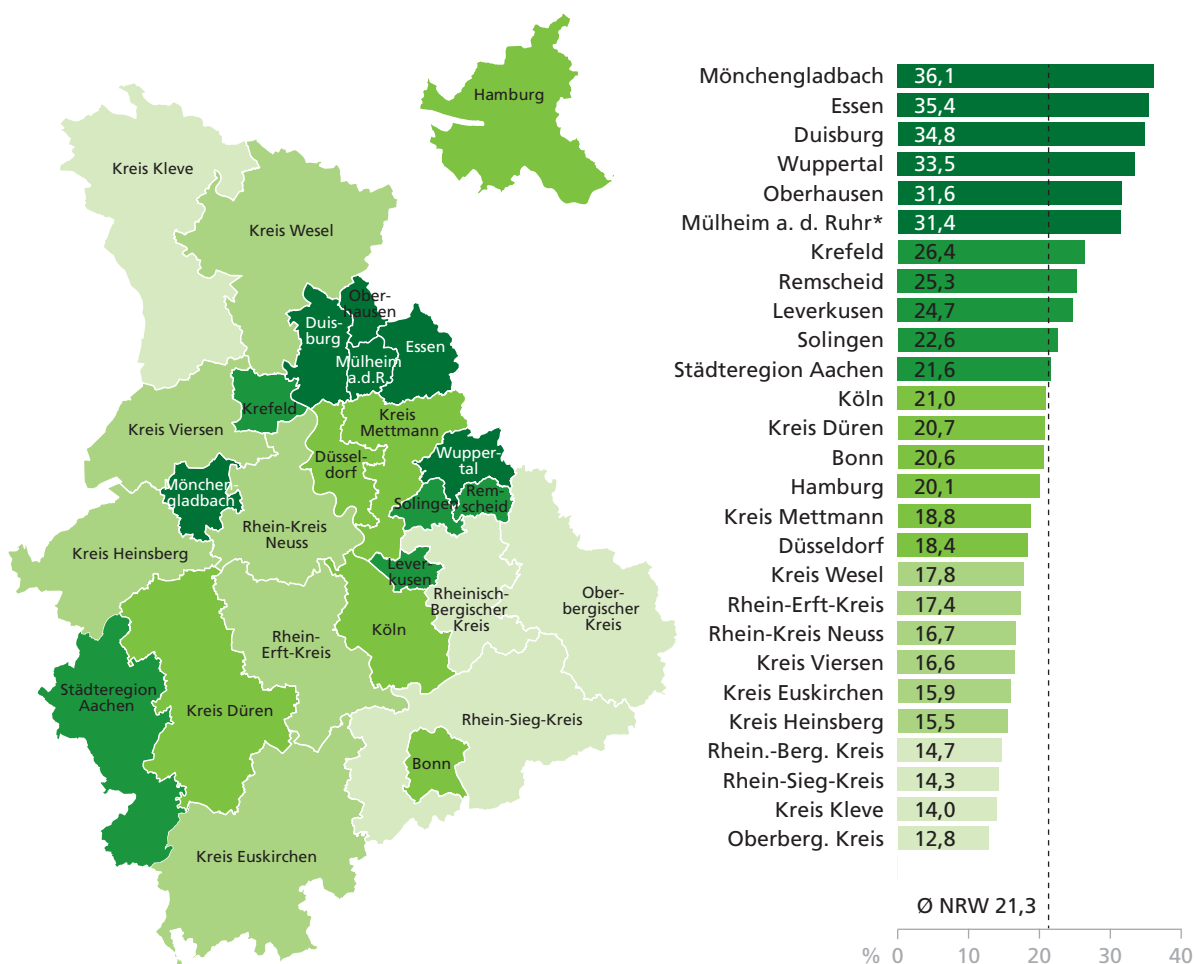
Es muss Aufgabe der Gesundheits- und Sozialpolitik sein, die Auswirkungen von Armut auf die (gesundheitliche) Entwicklung der Kinder zu reduzieren. Die Akteure müssen dabei mit der Herausforderung umgehen, dass Familien in Problemlagen durch bestehende Unterstützungsangebote oftmals nicht erreicht werden. Hier sind niederschwellige, aufsuchende Maßnahmen erforderlich, wie sie vor allem durch die Frühen Hilfen geleistet werden. Angebote der Frühen

Hilfen zielen darauf ab, Eltern bereits in der Phase der Schwangerschaft und in den ersten drei Lebensjahren des Kindes zu betreuen. Sie leisten einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern und helfen, Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig zu erkennen. Damit tragen die Frühen Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei.

Abbildung 33 Kinder unter 3 Jahren im SGB-II-Bezug, Anteil an leistungsberechtigten Kindern in Bedarfsgemeinschaften, Juni 2017 (* Wert für Mülheim a. d. Ruhr für Dezember 2016)

Klassengrenzen

$\geq 12\% - < 15\%$
 $\geq 15\% - < 18\%$
 $18\% - < 21\%$
 $\geq 21\% - < 31\%$
 $\geq 31\% - < 35\%$



Quelle: Agentur für Arbeit

Datengrundlage

Die Versorgung von Frauen während, vor und nach der Geburt sowie die Betreuung der Säuglinge im ersten Lebensjahr sind anspruchsvolle Aufgaben, die verschiedene Bereiche berühren und die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Akteuren, Organisationen und Institutionen erfordern. Um die Vielschichtigkeit der Herausforderung und der Versorgung möglichst vollständig erfassen zu können, nutzen wir für den Themenreport verschiedene Datenquellen:

- **Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung:** Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden von der Krankenkasse bezahlt und entsprechend verbucht. Diese Daten, die routinemäßig für Abrechnungszwecke erhoben werden, lassen sich hinsichtlich der Versorgung von Schwangeren und Säuglingen auswerten. Die Daten liegen personenbezogen vor, sodass sowohl zeitliche als auch sektorübergreifende Versorgungsverläufe betrachtet werden können. Sie ermöglichen zudem Aussagen über die Leistungsanspruchnahme bei Bevölkerungsgruppen, die mit Studien und Umfragen kaum erreicht werden können.

In einem Gutachten für das Bundesgesundheitsministerium kommt das IGES Institut 2012 zu dem Ergebnis, dass die Daten der gesetzlichen Krankenkassen die am besten geeignete Schätzung zur Anzahl der beruflich aktiven Hebammen zulassen.

- **Sonderauswertungen der amtlichen Statistik:** Für bestimmte Fragestellungen, wie die Teilzeitquote bei festangestellten Hebammen oder die Inanspruchnahme von Elterngeld, greifen wir auf Auswertungen der amtlichen Statistik zurück.

- **Jahresauswertungen der externen Qualitätssicherung:** Im Rahmen der externen Qualitätssicherung dokumentieren die Krankenhäuser vorgegebene Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Diese Informationen werden auf Landes- und Bundesebene jährlich ausgewertet. Die Jahresauswertungen geben einen Überblick über das Leistungsgeschehen und die Einhaltung von Qualitätsstandards in dem jeweiligen Themenbereich. Die Berichte beinhalten aggregierte Werte des gesamten Bundeslandes Nordrhein-Westfalen.

- **Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser:** Auf Grundlage der Daten der externen Qualitätssicherung erstellen die Krankenhäuser jährlich einen Qualitätsbericht. Die Berichte folgen bundeseinheitlichen Vorgaben und enthalten Angaben zur Häufigkeit einer Behandlung, zur Einhaltung bestimmter Vorgaben, zur Personalausstattung und zur Anzahl der Komplikationen. Sie lassen krankenhausesindividuelle Aussagen zu.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Lebendgeborenen im Rheinland und in Hamburg, 2011–2016	6
Abbildung 2: Lebendgeborene je 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren, 2016, Kreisvergleich	7
Abbildung 3: Anamnestische Schwangerschaftsrisiken, 2016	11
Abbildung 4: Befundete Schwangerschaftsrisiken, 2016	11
Abbildung 5: Prävalenzraten des Gestationsdiabetes	13
Abbildung 6: Schwangerschaft im Mutterpass als Risikoschwangerschaft dokumentiert, 2004–2016	13
Abbildung 7: Anzahl Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft, 2016	15
Abbildung 8: Anzahl Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft, 2016	15
Abbildung 9: Inanspruchnahme pränatale Gendiagnostik, 2016	16
Abbildung 10: Alter bei Leistungsanspruchnahme der künstlichen Befruchtung, 2015	20
Abbildung 11: Gesamtausgaben aller gesetzlichen Krankenkassen für Hebammenhilfe	22
Abbildung 12: Verhältnis Neugeborene (2015) zu Hebammen (2014–2016), Kreisvergleich	23
Abbildung 13: Inanspruchnahme Hebammenleistungen 2010–2016	24
Abbildung 14: Inanspruchnahme Hebammenleistungen nach sozioökonomischem Status	26
Abbildung 15: Zusammenhang zwischen Inanspruchnahmequoten von Hebammenleistungen und Arbeitslosenquote, 2016	27
Abbildung 16: Krankenhaushebammen mit Beschäftigung in Teilzeit, 2015, Kreisvergleich	29
Abbildung 17: Kliniken, die den erforderlichen Betreuungsschlüssel an Hebammen erfüllen, 2015	30
Abbildung 18: Erreichbarkeit der Geburtskliniken, Fahrzeit in Minuten, 2017	33
Abbildung 19: Frauen mit Fahrtzeit zur nächstgelegenen Klinik über 20 Minuten, 2015, Kreisvergleich	34

Abbildung 20: Anzahl Geburten je Geburtsklinik, Krankenhausebene, 2015	35
Abbildung 21: Einhaltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in der stationären Geburtshilfe, 2015	39
Abbildung 22: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnitt- entbindung, 2015	40
Abbildung 23: Entbindungen durch Kaiserschnitt, Anteil an allen Entbindungen, 1991–2016	41
Abbildung 24: Kaiserschnittquote in den Geburtskliniken des Kreises, 2015, Kreisvergleich	43
Abbildung 25: Entwicklung der Kaiserschnittquote bei relativen Indikationen bei reifgeborenen Einlingen, 2005–2016	44
Abbildung 26: Höhere Kaiserschnittquote bei ausgewählten Geburtsrisiken im Vergleich zu Sachsen, 2015	46
Abbildung 27: Stillverhalten von Müttern bei 0- bis 6-Jährigen nach Bildungsstatus der Mutter	49
Abbildung 28: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr	50
Abbildung 29: Grundimmunisierung nach 14 Monaten begonnen oder abgeschlossen	51
Abbildung 30: Grundimmunisierung abgeschlossen, Tetanus/ Diphtherie nach 15 Monaten, Kreisvergleich	52
Abbildung 31: Krankheiten im ersten Lebensjahr, die beim niedergelassenen Arzt behandelt werden	54
Abbildung 32: Anteil der Väter mit Elterngeldbezug, Kreisvergleich	55
Abbildung 33: Kinder unter 3 Jahren im SGB-II-Bezug, Juni 2017 Kreisvergleich	57
Tabelle 1: Behandlungsmethoden der künstlichen Befruchtung	19
Tabelle 2: Inanspruchnahme von Hebammenleistungen	28
Tabelle 3: Stufen der perinatalogischen Versorgung	36
Tabelle 4: Früherkennungsuntersuchungen für Kinder im ersten Lebensjahr	50

