

Ein statistischer Blick auf die Geburtshilfe in Niedersachsen

Der Start ins Leben beginnt für die überwiegende Mehrheit der Menschen in Niedersachsen und Deutschland in einem Krankenhaus. Die Krankenhausstatistik zählte für das Jahr 2020 insgesamt 69 287 Lebendgeborene bei 68 299 Geburten in allgemeinen Krankenhäusern in Niedersachsen. Die amtliche Statistik erfasst keinerlei Daten über außerklinische Geburten und freiberufliche Hebammen¹⁾. Um ein vollständigeres Bild der Geburtshilfe zu gewinnen, werden im Folgenden auch Angaben aus nicht-amtlichen Quellen einbezogen.

Wer sein Kind nicht in einem Krankenhaus auf die Welt bringen möchte, hat die Möglichkeit zu einer außerklinischen Geburt in einem Geburtshaus oder in Begleitung einer Hebamme per Hausgeburt in den eigenen vier Wänden. Dass Geburtshilfe in Deutschland vorwiegend im Krankenhaus stattfindet, hat eine Vielzahl von Gründen: gefühltes Sicherheitempfinden, begründete Risiken, Zunahme des Anteils älterer Mütter, aber auch praktische und faktische Hemmnisse für außerklinische Geburtshilfe.

Eine Binsenweisheit besagt, dass das Thema Geburt(hilfe) von den allermeisten Menschen genau solange ausgeblendet wird, bis sie selbst davon betroffen sind. Dann beginnt die Suche: Welche Hebamme steht für eine Begleitung der Schwangerschaft zur Verfügung? Wo kann das Kind auf die Welt kommen bzw. wo möchte die werdende Mutter das Kind zur Welt bringen?

Rund 98 % der Entbindungen in Niedersachsen fanden 2020 in Kreißsälen niedersächsischer Krankenhäuser statt. Die Zahl der außerklinischen Geburten ist allerdings von 8 238 (1,14 %) im Jahr 2002 auf 13 969 (1,80 %) im Jahr 2020 angestiegen.²⁾

Dabei ist der Schritt in eine Klinik mit Geburtshilfe im Flächenland Niedersachsen stark vom Wohnort abhängig: Der *Krankenhausatlas*³⁾ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder zeigt für das Berichtsjahr 2016 die Erreichbarkeit von Kliniken mit Frauenheilkunde- und/oder

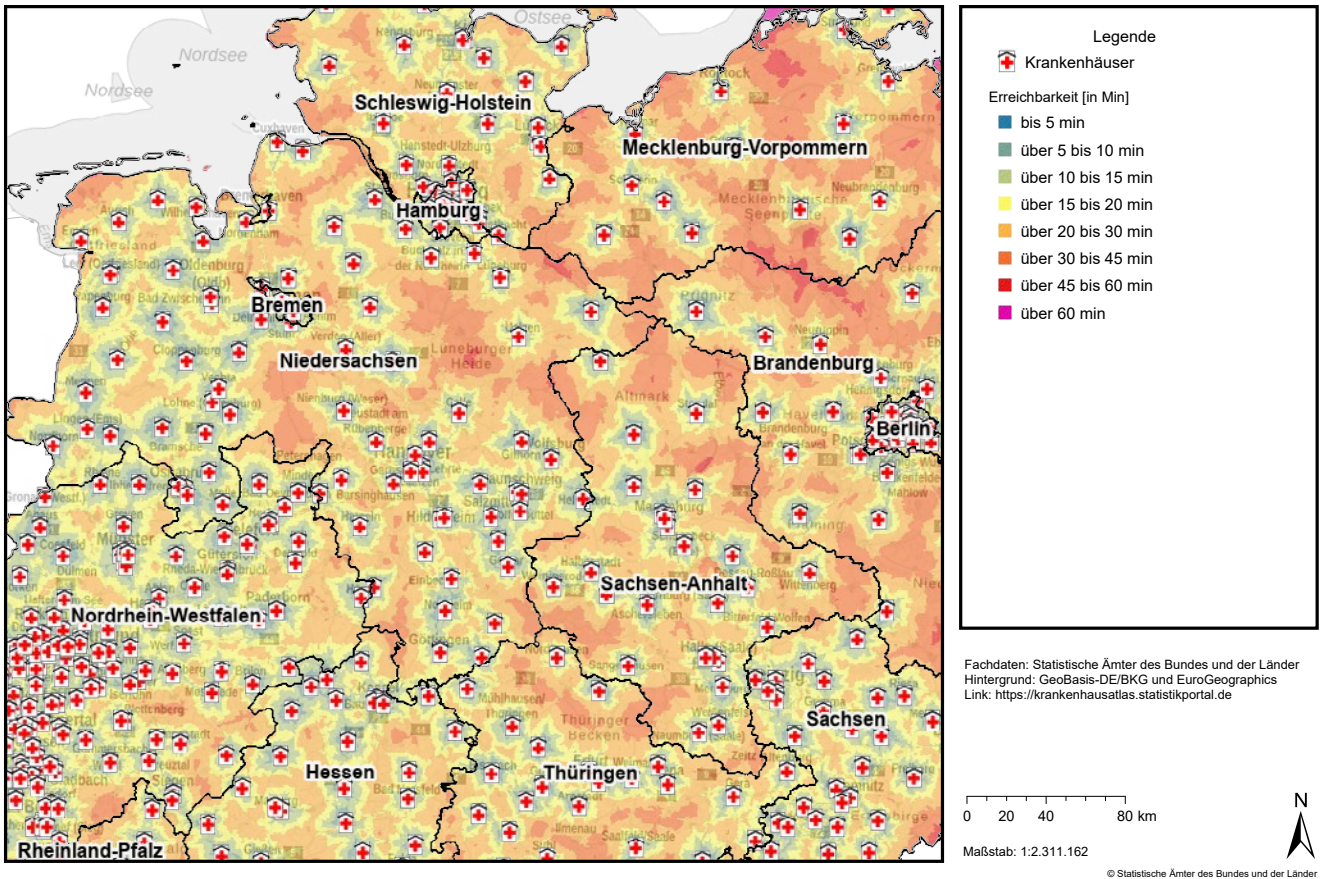
1) Der Begriff „Hebamme“ gilt seit 2019 für alle Geschlechter. Zuvor wurden Männer als Entbindungspfleger bezeichnet.

2) Vgl. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG), Geburtenzahlen in Deutschland, abrufbar unter: www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm (zuletzt abgerufen am 12.07.2022).

3) Der Krankenhausatlas ist erreichbar unter: krankenhausatlas.statistikportal.de.

A1 | Erreichbarkeitsmodell von Krankenhäusern mit Frauenheilkunde/Geburtshilfe

Krankenhäuser mit Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe



Geburtshilfestationen⁴⁾. Die Bezeichnung ist ein wenig irreführend: Die Geburtshilfe ist an allen in der Karte abgebildeten Standorten vorhanden, eine gynäkologische Station nicht immer. Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten und einem spezifischen Versorgungsangebot an diesen Standorten wird jeweils der einzelne Standort mit seinem Leistungsspektrum dargestellt. Für einige Gebiete des Landes ergeben sich nach dieser Darstellung beträchtliche Fahrzeiten: So ist in Teilen des Heidekreises und im nordöstlichen Teil des Landkreises Gifhorn mit Fahrzeiten von 30 bis über 45 Minuten zur nächsten Geburtshilfestation zu rechnen. Auch die Region an der Grenze der Landkreise Nienburg (Weser) und Diepholz weist Fahrzeiten zwischen 30 und 45 Minuten auf. Gleiches gilt auch für das Gebiet zwischen Bremerhaven und Hamburg, Teile des Harzes und

4) Nicht abgebildet werden Tageskliniken, rein private Einrichtungen und Krankenhäuser, die im Berichtsjahr keine vollstationären Fälle gemeldet haben.

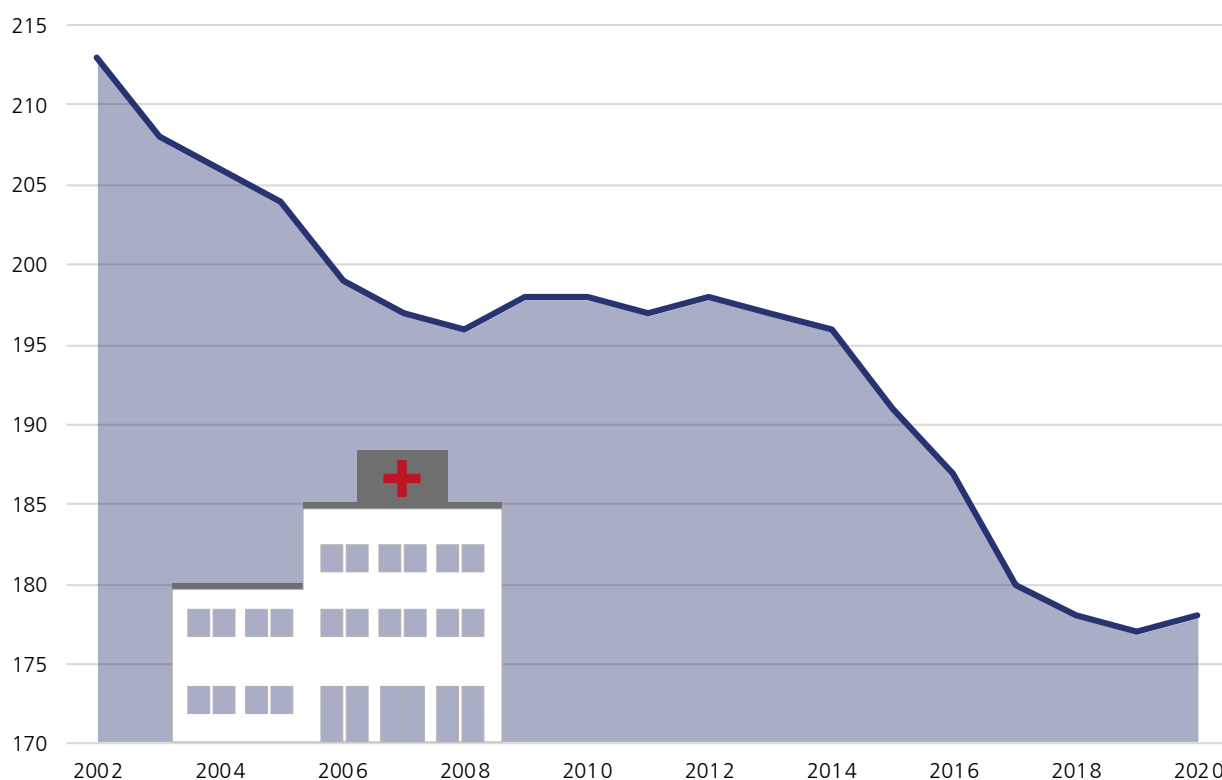
des Weser-Leine-Berglandes. Dies ist auch Auswirkung davon, dass die Zahl der Krankenhäuser in Niedersachsen seit Jahren zurückgeht.

Die Betriebswirtschaft der Geburt

Ein Blick in die Entwicklung der niedersächsischen Krankenhauslandschaft seit 2002 zeigt besonders zwei Tendenzen: Die Zahl der Krankenhäuser in Niedersachsen ging von 213 im Jahr 2002 auf 178 im Jahr 2020 zurück (vgl. A2). Und: Verbliebene Krankenhäuser müssen sich oft einer geänderten Ausgangslage stellen.

Die kommunalen Krankenhäuser in Niedersachsen wurden zum Teil privatisiert, was einen grundsätzlichen Effekt auf die Gesundheitsversorgung hat: Während zuvor eine

A2 | Zahl der Krankenhäuser in Niedersachsen 2002 bis 2020



bestmögliche medizinische Versorgung bei gebotener Wirtschaftlichkeit Richtschnur war, änderte sich diese Prämisse mit der Privatisierung zahlreicher Kliniken. Neben der bestmöglichen Behandlung kommt damit dem Umsatz mit dem Ziel, Gewinn zu erwirtschaften, eine stärkere Bedeutung zu.

Seit 2002 verringerte sich die Zahl niedersächsischer Kliniken in öffentlicher Trägerschaft von 77 auf zuletzt 48 im Jahr 2020. Die Anzahl von Krankenhäusern privater Träger stieg im selben Zeitraum von 58 (2002) auf 70 (2020) an. Bei Krankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft sind in der Regel kirchliche Orden, karitative Organisatio-

nen oder soziale Vereinigungen die Träger. Diese Gruppe ging von 78 Kliniken (2002) auf 60 Einrichtungen (2020) zurück (vgl. A3).

Mit jahrelang sinkenden Geburtenzahlen folgte für Teile der Träger der Schritt, die Geburtshilfestationen zu schließen. Im Jahr 2020 bot deutschlandweit nur noch rund ein Drittel der Krankenhäuser überhaupt Geburtshilfe an, 1991 galt dies noch für knapp die Hälfte⁵⁾. In Niedersach-

5) Vgl. Statistisches Bundesamt, Ein Drittel aller Geburten in 2020 durch Kaiserschnitt, Pressemitteilung Nr. 22/2022, abrufbar unter: www.destatis.de > Presse > Pressemitteilungen > Pressemitteilung Nr. N 022 vom 26. April 2022 (zuletzt abgerufen am 14.07.2022).

sen schlossen zuletzt im Jahr 2021 Kreißsäle in Emden und Friesoythe⁶⁾. Im schlimmsten Fall könnte dies für Frauen bedeuten, unter der Geburt von Kliniken abgewiesen zu werden. Oder aber es könnte die Situation eintreten, dass verbliebene Kreißsäle überbelegt werden und eine Hebamme zeitgleich mehrere Geburten zu begleiten hätte, mit entsprechenden Folgen für die Hinwendung den gebärenden Frauen gegenüber. Die Folge können traumatisierende Erlebnisse sein, aber auch Überinterventionen. Von Betroffenen-Initiativen⁷⁾ werden Vorwürfe erhoben, dass in (vermeintlich) langwierige Geburten durch Interventionen eingegriffen würde, um diese zu beschleunigen und gleichzeitig Kreißsaal-Kapazitäten freizumachen. Einleitungen oder medizinisch nicht-erforderliche Kaiserschnitte können die Folge solcher Interventionsketten sein.

Mögliche Fehlanreize

Parallel zu der zunehmenden Privatisierung von Krankenhäusern wurde zeitgleich die Umstellung auf das System der Fallpauschalen bei der Abrechnung medizinischer Leistungen im Jahr 2003 zu einer wesentlichen Rahmenbedingung. Mit diesem System, mit dem Krankenhausbetreiber

auch bewusst einem Wettbewerb untereinander ausgesetzt werden sollten, kann es zu Fehlanreizen kommen. Denn wirtschaftlich erfolgreich ist, wer möglichst viele Eingriffe und Behandlungen verordnet, die mit den privaten und gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können. Daraus können für Krankenhäuser Zielkonflikte aus Wirtschaftlichkeit auf der einen und dem gesamtgesellschaftlichen Auftrag der bestmöglichen medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite entstehen.

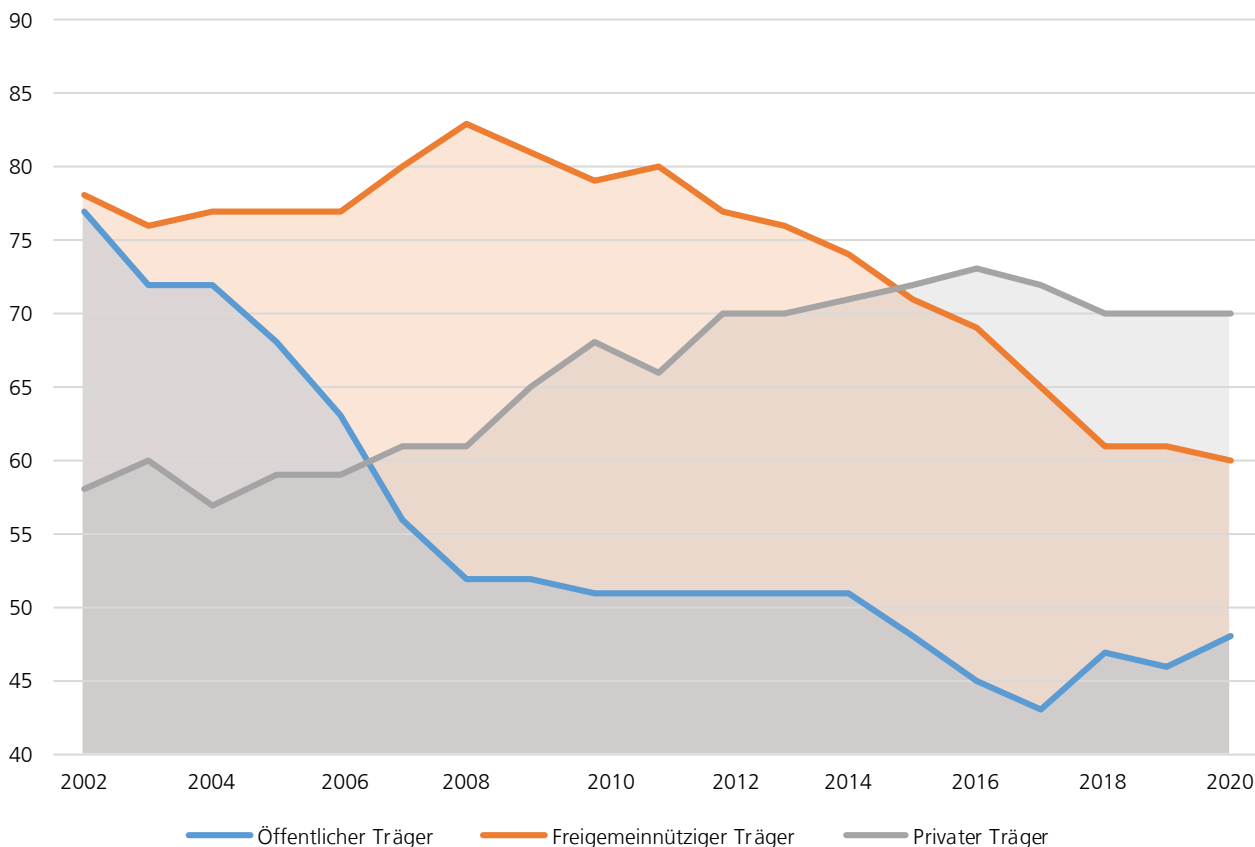
Ein Bündnis aus 2 800 deutschen Ärztinnen und Ärzten forderte im Jahr 2019 in einem ärztlichen Appell, das Fallpauschalensystem abzuschaffen oder mindestens zu reformieren, um die „ökonomisch gesteuerte gefährliche Übertherapie“⁸⁾ zu stoppen.

Haben mögliche Fehlanreize Auswirkungen auf das Thema Geburtshilfe? Und wie würden sich diese Effekte in der Statistik darstellen? Dies könnte sich u. a. beim Anteil der Kaiserschnitt-Geburten zeigen. Ein Blick in die Krankenhausstatistik zeigt die Tendenz, dass der Anteil der Geburten per Kaiserschnitt seit 2003 (24,9 %) sukzessive bis zu einem Höchststand 2011 (32,9 %) anstieg. Bei den 68 299 Geburten in Niedersachsen im Jahr 2020 wurde in 19 683 Fällen ein Kaiserschnitt durchgeführt, das entspricht einem

6) Vgl. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVGAFS), Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt, Geburtshilfe in die Grundversorgung!, Pressemitteilung vom 16.02.2022, abrufbar unter: <https://gesundheit-rund-um-die-geburt.de/?p=107> (zuletzt abgerufen am 12.07.2022).
7) Vgl. Handlungsbedarf Kaiserschnitt - Ursachen der steigenden Kaiserschnittquote in Deutschland - Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnittquote https://www.arbeitskreis-frauen-gesundheit.de/wp-content/uploads/2015/05/KaiserschnittBroschuereEndfassung_01.pdf.

8) Vgl. Ärztlicher Appell für weniger Ökonomie im Gesundheitswesen vom 5. September 2019 auf der Website des Deutschen Ärzteblatts, abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/105771/Aerztlicher-Appell-fuer-weniger-Oekonomie-im-Gesundheitswesen> (zuletzt abgerufen am 12.07.2022).

A3 | Zahl der Krankenhäuser in Niedersachsen 2002 bis 2020 nach Trägerschaft



Anteil von 28,8 % (vgl. A4). Der Anstieg im Zeitverlauf wird auch dadurch begünstigt, dass eine Schnittentbindung beim ersten Kind eine solche beim zweiten Kind wahrscheinlicher macht. Auch das steigende Durchschnittsalter von Erstgebärenden dürfte eine Rolle spielen. Lag dieses 2011 in Niedersachsen noch bei 28,8 Jahren, betrug es 2020 schon 29,8 Jahre⁹⁾.

Kostendruck und Arbeitsverdichtung

Klinkenschließungen, angespannte finanzielle Ausstattung und Personalengpässe stellen den sensiblen Bereich der klinischen Geburtshilfe vor Herausforderungen.¹⁰⁾ Laut Weltgesundheitsorganisation WHO ist in 10 bis 15 % der Fälle ein Kaiserschnitt medizinisch notwendig zum Wohl der Mutter oder des Neugeborenen.¹¹⁾ Bei Kaiserschnittraten von circa 30 % wären demnach etwa die Hälfte der in Deutschland durchgeführten Kaiserschnitte verdächtig und könnten möglicherweise medizinisch vermeidbar gewesen sein. Die regionalen Unterschiede der Anteile von Kaiserschnitt-Geburten sind dabei auch in Deutschland beträchtlich. Die Spanne reicht von 25,5 % in Berlin bis hin zu 33,3 % in Schleswig-Holstein. Niedersachsen liegt mit einem Anteil von 28,7 % im unteren Drittel der Länder.

Es stellt sich die Frage nach den Ursachen der Kaiserschnitt-Häufigkeit: In Klinikabläufen gibt es Leitfäden und

Zeitpläne für den Verlauf von Behandlungen, auch für Geburten. Ein Abweichen hiervon wird dadurch erschwert, dass derlei Rahmen auch die rechtliche Absicherung für das beteiligte Pflegepersonal darstellen. Gleichzeitig lassen sich natürliche Vorgänge wie der Verlauf einer Geburt schwerlich standardisieren. Die Folge sind nicht selten Interventionsketten: Periduralanästhesie (PDA), Wehen-Tropf und andere Interventionen, die (vermeintlich) helfen sollen und mitunter einen Kaiserschnitt erst bedingen.¹²⁾

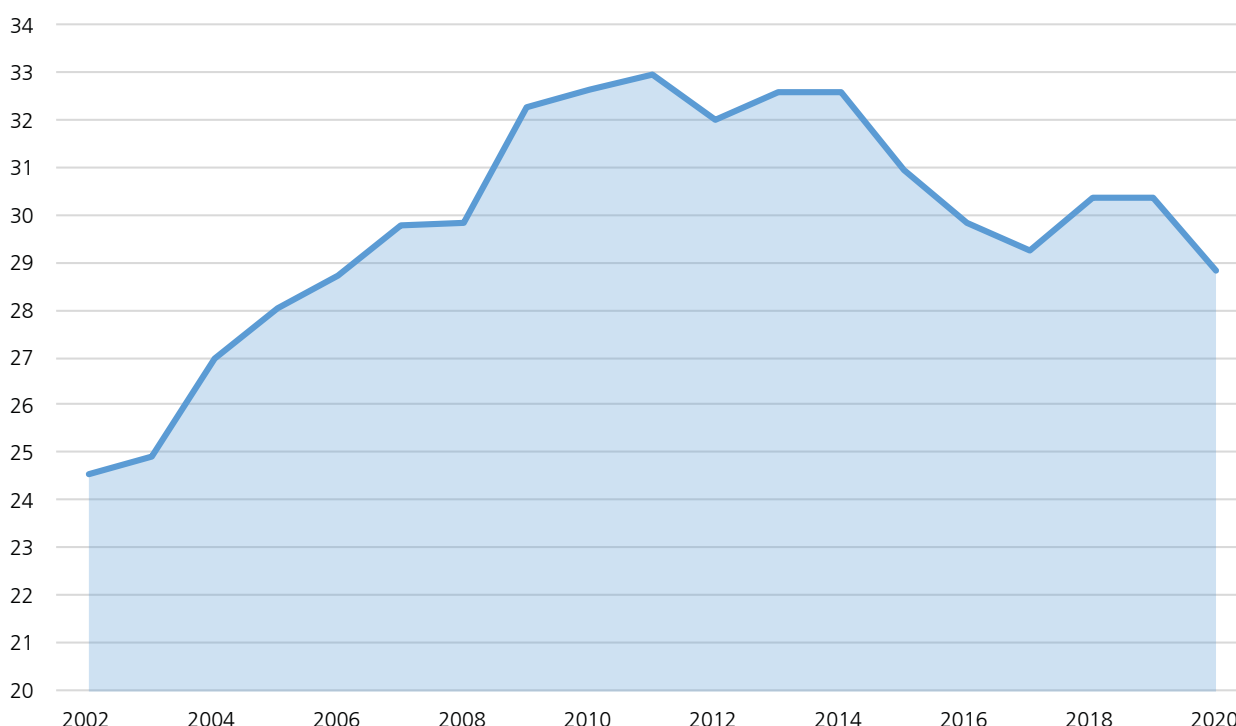
Ob es einen Zusammenhang zwischen einer Arbeitsverdichtung in Kreißsälen und einer gestiegenen Kaiserschnitttrate gibt, lässt sich statistisch nicht nachweisen. Hingegen gibt es ein wachsendes Bewusstsein gegenüber potentiell übergreifigen Praktiken in der Geburtshilfe. Die Abhängigkeit und Hilflosigkeit von Frauen in der Extremsituation der Geburt bedingen eine besondere Verletzlichkeit gegenüber Praktiken wie Festhalten, Anschreien, unter Druck setzen oder körperliche Untersuchungen und Eingriffe ohne Einwilligung. Solche Erfahrungen von körperlicher und psychischer Gewalt werden von zahlreichen Betroffenen¹³⁾ geschildert und treffen bislang nur auf ein begrenztes öffentliches Bewusstsein.

Um auf Gewalt in der Geburtshilfe aufmerksam zu machen, initiierten Betroffene 2011 den Aktionstag des *Roses Revolution Day*¹⁴⁾, der jährlich am 25. November begangen wird. Weltweit legen seither Frauen an diesem Tag Rosen

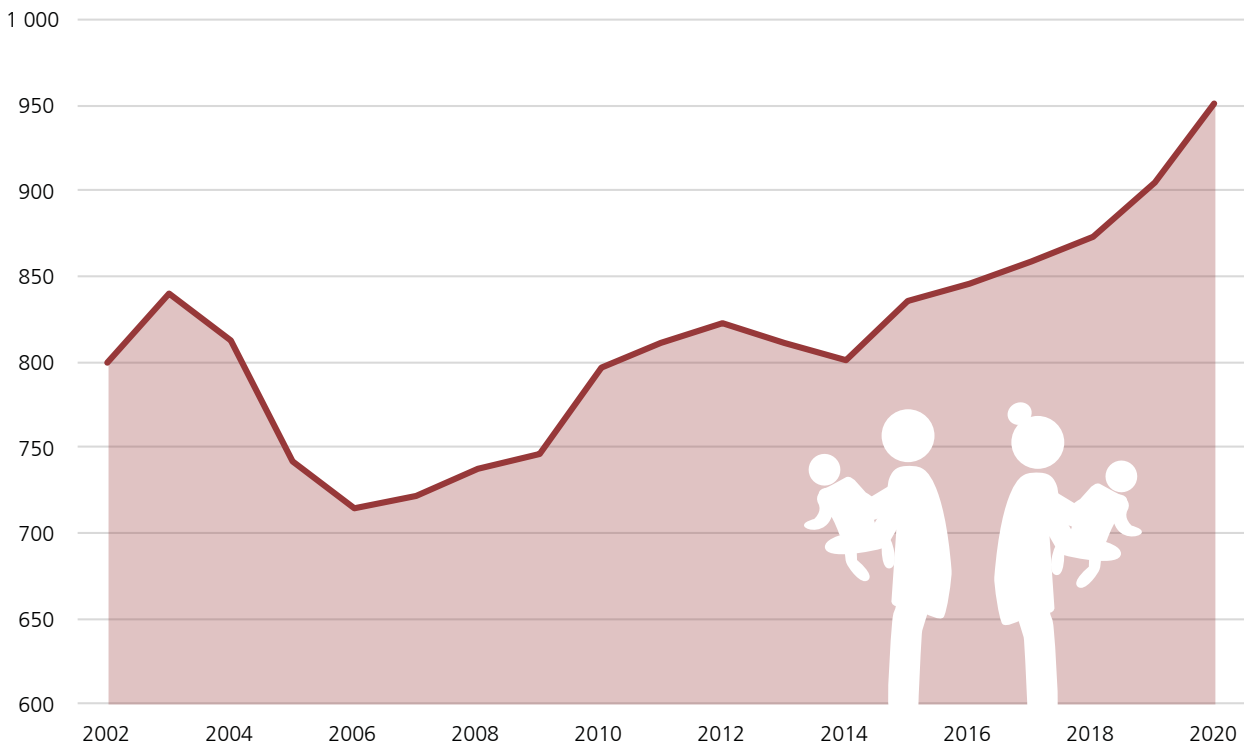
9) Quelle: LSN-Bevölkerungsstatistik
 10) Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, WD 9 – 12/21 Überblick über Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe. Deutschland, Dänemark, Schweden und Norwegen, abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/844764/ac656a16f-259978b379e41f649f39865/WD-9-012-21-pdf-data.pdf> (zuletzt abgerufen am 14.07.2022).
 11) WHO Statement on Caesarean Section Rates, abrufbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034743/#bjo13526-bib-0001> (zuletzt abgerufen am 14.07.2022).

12) Vgl. Franke, Tara, Freiräume schaffen, in: Deutsche Hebammen Zeitschrift (DHZ), 02/2018, S. 28ff., abrufbar unter: www.dhz-online.de/no_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-seprobe/artikel/freiraume-schaffen/ (zuletzt abgerufen am 14.07.2022).
 13) Nach Schätzungen der Soziologin Christina Mundlos betrifft dies 40-50 % aller Gebärenden, (vgl. Christina Mundlos: Gewalt unter der Geburt. Der alltägliche Skandal, Marburg 2015).
 14) Siehe Website www.rosesrevolutiondeutschland.de/ des Vereins Traum(a)Geburt e.V. (zuletzt abgerufen am 15.07.2022).

A4 | Anteil der Geburten per Kaiserschnitt in Niedersachsen in Prozent 2002 bis 2020



A5 | Zahl der festangestellten Hebammen und Entbindungspfleger in Niedersachsen 2002 bis 2020



vor den Türen von Kreißsälen und Kliniken ab, in denen sie während der Geburt ihrer Kinder Gewalt erfahren haben. Vernetzungs- und Unterstützungsangebote gibt es inzwischen ebenfalls für Frauen, die einen Kaiserschnitt bereuen, oder bei der Verarbeitung davon nach Hilfe suchen¹⁵⁾.

Mangel an Hebammen?

Ein Indiz für Arbeitsverdichtung und angespannte Personaldecken in der Geburtshilfe wäre beispielsweise ein Mangel an ausgebildeten Fachkräften. Tatsächlich jedoch stieg die Zahl festangestellter Hebammen in Niedersachsen (2002: 799) um 19 % auf 951 im Jahr 2020 an (vgl. A5). Rein rechnerisch ist die jährliche Zahl der Geburten pro festangestellter Hebamme damit im Durchschnitt von 85,5 im Jahr 2002 auf 71,8 im Jahr 2020 gesunken.

Neben festangestellten Hebammen gibt es zusätzlich noch selbstständig tätige Hebammen, die beispielsweise in der außerklinischen Geburtshilfe in Geburtshäusern oder der Hausgeburtshilfe tätig sind. Diese Personengruppen werden jedoch nicht von der Krankenhausstatistik erfasst.

Auch die Zahl der Auszubildenden steigt an. Bundesweit befanden sich 2020 3 015 Schülerinnen und 6 Schüler in der schulischen Ausbildung zur Hebamme¹⁶⁾. Das ent-

sprach 60 % mehr Auszubildenden als noch im Jahr 2010 (1 913 Schülerinnen).

Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge sind bei dem Thema Geburtshilfe im klinischen Kontext nicht zweifelsfrei zu belegen. Der Blick auf die statistischen Kennzahlen der Krankenhausstatistik liefert jedoch Indizien. Auch wenn die Anzahl der Kreißsäle in niedersächsischen Kliniken zurückgeht, ist ein Mangel an ausgebildeten Fachkräften offenbar weniger das Problem. Nicht nur die Zahl der festangestellten Hebammen stieg in den letzten Jahren, auch die Zahl der Schülerinnen und Schüler. Zum 1. Januar 2020 wurde mit einer Reform des Hebammengesetzes¹⁷⁾ die Ausbildung akademisiert und gemäß einer WHO-Empfehlung an die Hochschulen verlegt¹⁸⁾. Der Trend scheint also eher eine Konzentration auf einzelne Kliniken als größere regionale Geburtszentren zu sein. Ob deren Kapazitäten entsprechend mitgewachsen sind, kann anhand der in der amtlichen Statistik vorliegenden Daten nicht beantwortet werden.

Fazit

Sofern keine medizinischen Ausschlusskriterien vorliegen, haben Frauen bei der Geburt ihres Kindes neben einer Entbindung in einer Klinik auch die Wahl, sich für eine Einrichtung der außerklinischen Geburtshilfe zu entscheiden. Zwar ist eine Hausgeburt oder eine Geburt in einer von

15) Beispiele für solche Angebote sind die Websites www.kaiserschnitt-netzwerk.de und www.geburtsverarbeitung.de.

16) Vgl. Statistisches Bundesamt, Ein Drittel aller Geburten in 2020 durch Kaiserschnitt, Pressemitteilung Nr. 22/2022, abrufbar unter: www.destatis.de > Presse > Pressemitteilungen > Pressemitteilung Nr. N 022 vom 26. April 2022 (zuletzt abgerufen am 14.07.2022).

17) Hebammengesetz (HebG) vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759), das durch Artikel 10 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist.

18) Siehe Deutscher Hebammen-Verband: www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/akademisierung/.

Hebammen geführten Einrichtung (z. B. Geburtshaus) nur für „low-risk“-Schwangerschaften möglich. Eine garantierte 1:1-Betreuung und weitestgehende Selbstbestimmung – bis hin zur Geburt im Schutzraum des eigenen Zuhauses – sind für eine steigende Zahl von Frauen ausschlaggebend. Dementsprechend stieg die Zahl dieser Geburten in den letzten 20 Jahren deutlich an. Allerdings zeigt sich beim

Thema Geburtshilfe ein partielles Datendefizit der amtlichen Statistik in Deutschland. Vor allem die außerklinischen Geburten stellen ein großes Dunkelfeld dar. Was die klinische Geburtshilfe angeht, kann die amtliche Statistik hinsichtlich der Strukturen und Ressourcen vielfach nur Anhaltspunkte liefern und Auffälligkeiten wie überdurchschnittliche Anteile von Kaiserschnitt-Geburten beschreiben.