

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
7. Wahlperiode
Enquete-Kommission
**„Zukunft der medizinischen Versorgung
in Mecklenburg-Vorpommern“**

Kommissionsdrucksache 7/41

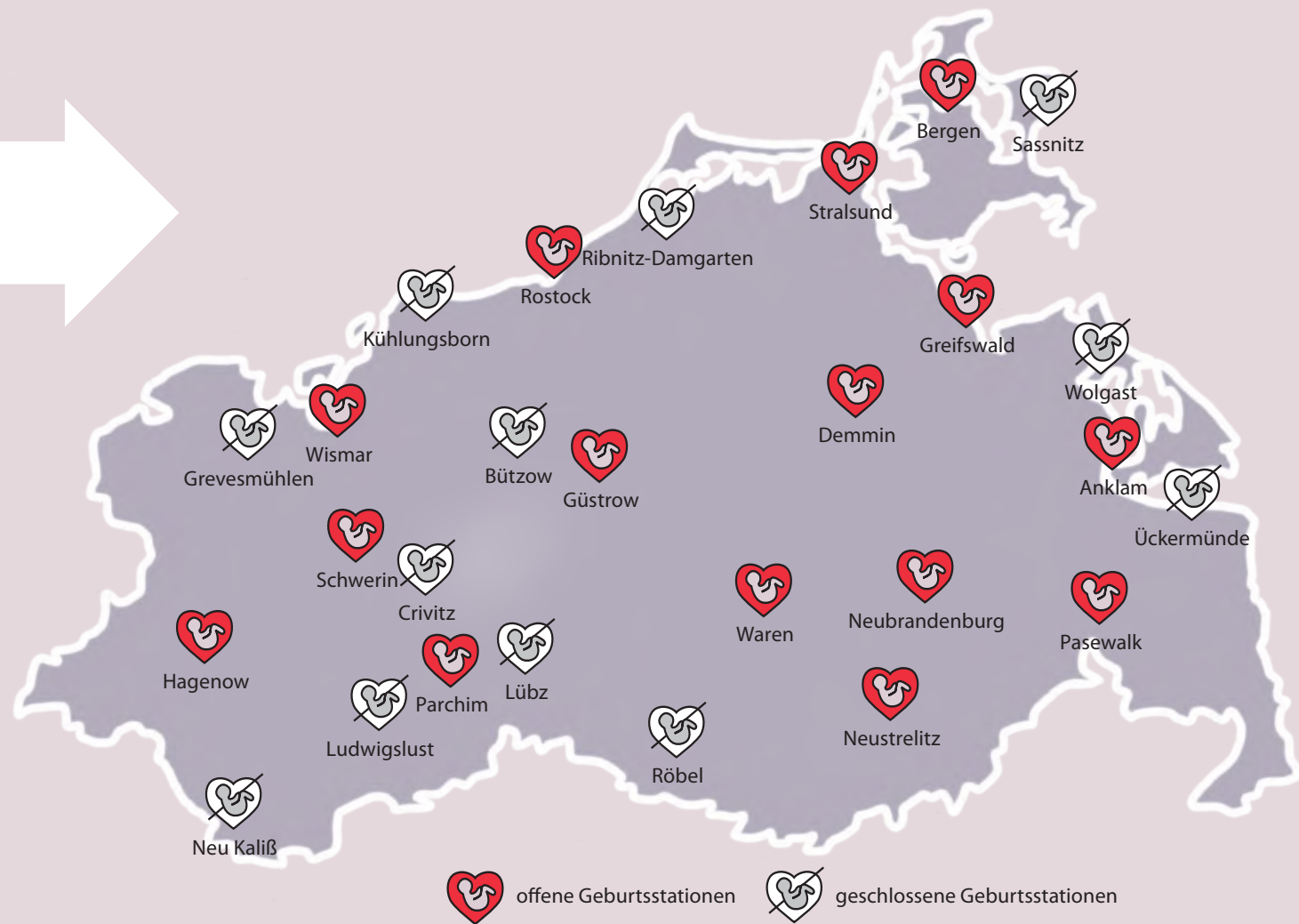
Kommissionsdrucksache

(09.04.2021)

Inhalt:

Modellprojektidee Crivitz

zum Wiederaufbau der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung
am Krankenhaus „Am Crivitzer See“



**WIEDERAUFBAU DER
 GYNÄKOLOGISCH-GEBURTSHILFLICHEN
 ABTEILUNG AM KRANKENHAUS
 'AM CRIVITZER SEE'
 AM STANDORT CRIVITZ**

**Der Wiederaufbau der gynäkologisch-
geburtshilflichen Abteilung im
Krankenhaus Crivitz sichert den Bestand
des Krankenhausstandortes, weil er
langfristig Patientengenerationen
an das Haus bindet!**

**Konzeptvorschlag
Stand 17.01.2021**

*Stellvertretend für das
Redaktionsteam sind erste
Ansprechpartner:*

Dr. med. Bernhard Moldenhauer
(Gynäkologe)
☎ 0171 28 14 979

Marita Schulz (Hebamme)
☎ 0172 83 65 831

Gestaltung:
Anika Steinbinder

1	Einleitung	S.4
2	Das Krankenhaus Crivitz seit 1948	S.7
3	Ausgangssituation deutschlandweit	S.9
4	Modellprojekt Crivitz	S.14
5	Schlusswort	S.21
6	Anhang	S.22

EINLEITUNG

Seit der Bekanntmachung des Ministers für Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Harry Glawe, am 06.12.2019 haben sich die Einwohnerinnen und Einwohner der Region für den Erhalt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung im Krankenhaus Crivitz eingesetzt. Durch diesen phantasievollen, engagierten und kontinuierlichen Einsatz ist es gelungen, sowohl auf Landesebene als auch auf kommunaler Ebene die Politikerinnen und Politiker für den Erhalt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung im Krankenhaus Crivitz zu gewinnen. Ausdruck dafür sind die konkreten Beschlüsse des Landtages, des Kreistages und ein klares Versprechen der Ministerpräsidentin Manuela Schwesig.

Noch vor dem 30.06.2020 hat der Träger, entgegen aller Absprachen mit der Politik, die entsprechende Abteilung geschlossen. Der Versorgungsauftrag im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe wird seitdem nicht mehr erfüllt.

Die Schließung war verbunden mit zahlreichen Begründungen, die teilweise an der Politik auf Bundesebene festzumachen sind. Es gab aber auch gravierende Fehler der Geschäftsführung, die deutlich gemacht haben, dass diese Abteilung, da sie keinen Gewinn erwirtschaftet, nicht gewollt war (die Hebammen in der Region und der gute Ruf der Station sorgten dennoch für eine durchschnittliche Geburtenrate von 400 Babys im Jahr - siehe Seite 10). Es fehlte außer-

dem eine offensive Anwerbung von Fachkräften, als auch eine Bewerbung des Standortes bei den betroffenen werdenden Müttern und Familien. Zwischenzeitlich wurde dann klar, dass der Konzern kein Interesse mehr an dem Standort Crivitz hat und ihn schließen möchte. Um das Krankenhaus zu erhalten, beauftragte der Kreistag mit seinem Beschluss vom 04.06.2020 den Landrat Stefan Sternberg, Verhandlungen zum Kauf des Krankenhauses aufzunehmen.

Ab dem 01.01.2021 ist nun der Landkreis Ludwigslust-Parchim Träger des Krankenhauses „Am Crivitzer See“. Um die Rekommunalisierung zu unterstützen, fasste die Landesregierung am 17.11.2020 den Beschluss:

1. für den Kauf des Krankenhauses sechs Millionen Euro zur Verfügung zu stellen,
2. dass das Gesundheitsministerium gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern ein Modellprojekt zur sektorübergreifenden Versorgung der Bevölkerung initiiert, das auch eine geburtshilfliche Grundversorgung durch ein dauerhaftes Angebot am Standort Crivitz durch die Verzahnung mit stationären Geburtseinrichtungen

im Landkreis Ludwigslust-Parchim bzw. der Landeshauptstadt Schwerin beinhalten soll,

3. den Krankenhausplan in Bezug auf die Versorgungsangebote am Standort Crivitz nicht zu verändern.

(aus der Presseerklärung WM MV 17.11.2020 Nummer 399/20)

Die Bürgerinitiative zum Erhalt des Standortes Crivitz hat sich im Zusammenhang mit dem Kampf um den Erhalt der Abteilung in einer inhaltlichen Arbeitsgruppe mit den Ursachen und möglichen Verbesserungen auseinandergesetzt. Die Ergebnisse liegen nun vor und sollen in die bevorstehende Debatte um den Wiederaufbau der gynäko-

logisch-geburtshilflichen Abteilung einfließen.

Darin enthalten sind:

- ➔ die in der Bundesrepublik Deutschland geführten Debatten zur Notwendigkeit des Erhalts von kleinen Krankenhäusern im ländlichen Raum,
- ➔ die Diskussionen in der Bundesrepublik zur Verbesserung der Situation der Geburtshilfe,
- ➔ die Vorschläge des Deutschen Hebammenverbandes,
- ➔ die praktischen Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Kinderkrankenschwestern der gynäkologisch-geburtshilflichen

Abteilung am Standort Crivitz.

Die Verfasser weisen darauf hin, dass dieses Papier keinen Anspruch auf Wissenschaftlichkeit erhebt. Sie sind aber fest davon überzeugt, dass ihre Vorschläge geeignet sind, am Standort Crivitz ein Modellprojekt durchzuführen, in dessen Ergebnis sich die gynäkologisch-geburtshilflichen Versorgung in unserem Flächenland Mecklenburg-Vorpommern wieder verbessern wird.

Da diese Vorschläge auch Konsequenzen für den Umbau und die Modernisierung haben und der Landkreis Investitionsmaßnahmen am Krankenhaus plant, ist es notwendig, über die zukünftige Struktur des Krankenhauses so schnell wie möglich nachzudenken und die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung in diese Überlegungen von Beginn an einzubeziehen.



DAS KRANKENHAUS CRIVITZ SEIT 1948

Das Krankenhaus am Crivitzer See und die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung sind eng mit der Stadt Crivitz und der Region verbunden. Seit 1948 kamen hier insgesamt fast 30.000 kleine Erdenbürger zur Welt.

Schon zu DDR-Zeiten war die Frauenklinik und speziell die geburtshilfliche Abteilung beliebt mit bis zu 641 Geburten im Jahre 1977.

Nach der Wende gingen die Geburtenzahlen in den neuen Bundesländern dramatisch zurück, auch in Crivitz mit nur 162 Geburten im Jahre 1993.

Ab 1996 pendelten sich die Geburtenzahlen um 400 pro Jahr ein.

Vor dem Umzug der Frauenklinik von der Freiheitsallee in das neue Gebäude in der Amtsstraße im Jahre 1996 sollte die geburtshilfliche Abteilung mit dem Kreißsaal wegen niedriger Geburtenzahlen geschlossen werden. Der Protest im Landkreis und in Schwerin war so stark, dass die Entscheidung zurückgenommen wurde.

Am 7. Juli 1996 konnte die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung als erste den Umzug in das neue Bettenhaus mit vorbildlich ausgestatteten Kreißsälen feiern. Zu der Zeit war das Krankenhaus in öffentlicher Hand. Die Stadt war mit 51 Prozent der Hauptgesellschafter und der damalige Landkreis Parchim war mit 49 Prozent beteiligt.

Ab 2001 wurde das Haus zunehmend privatisiert, anfänglich hielt MediClin mit 69 Prozent, die Stadt Crivitz 26

Prozent und der Landkreis 5 Prozent der Anteile.

2007 wurde die zweite Ausbaustufe mit neuem OP-Trakt u.a. auch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch Gehaltsverzicht von 2005 bis 2016 finanziert.

2014 ging das Krankenhaus zu 100 Prozent in den Besitz von MediClin über.

Bis 2019 war die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung ein wesentliches Aushängeschild des Krankenhauses weit über die Landesgrenzen hinaus. Auch von MediClin wurde immer wieder die Aufrechterhaltung der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung betont, bis am 6. Dezember 2019 verkündet wurde, die Abteilung zum 31. Dezember 2019 zu schließen und das, obwohl das MediClin Krankenhaus am Crivit-

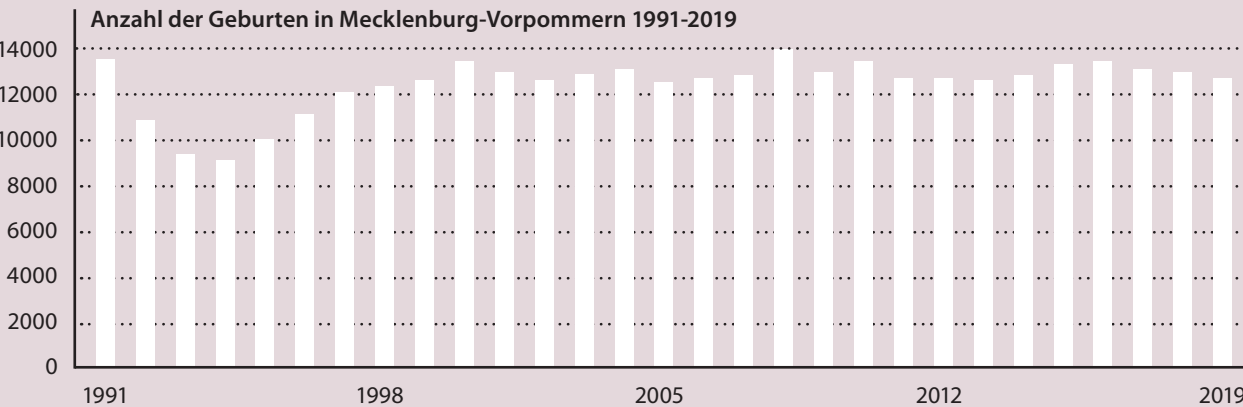
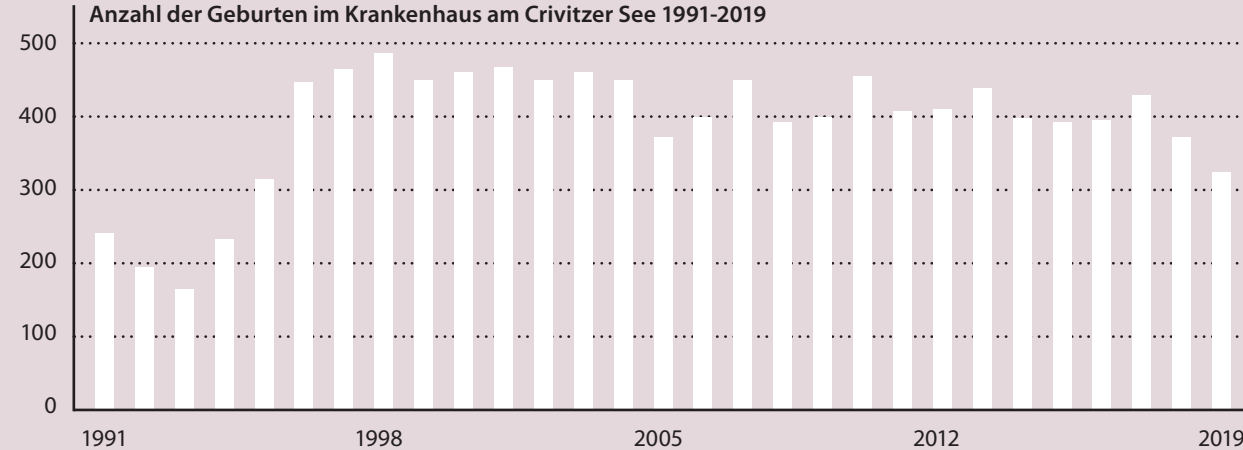
zer See mit seiner Geburtshilfe ein bei der Bevölkerung gewünschtes, nachgefragtes, hochqualitatives und sicheres Versorgungsangebot bereit hielt. Die Wertigkeit eines Erhalts der Versorgungsstruktur kam nicht zuletzt durch den Zuspruch von Fördermitteln durch das Land Mecklenburg-Vorpommern zum Ausdruck. Der gute Ruf der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung am Krankenhaus Crivitz zeigt sich auch durch das Einzugsgebiet für den Bereich der Geburtshilfe. Nicht nur Patientinnen aus dem unmittelbaren Umkreis wollten ihre Kinder in Crivitz zur Welt bringen, sondern auch Patientinnen aus der Umgebung von Wismar, Parchim, Güstrow, Brüel, Sternberg, Goldberg, Neustadt-Glewe, Lübz und Schwerin.

AUSGANGSSITUATION DEUTSCHLANDWEIT

Obwohl nachweislich der größte Anteil der Kinder in Deutschland in einem Krankenhaus geboren werden, gab es einen bundesweiten Trend zur Zentralisierung und den damit verbundenen Schließungen von kleineren geburtshilflichen Abteilungen. Ihre Zahl ist in den letzten 10 Jahren um 25 Prozent zurückgegangen. Gab es im Jahr 2008 in Deutschland noch 842 geburtshilfliche Abteilungen, so waren es im Jahr 2017 nur noch 672. Dieser Trend ist auch in MV zu verzeichnen (*siehe Grafik nächste Seite*).

Als Gründe wurden herausgearbeitet:

1. der Rückgang der Geburtenzahl,
2. ökonomische Bewertung,
3. die zunehmend schwierigere Gewinnung von Fachkräften,
4. Qualitätsüberlegungen.



Durch diese Entwicklung wurden bundesweit Versorgungslücken bei der Geburtshilfe offensichtlicher. Deshalb hat z.B. die Landesregierung Baden-Württemberg 2019 zur Verbesserung der Situation der Geburtshilfe einen Maßnahmenplan mit konkreten Empfehlungen zur Verbesserung durch OptiMedis erarbeiten lassen.

OptiMedis stellte in seiner Analyse fest, dass:

ZU 1. der Rückgang der Geburtenzahlen in den letzten Jahren deutlich zu verzeichnen war. Allerdings – und das beweisen die statistischen Zahlen – gibt es seit 2010 einen positiven Trend. Junge Familien entscheiden sich bewusst für Kinder.

ZU 2. die ökonomischen Zahlen nicht von der Hand zu weisen sind. Die Kosten, die sich durch die Notwendigkeit der Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl an Hebammen, ÄrztInnen, ggf. AnästhesistInnen, PädiaterInnen und Pflegekräften sowie einer Notfallinfrastruktur ergeben, rechnen sich im Rahmen der aktuellen Vergütungslogik erst ab einer gewissen Anzahl von Geburten.

ZU 3. zeitlich die Schließungen der geburtshilflichen Abteilungen und die Zentralisierungsbestrebungen mit einem starken Anstieg der Haftpflichtprämien für Hebammen und geburtshilflich tätige FrauenärztInnen zusammenfielen, was bereits beginnende Versorgungsengpässe verschärfte. Diesbezüglich einigten sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband, die Situation der belegärztlichen GeburtshelferInnen für die Jahre 2018 bis 2020 zu evaluieren und anschließend zu prüfen, ob weiterer Anpassungsbedarf besteht. Das Ergebnis liegt noch nicht vor. Darüberhinaus wurden zunehmend auch Versorgungsengpässe in der ante- und postpartalen ambulan-

ten Hebammenbetreuung deutlich, sowie zunehmende Stellenbesetzungsprobleme auch bei geburtshilflich tätigen FrauenärztInnen und AssistentInnen.

OptiMedis kommt zu der Feststellung, dass dem gesetzlich verankerten Anspruch der Frauen auf ärztliche Hilfe und Hebammenhilfe (§24c, d SGB V) sowie der Option, zwischen verschiedenen Geburtsorten wählen zu können (§24f SGB V), der Mangel an Fachkräften gegenüber steht und somit der gesetzlich festgeschriebene Auftrag nicht mehr umgesetzt werden kann.

ZU 4. die bessere Ergebnisqualität bei höherer Fallzahl nicht bewiesen ist. Die verfügbaren Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. In einigen wenigen zeigte sich ein positiver Zusammenhang auch für Reifgeborene, in anderen wurde kein Qualitätsunterschied beobachtet.

Wieder andere zeigen sogar schlechtere Ergebnisse für reife Neugeborene, die in Kliniken mit hoher Fallzahl zur Welt kamen.

In den meisten dieser Studien wurde darüber hinaus nicht der Frage nachgegangen, welchen Einfluss System und Art der vorgeburtlichen Betreuung auf die Ergebnisse haben. Dies könnte allerdings von großer Bedeutung sein, denn es gibt Hinweise darauf, dass mit einem gut funktionierenden System der Einsteuerung von Risikoschwangeren in Kliniken mit geeignetem Versorgungslevel bzw. Verlegung bei Komplikationen auch

Krankenhäuser mit einer niedrigen Geburtenzahl einen sicheren Geburtsort darstellen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Bestrebungen, **die physiologische (natürliche) Geburt wieder zu stärken, erscheint dies ein planungsrelevanter Aspekt.**

Hinzu kommt, dass die internationale Diskussion zunehmend der Frage nach geht, wie die Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gestärkt werden kann. Dies spiegelt sich auch in einer Reihe aktueller Empfehlungen verschiedener namhafter Organisationen wieder. Auch in Deutschland wird dieses als ein gesundheitlich, gesellschaftlich und politisch relevantes Thema gesehen. Ausdruck dafür ist die Arbeit des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de, in dem sich mehr als 120 Organisationen des deutschen Gesundheitswesens aus Politik in Bund, Ländern und Kommunen,

Selbstverwaltungsorganisationen, Fachverbänden, PatientInnen- und Selbsthilfeorganisationen sowie der Wissenschaft engagieren und sich zur Umsetzung der gesteckten Ziele in ihren Verantwortungsbereichen verpflichten.

2017 benannte der Kooperationsverbund die „Gesundheit rund um die Geburt“ als neuntes Nationales Gesundheitsziel. Zentrale Punkte sind u.a. die Förderung der gesunden Schwangerschaft und physiologischen Geburt, die höhere Selbstbestimmung der Mütter innerhalb des Versorgungsgeschehens sowie die Stärkung der Ressourcen und Potenziale der Frauen und ihrer Familien, die Früherkennung von Risiken und Entwicklungsbedarfen sowie die Verbesserung der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen rund um die Geburt.

Darüberhinaus wurde die Überarbeitung der Vergütungslogik für unkomplizierte und operative Geburten diskutiert (DRGs). Deshalb muss die Bundesratsinitiative unserer Ministerpräsidentin aus unserer Sicht schnellstmöglich und mit mehr Engagement vorangebracht werden.

Unser Appell an alle Politiker, die diesen Konzeptvorschlag lesen: Retten Sie die gynäkologischen-geburtshilflichen Stationen für die jungen Familien in unserem Land! **Sie haben es in der Hand! Sie sitzen zum Teil sogar in der Regierung! Wer sonst, wenn nicht Sie, können das ändern!**



MODELLPROJEKT CRIVITZ

Familienzentrum – stärkere Verzahnung stationärer Versorgung mit ambulanten Angeboten für ein starkes Netzwerk für Familien von der Familienplanung über die Geburt bis zum 1. Lebensjahr

Wir sind überzeugt, dass die Größe unseres Krankenhauses „Am Crivitzer See“ absolut geeignet ist für eine optimale familienorientierte Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt bis zum 1. Geburtstag des „kleinen Wunders“.

Aus den vorhandenen Erkenntnissen, Schlussfolgerungen, den Hinweisen des Hebammenverbandes und der praktischen Arbeit der Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Schwestern und ÄrztInnen sind aus Sicht der AG Crivitz nachfolgende Handlungsfelder für die Schaffung eines Modellvorhabens in Crivitz geeignet.

Dabei ist berücksichtigt, dass Crivitz eine Sondererlaubnis für die Durchführung der Geburtshilfe ohne eigene Kinderklinik von der Ärztekammer MV hat und die Arbeitsgruppe Crivitz in einem persönlichen Gespräch mit dem Präsidenten der Ärztekammer Prof. Dr. Crusius die Aufrechterhaltung dieses Status auch über 2020 zugesichert bekommen hat.

Ziel ist der **schnellstmögliche Wiederaufbau** der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung am Standort Crivitz, um eine flächendeckende, sichere Betreuung der Frauen und Familien im Landkreis LUP und für die Region auf Dauer **wieder** sicherzustellen.

Grundlage hierfür ist der aktuell gültige Krankenhausplan Stand November 2020, in dem die Frauenheilkunde und Geburtshilfe fester Bestandteil ist. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Kooperation mit anderen Krankenhäusern bzw. mit einem großen Haus, wo Spezialisten, Fachpersonal und Technik für kompliziertere Fälle zur Verfügung stehen.

Im Mittelpunkt sollen dabei eine effektive interdisziplinäre Zusammenarbeit „auf dem kurzen Dienstweg“, eine familiäre Atmosphäre und ein angenehmes Verhältnis zu den Patien-

ten stehen. Erreicht werden soll diese Zielstellung durch:

- 1. den Ausbau der Kooperation und Vernetzung,**
- 2. die Weiterentwicklung der Betreuungskonzepte,**
- 3. die Erhöhung der Kompetenz der Frauen und Familien zum Wohle des Kindes,**
- 4. die Gewinnung von Fachkräften.**

1. Kooperation und Vernetzung ausbauen

Gynäkologie

- ➔ Ambulante und stationäre gynäkologische Standard-Operationen (im Wesentlichen ohne Onkologie, die Zentren vorbehalten bleibt)
- ➔ Zusammenarbeit mit onkologischen Zentren der Region
- ➔ Direkte, zeitnahe Kommunikation zwischen Operateur und Patientin
- ➔ Notfallambulanz für gynäkologisch-geburtshilflichen Patientinnen auf Station integriert (*bisherige Abrechnung lief über die Hausambulanz, nicht über die Gyn.*)



Geburtshilfe

- ➔ Die Betreuung der physiologischen Schwangerschaft laut Mutterschaftsrichtlinien in einer Hebammensprechstunde, ggf. Möglichkeit der direkten Weiterleitung an die angegliederte Notfallambulanz in der Klinik bei Auffälligkeiten bzw. Problemen
- ➔ Förderung der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Gynäkologen und Kinderärzten, ggf. Unterstützung dieser bei der Versorgung der stationären Patientinnen (z.B. Honorarvertrag)
- ➔ Durch Vernetzung mit der Klinik, die über ein dem Schwangerschaftsverlauf entsprechendes Versorgungslevel verfügt, kann je nach Risikokonstellation und Anliegen der Frau die Versorgung individuell abgesichert werden, z.B. durch das Heranziehen

von ÄrztInnen, und die Durchführung von Geburtsplanungen (Hebamme/Gynäkologe/Anästhesist) sowie Maßnahmen im Sinne einer physiologischen Geburt als beratendes und begleitendes Serviceangebot der Klinik dienen.

Darüber hinaus soll ein „Netzwerk Hebammen“ zur Sicherstellung der Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft bzw. im Wochenbett (Hebammenliste, Beratungsstellen z.B. AWO, DRK, Caritas, etc.) aufgebaut werden. Dieses Netzwerk soll u.a. dem Ausbau der Zusammenarbeit mit freiberuflichen Hebammen der Region (z.B. Honorar- bzw. Belegvertrag) dienen.

Zur Sicherung des Anspruches der Stärkung der physiologischen Geburt werden die Zusammenarbeit mit Anbietern von Akupunktur, Homöopathie, Kindertherapeuten und Physiotherapie über Kooperationsverträge angeboten (*siehe Anhang*).

2. Betreuungskonzepte weiterentwickeln

Zwischen den Schwangeren, der Klinik, den ÄrztInnen und Hebammen sollte eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen werden.

In der Rahmenvereinbarung soll der Präventionsaspekt noch stärker verankert werden. Dies insbesondere vor dem Hintergrund der Förderung der physiologischen Verläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Verstärkt genutzt werden sollen gesundheitsförderliche und Präventionspotenziale bereits von Beginn der Schwangerschaft an. Die Betreuung soll an der individuellen Situation der Frau ansetzen und der ihrer Situation entsprechende optimale Betreuungsweg gefunden werden. Geprüft werden sollten mit dem Landkreis der Aufbau und die Entwicklung regionaler, digitaler Atlanten, in denen die

jeweiligen Unterstützungsangebote einschließlich Kontaktdaten der Ansprechpartner aktuell verfügbar sind.

Der Aufbau einer familienorientierten Geburtshilfe und damit Förderung der physiologischen Geburt sowie der Aufbau einer familienorientierten Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung soll durch die Kooperation mit den unterschiedlichsten Beratungsangeboten verstärkt werden.

3. Frauen und ihre Familien kompetent machen

Bekannt ist, dass der Zeitraum von der Familienplanung über die Schwangerschaft und die Geburt bis zum Ende der Stillzeit ein normaler Prozess im Leben einer Frau ist. Allerdings werden in diesem Zeitraum die Weichen für die Gesundheit von Mutter und Kind für die Zukunft gestellt. Frauen, Paare und Familien benötigen in dieser sensiblen Phase, die mit körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen einhergeht, einfühlsame und professionelle Begleitung, die im gesamten Betreuungsbogen gesundheitsfördernde und präventive, medizinische, psychosoziale sowie edukative Aspekte berücksichtigt.

Deshalb sollen folgende Angebote durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen abgesichert werden:

- ➔ Ausrichtung als ein Familienzentrum, d.h. Betreuung und Angebote für Schwangere und deren Familien bis zum Ende des 1. Lebensjahres
- ➔ Unterstützung der jungen Familien durch Familienhebammen und ggf. weiteren Institutionen (z.B. FIN)
- ➔ Erstellung eines Internet-Auftrittes und einer Babygalerie
- ➔ Geburtsvorbereitungs-, Schwangereingymnastik- bzw. Yogakursen und verschiedene Kurse nach der Geburt
- ➔ Erste Hilfskurse für die werdenden Eltern und Großeltern
- ➔ Zusammenarbeit mit Familien- und Schwangerschaftsberatungsstellen, z.B. mit dem DRK Sternberg, Parchim u.a.

➔ Babypflege-, Geschwister-, Großelternkurse

➔ Schwangerenschwimmen

➔ Einbeziehung der Partner, um mit dem „kleinen Wunder“ einen sicheren Start in den Familienalltag genießen zu können

➔ Osteopathie beim Neugeborenen bereits in der Klinik (einmalig in MV)

Um das zu erreichen, wäre ein/e Koordinator/in, die durch die GKV finanziert wird (Beispiel in Schleswig-Holstein) notwendig.

4. Fachkräfte gewinnen

Wir haben bereits eine Liste mit interessiertem Fachpersonal, das wieder zurück oder gerade jetzt zu uns nach Crivitz wechseln wollte, sodass ein Neustart aus unserer Sicht relativ zügig wieder möglich ist. Je länger die Öffnung allerdings dauert, schwindet auch das Vertrauen und damit die Bereitschaft.

Des Weiteren plant die Stadt Crivitz eine Charmeoffensive gemeinsam mit dem Krankenhaus, in dem nicht nur das Haus sondern auch der Ort bzw. die Region beworben wird.

Darüber hinaus sind auch denkbar:

- ➔ der Aufbau eines von Hebammen geleiteten Kreißsaals, unter dem Aspekt selbstbestimmte Geburt im Rahmen der höchsten Sicherheit für

Mutter und Kind in einer familiären Atmosphäre,

- ➔ das Angebot von Beleggeburten, Übernahme von Diensten durch freiberufliche Hebammen,
- ➔ ein Kooperationsvertrag mit der Frauenklinik Schwerin im Rahmen der Facharztausbildung in einem Rotationssystem (wurde bereits in den 90ern bis 2000 erfolgreich praktiziert),
- ➔ eine enge Zusammenarbeit mit den Perinatal-Zentren der Region,
- ➔ die Erprobung individueller und familienfreundlicher Arbeitszeitmodelle (hierbei gibt es mehrere Möglichkeiten der Arbeitsweise, d.h. Stundenanzahl / Woche, Dauernachtwache),
- ➔ die Möglichkeit der Mitarbeit im Familienzentrum.

Die Sicherung der Fachkräfte am Standort Crivitz ist eine wichtige Voraussetzung für eine nachhaltige Sicherstellung der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung.

Für die Aus- und Weiterbildung von Hebammen ist im Zuge der Akademisierung des Hebammenberufes durch die Ausbildung einer qualifizierten Praxisanleiterin (eine Crivitzer Hebamme befindet sich gerade in der Qualifizierung dazu), das Krankenhaus geeignet, um eigene Nachwuchskräfte nach den neuesten Richtlinien zu gewinnen bzw. an sich zu binden.

Das kann aber nicht allein vom Standort Crivitz geleistet werden, sondern bedingt auch die Veränderung der Politik auf Bundes- und Landesebene z.B. durch die Sicherstellung der kontinuierlichen Ausbildung von Nachwuchskräften.

Für die ärztliche Ausbildung ist eine Aufstockung der Zahl der Medizinstudienplätze in MV unabdingbar. Weitere Maßnahmen sind einzuleiten.

SCHLUSSWORT

Mit diesem Konzeptvorschlag bieten wir Ihnen eine Diskussionsgrundlage, wie ein Modellprojekt in Crivitz umsetzbar ist. Mit Nachdruck fordern wir aber auch die Sicherstellung des Versorgungsauftrags! Die Schließung hat vor allem Frauen und junge Eltern in unserer Region stark benachteiligt. Darüberhinaus bestätigen uns Fachleute, dass der Wiederaufbau der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung im Krankenhaus Crivitz den Bestand des Krankenhausstandortes sichert, weil er langfristig Patientengenerationen an das Haus bindet!

Dabei ist uns bewusst, dass die Umsetzung nicht von heute auf morgen geht, manche Vorschläge weiter ausdiskutiert werden müssen und ja vielleicht auch kleine Schritte

gegangen werden müssen. Darüber möchten wir mit den Verantwortlichen im Landkreis sprechen.

Uns ist auch bewusst, dass bestimmte Fragen unserer Vorschläge nicht allein durch den Landkreis als Träger des Krankenhauses umgesetzt werden können, die Bundes- und Landespolitik gefragt ist. Das betrifft insbesondere Fragen der Aufnahme von gynäkologisch-geburtshilflicher Versorgung in die Regelversorgung, die Abschaffung oder zumindest zügige Überarbeitung zur aufwandorientierten Vergütungslogik für unkomplizierte und operative Geburten und die Erleichterung der Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Versorgungsträgern.

Wir, die das vorliegende Konzept erarbeitet haben „stehen in den Startlöchern“, wir wollen uns einbringen. Die Schwangeren unserer Region haben uns in den letzten Monaten motiviert, sie warten sehnsüchtig. Die Frauengesundheit und die heranwachsenden kleinen Wunder im Mutterleib sollten im Vordergrund stehen.

Das Redaktionsteam

Wir danken allen, die mitgeholfen haben, diesen Konzeptvorschlag zu erarbeiten.

Für die Gestaltung bedanken wir uns bei Anika Steinbinder. Sie ist zudem junge Mutti, die am 13.06.2020 das vorerst letzte Baby auf unserer Crivitzer Station entbunden hat.

ANHANG DER HEBAMMENGEELEITETE KREIßSAAL

Zentrales Anliegen ist die Gesundheitsförderung und Prävention, sowie die Förderung der Elternkompetenz.

Was bedeutet hebammengeleiteter Kreißsaal?

- ➔ Er ist ein besonderes Betreuungsmodell, welches die physiologische Schwangerschaft und Geburt fördert und unterstützt.
- ➔ Er ist ein geburtshilfliches Betreuungsmodell in der Klinik, in dem Hebammen eigenverantwortlich gesunde Schwangere vor, während und nach der Geburt betreuen.
- ➔ Schwangere und Hebammen lernen sich bereits im Vorfeld in der Hebammensprechstunde kennen.

➔ Eine kontinuierliche, sehr personenbezogene Betreuung wird dadurch ermöglicht.

➔ Zur Geburt ist eine zweite Hebamme anwesend.

➔ Bei sich entwickelnden Komplikationen besteht jederzeit die Möglichkeit, das geburtshilfliche Ärzteteam hinzuzuziehen.

➔ Voraussetzung für eine Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal sind eine gesunde Schwangere mit normal verlaufender Schwangerschaft sowie zwei Termine in der Hebammensprechstunde (27.-30. und 35.-36. Schwangerschaftswoche)

Was ist so besonders ?

- ➔ Hebammen und Ärzte arbeiten interdisziplinär zusammen.
- ➔ Gemeinsame Weiterbildungen werden durchgeführt.
- ➔ Die Teambildung wird gefördert.

ANHANG ANGEBOTE

Angebote während der Schwangerschaft	Ausführender	Teilnehmer	Ort	Wer / Abrechnung
Hebammensprechstunde	Hebamme	Schwangere	Klinik	Hebamme Gebührenordnung
Geburtsplanung Vorstellung für Heb.krß.	Hebamme / Gynäkologe / Anästhesist Hebamme	Schwangere	Klinik	2.Hebamme im Dienst Ü-Schein / KV
Akupunktur, Homöopathie	Hebamme / Gynäkologe	Schwangere	Klinik	Hebamme/Arzt im Dienst Rechnung
Geburtsvorbereitungskurs	Hebamme	Schwangere / Partner (2)	HP / Klinik / Bürgerhaus	Hebamme Gebührenordnung
Großelternkurs	Hebamme / Kinderkrankenschwester / Schwester	werdende Großeltern	Bürgerhaus / Klinik / Mehrstunden Obolus
Geschwisterkurs	Hebamme / Kinderkrankenschwester / Schwester	Geschwisterkinder	Raum in Kirche / Klinik / Mehrstunden Obolus
Erste Hilfe- Kurs	Hebamme / Kinderkrankenschwester / Schwester in Zusammenarbeit mit DRK Parchim	Schwangere / Partner & Interessierte	Bürgerhaus / Mehrstunden Absprache mit DRK
Babypflegekurs	Hebamme / Kinderkrankenschwester / Schwester	Schwangere / Partner & Interessierte	Bürgerhaus / Mehrstunden Rechnung? Barzahlung?
Kreißsaalführung	Hebamme / Gynäkologe	Schwangere / Partner	Klinik	Hebamme/ Mehrstd. ohne Kosten
Schwangerengymnastik, - yoga	Hebamme / Fremdanbieter (1)	Schwangere	HP/Sportraum / Rechnung (2) Fremdanbieter
Schwangerenschwimmen	Hebamme / Fremdanbieter (1)	Schwangere	Schwimmhalle	Absprache mit Fremdanbieter
Fotoaktion	Fotografin	Schwangere / Partner	In Absprache	mit Fotografin

(1) freiberufliche Hebamme, Physiotherapeutin (2) evt. Übernahme durch KK möglich

Angebote während Klinikaufenthalt	Ausführender	Teilnehmer	Ort	Abrechnung
Familienzimmer			Klinik	Rechnung
Osteopathie	Osteopath, nicht angestellt	Neugeborenes	Klinik	Rechnung (2)
Babyfotografie	Hebamme / Gynäkologe	Fotografin, nicht angestellt	Klinik	Fotografin, nicht angestellt
Angebote Wochenbett				
Stillcafee	Hebamme / Kinderkrankenschwester / Schwester	Baby mit Mama	Kirchenraum / Mehrstunden Obolus
Babymassage	Hebamme / Kinderkrankenschwester / Schwester	Babys mit Eltern	HP / Mehrstunden Rechnung
Rückbildungsgymnastik	Hebamme	Mamas nach der Geburt	HP	Hebamme Gebührenordnung
Babyschwimmen	Hebamme / Fremdanbieter (1)	Babys mit Eltern	Schwimmhalle	Absprache mit Fremdanbieter
Mutter / Vater / Babytreffen	Hebamme / Kinderkrankenschwester / Schwester	Babys mit Eltern	Kirchraum	Rechnung
Fotoaktion	Fotografin	Familie	in Absprache	mit Fotografin
PEKIP	Fremdanbieter (1)	Babys mit Eltern	in Absprache	mit Fremdanbieter
Einführung in die Beikost	Hebamme / Kinderschwester	Familie	Bürgerhaus Kirchenraum / Mehrstunden Rechnung

(1) freiberufliche Hebamme, Physiotherapeutin (2) evt. Übernahme durch KK möglich

Ablauf

Erläuterung gegenüber Klinikleitung;
Absprache der Mehrstundenanrechnung;
evt. erforderliche Weiterbildung, Raumfrage

Erläuterung für interessierte angestellte Kolleginnen: Angebot, evt. Weiterbildung, Zeitaufwand

Kollegin übernimmt Angebot z.B. Babymassage – erarbeitet, erstellt dieses Angebot

Alle Angebote werden auf der Homepage dargestellt, als Flyer (Verteilung an FÄ, Kinderärzte..., Anzeige/Interview in Rüberpost, Familienfüche, Schwerin live)

Nächste Seite:

Schließungen von gynäkologisch- geburtshilflichen Abteilungen in MV von 1991 - 2020 (unvollständige Karte)

Von 1991 bis 2020 ist die Anzahl der Kliniken mit gynäkologisch- geburtshilflichen Fachabteilungen in Mecklenburg-Vorpommern deutlich zurückgegangen: von 30 im Jahre 1991 auf 15 Abteilungen im Jahre 2020.

Quellen

Maßnahmenplan (erstellt für das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg Version 1 gemäß Vertrag vom 31.07.2018 und 06.12.2018, ergänzt um die Rückmeldungen der Teilnehmenden des Runden Tisches vom 27.02.2019) vom 15.04.2019

Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein Maßnahmenkatalog (erstellt für das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, Schleswig-Holstein, Vergabenummer ZB-80-15 0733000-412)

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Statistisches Bundesamt