



N i e d e r s c h r i f t

Petitionsausschuss

19. Wahlperiode - 7. Sitzung

am Dienstag, dem 14. November 2017, 9:30 Uhr,
im Sitzungszimmer 142 des Landtages

Anwesende Abgeordnete

Abg. Doris Fürstin von Sayn-Wittgenstein (AfD)

Vorsitzende

Abg. Hauke Göttisch (CDU)

Abg. Andreas Hein (CDU)

Abg. Peer Knöfler (CDU)

Abg. Volker Nielsen (CDU)

Abg. Bernd Heinemann (SPD)

Abg. Tobias von Pein (SPD)

Abg. Özlem Ünsal (SPD)

Abg. Stefan Weber (SPD)

Abg. Burkhard Peters (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Abg. Dr. Andreas Tietze (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Abg. Stephan Holowaty (FDP)

Abg. Jette Waldinger-Thiering (SSW)

Weitere Abgeordnete**Fehlende Abgeordnete****Landtagsverwaltung**

Michaela Becker L2120

Carolin Hagenah

Svenja Reinke-Borsdorf

Die Liste der **weiteren Anwesenden** befindet sich in der Sitzungsakte.

Tagesordnung:**Seite****Anhörung zur Petition L2119-18/2121
Gesundheitswesen: Kreißsaal, Föhr****4**

Die Vorsitzende, Abg. Fürstin von Sayn-Wittgenstein, eröffnet die Sitzung um 9:40 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

Anhörung zur Petition L2119-18/2121 Gesundheitswesen: Kreißsaal, Föhr

Herr Christian Schmidt, Hauptpetent, bedankt sich zunächst dafür, dass er die Forderungen zur Wiedereröffnung des geschlossenen Kreißsaals auf der Insel Föhr und die geburtshilfliche Situation auf den nordfriesischen Inseln und im ländlichen Raum vortragen dürfe. Einleitend beginnt er mit einem Satz, der von den Anwälten der vorangegangenen Landesregierung Anfang 2014 direkt nach deren Schließung über das Fehlen der Geburtshilfe auf Sylt geäußert worden sei:

„Es ist zu bedenken, dass diese Situation letztlich Ergebnis der eigenen und damit selbst zu verantwortenden Entscheidung ist, auf einer Insel zu leben.“

Diese Aussage sei beliebig auf Föhr, Niebüll oder Ostholstein oder andere Regionen des ländlichen Raums übertragbar. Geburtshilfestationen beziehungsweise jegliche Form der gesundheitlichen Versorgung würden geschlossen. Menschen seien also selber daran schuld, wenn sie in ihrer Heimat blieben. Die einem solchen Satz zugrundeliegende Haltung offenbare in erschreckender Art und Weise die Entmenschlichung der Gesellschaft und vor allem der Politik. Gerade um diese, die kleinen Menschen, gehe es heute. Es gehe um die ungeborenen Töchter und Söhne beziehungsweise zukünftigen Enkel. Es gehe um die Frauen, die werdenden Mütter, die Leben schenkten, die Schwangeren, die in der Gesellschaft eigentlich einen ganz besonderen Schutz genießen sollten - nur nicht auf Inseln und in ländlichen Regionen.

Er bittet die Anwesenden, einen Moment zu versuchen, sich in die Lage von Schwangeren hineinzusetzen, wobei dies den anwesenden Frauen wohl relativ leicht falle; Männer könnten dies immer nur aus der Zuschauerperspektive betrachten. Viele seien aber mit Sicherheit bei der Geburt der eigenen Kinder dabei gewesen. Sicherheit sei ein wichtiger Punkt. Dabei meine er nicht nur die medizinisch-technische, sondern vor allem auch die emotionale Sicherheit. Beides sei in weiten Teilen von Schleswig-Holstein seit Ende 2013 nicht mehr vorhanden.

Im Folgenden nennt er einige Beispiele, die Frauen auf den Inseln passiert seien, und fordert dazu auf, sich vorzustellen, wie man sich selbst in dieser Situation fühlen würde. Auf Sylt hätten zu dem Zeitpunkt des Orkans Xaver, der mehrere Tage heftig gewesen sei, bei einer hochschwangeren Frau die Wehen eingesetzt, obwohl der Stichtag noch nicht erreicht gewesen sei. Der Vater sei für die Feuerwehr im Katastrophenschutzdienst tätig gewesen. Zum Glück hätten sie in die Klinik fahren können. Dort habe sie ihre Hebamme und ein Gynäkologe erwartet. Auch der werdende Vater sei dort hingeeilt. Es habe massive Komplikationen bis hin zum Geburtsstillstand gegeben. Nur ein Kaiserschnitt hätten die Frau und ihr ungeborenes Kind gerettet. Dank der Sicherheit der damals noch bestehenden Geburtshilfe sei alles gutgegangen, und der Vater sei in dieser Nacht nicht zum kinderlosen Witwer geworden. Diese Sicherheit gebe es heute weder auf Sylt noch auf Föhr. Heute könne es passieren, dass - was tatsächlich passiert sei - im Autozug entbunden werde.

In einem weiteren Fall hätten vor wenigen Tagen die Wehen bei einer Schwangeren auf Föhr eingesetzt, und weder Rettungshubschrauber noch Rettungskreuzer hätten aufgrund der Wetterlage den Weg zum Festland beschreiten können. Zum Glück sei es auch hier gutgegangen. Das sei aber nicht immer der Fall.

Das Argument für die Schließung kleiner Geburtsstationen sei die angebliche bessere Qualität in großen Entbindungskliniken. Auch mangelndes Personal werde gern angeführt. Echte empirische Belege dafür gebe es nicht. Die Fälle, die es gar nicht bis in die Klinik schafften, würden in der Betrachtung gar nicht berücksichtigt. Es handele sich also nicht um Fakten, sondern eher um gefälschte Statistiken. Das sei keine wissenschaftliche Basis, wohl aber - zumindest für die Landespolitik - Grund genug, die flächendeckende Geburtshilfe abzuwickeln.

Für den Kreißsaal auf Föhr sei vor der Schließung ein Gutachten gefertigt worden, das Mängel aufgezeigt habe. Statt diese Mängel abzustellen, sei der Kreißsaal geschlossen worden, und das, obwohl aus dem Gutachten hervorgehe, dass die Insel an vielen Tagen im Jahr nicht erreichbar sei. Statistisch betrachtet sei dies nach dem Gutachten an jedem fünften Tag der Fall. Darüber, dass so etwas tatsächlich vorkomme, habe er bereits berichtet.

Berechnet worden seien Wegzeiten von den friesischen Inseln nach Flensburg von circa 90 Minuten. Dieser Zeitraum sei nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe - DGGG - noch zumutbar. Nach seiner Auffassung urteilten die Wissenschaftler über eine Region, die Ihnen gar nicht wirklich bekannt sei. 90 Minuten seien für eine

selbstbestimmte Anreise der Schwangeren von Föhr, Amrum oder Sylt völliger Unsinn. Damit diskreditiere die DGGG ihre eigenen Leitlinien als Gefälligkeitsvorschrift. Der tatsächliche Weg sei länger. Hauptsache, die Politik erhalte Argumente für eine Zentralisierung der Geburtshilfe! Das sei unseriös und nicht wissenschaftlich, eines Wissenschaftlervereins unwürdig.

Für die Frauen habe man die Lösung Boarding parat, einfach 14 Tage vor dem Stichtag, der nicht wie ein Schweizer Uhrwerk zu berechnen sei, nach Husum, Flensburg oder Hamburg in ein Level-1-Krankenhaus! Nur circa drei von 100 Kindern würden tatsächlich am Stichtag geboren. Das sei also alles andere als eine zuverlässige Ausgangslage.

Es sei eine „Topidee“, zum Boarding zu fahren: Als Schwangere fühle man sich bestimmt total wohl. Er als Mann könne das nur als Zuschauer betrachten. Wer brauche schon den familiären Rahmen? Die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt werde auch überbewertet. Eventuelle ältere Geschwister überstünden die Zeit auch ohne die Mama. - Das sei seiner Ansicht nach keine Qualität und nicht unbedingt das, was man sich unter einer angenehmen Geburt vorstelle.

Meist werde der Eindruck noch getoppt von überfüllten Kreißsälen, manchmal auch von Entbindungen in Zimmern, die Außenstehenden vollen Blick auf das werdende Leben böten. Auch dies sei so passiert. Das halte er nicht für Qualität.

Es könne auch sein, dass der Zeitraum nicht 14 Tage betrage, sondern vier Wochen - es sei denn, man lasse die Geburt künstlich einleiten oder wähle einen Kaiserschnitt. Dann bleibe weniger natürliche Geburt übrig. Das sei keine Qualität. Eine echte Wahl habe man als Schwangere aber auch nicht, denn das Kind müsse geboren werden. Es blieben also zwei Optionen, entweder man mache das Boarding mit oder zögere den Gang auf das Festland bis auf das Letzte hinaus oder wage sogar die Alleingeburt. Hausgeburten seien mittlerweile nahezu unmöglich. Das alles sei keine Freude und auch nicht wirklich das, was man sich wünsche.

Er geht sodann auf die Anforderungen der DGGG an Geburtshilfe - Mindestmengen an Fallzahlen und Versorgungsstufen - ein und vertritt die Ansicht, Geburt sei zu einer Industrie geworden, die zentralisiert werde, um mehr Gewinn zu bringen. Nur darum gehe es am Ende. Andere Meinungen, zum Beispiel die der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften, die eine sehr umfassende Stellungnahme zur geburtshilflichen Situation in Schles-

wig-Holstein mit entsprechenden Empfehlungen vorgelegt habe, würden nicht berücksichtigt. Die Wissenschaftler der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften hätten übrigens empirische Belege und Erfahrungswerte. Da sich diese Stellungnahme aber nicht auf dem Kurs des Sozialministeriums bewege, werde sie verdrängt. Es werde verkannt, dass es auch vor den 14 Tagen vor dem Stichtag ein Risiko für Frauen gebe sowie für solche, die sich bei dem Aufenthalt auf den Inseln über den bestehenden Versorgungsmangel nicht im Klaren seien. Auch Schwangere machten Urlaub. In der Hochsaison befänden sich allein auf Sylt täglich mehr Menschen, als in Flensburg wohnten. Hier komme er wieder zu dem am Anfang zitierten Satz zurück:

„Es ist zu bedenken, dass diese Situation letztlich Ergebnis der eigenen und damit selbst zu verantwortenden Entscheidung ist, auf einer Insel zu leben.“

Er interpretiere diesen Satz so, dass es auch Ergebnis der eigenen Entscheidung sei, als Schwangere auf eine Insel zu fahren.

Er wendet sich an die Ausschussmitglieder und legt dar, es liege an ihnen, ob diese Haltung in dieser Legislaturperiode fortgesetzt oder für die schwangeren Frauen auf Sylt, Föhr oder Niebüll, aber auch in Ostholstein wieder eine flächendeckende Geburtshilfe mit echten Kreißsälen geschaffen werde.

Sollte das Argument des fehlenden Personals kommen, empfehle er, auf die Seite des Jobcenters zu schauen. Es seien ausreichend Gynäkologen und Hebammen vorhanden, nur eben nicht im Belegsystem. Da müsse man Geld in die Hand nehmen und diese Personen anstellen.

Zum Abschluss wendet er sich Abg. Dr. Tietze zu und erinnert daran, es habe direkt nach der Schließung des Kreißsaals auf Sylt ein Treffen nach einer Sitzung des Sozialausschusses gegeben. Damals habe Abg. Dr. Tietze ihn gefragt, warum er sich für die Wiedereröffnung des Kreißsaals auf Sylt einsetze. Das bringe eh nichts, denn am Ende blieben in Schleswig-Holstein nur drei bis vier Geburtskliniken. Man solle also lieber gleich für Heide kämpfen, damit an der Westküste überhaupt noch eine Entbindungsmöglichkeit bestehen bleibe.

Herr Christian Schmidt legt dar, er werde weiter für Sylt, für Föhr und für Niebüll kämpfen, für die Menschen auf den Inseln und auf dem Land. Er halte den Weg der Zentralisierung, auch

der Privatisierung im Gesundheitswesen für absolut falsch, bedrohlich für die Zukunft der Region und extrem gefährlich für die Menschen. Die Situation der Geburtshilfe auf Föhr, Sylt und in Niebüll sei im Grunde schlechter als vor 50 Jahren. Damals habe es eine flächendeckende Hebammenversorgung und klinische Geburtsstationen nahezu in jedem Krankenhaus gegeben. Das habe die Sterblichkeit von Müttern und Kindern erheblich gesenkt. Zu fragen sei, wie man diesen Rückschritt erklären und verantworten könne und ob keine Versorgung wirklich besser sei als eine Level-4-Grundversorgung.

Abg. Dr. Tietze erwidert, auch er sei betroffen über die Situation an der Westküste. Alle wünschten sich eine andere Versorgungssituation. Er weise allerdings zurück, was Herr Christian Schmidt ihm in den Mund gelegt habe. So etwas habe er nie gesagt. Gäbe es eine Verbindung der Inseln und Halligen zu einem Krankenhaus, dann sei es die Level-1-Einrichtung in Flensburg, die mehr Sinn machen würde als Heide. Eine solche Aussage widerspräche also auch seiner fachlichen Überzeugung komplett.

Herr Dr. Maass, Professor an der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des UKSH, bedankt sich, im Namen der DGGG vortragen zu dürfen. Seit 2015 habe die DGGG auf 280 Seiten Empfehlungen für die Geburtshilfe ausgearbeitet, von denen eine ganze Reihe bereits umgesetzt worden sei. An ihn als Vertreter der DGGG sei konkret die Bitte herangetragen worden, sich zu der S-1-Leitlinie „Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung“ zu äußern und dazu, wie die DGGG die Versorgung sehe.

Die S-1-Leitlinie sei eine Veröffentlichung aus dem Jahr 2013, die immer wieder hätte aktualisiert werden sollen, wozu es bisher aber noch nicht gekommen sei. Es handle sich dabei letztlich um einen Minimalkonsens zwischen der gynäkologischen Gesellschaft und der geburtshilflichen Gesellschaft. Eine Reihe von Fachvertretern, Ärzten sowie Juristen habe die S-1-Leitlinie gemeinsam entworfen. Sie hätten versucht, den speziellen gesellschaftlichen Bedingungen in Deutschland gerecht zu werden, die anders als in anderen Ländern seien.

Ein bedeutendes, allgemein bekanntes Thema bilde der Komplex Zentralisierung versus heimatnahe Versorgung. Dieses Thema betreffe, wie auch Herr Christian Schmidt gesagt habe, nicht nur die Inseln. Nach seiner, Dr. Maass, jahrelangen Erfahrung in Nordrhein-Westfalen stelle sich die Situation vieler Krankenhäuser in der Eifel in einer Analyse ähnlich dar wie auf den Inseln. Das Thema sei allgemein bekannt und ein gesellschaftliches Thema, das alle beschäftige und allen Sorgen bereite.

Herr Dr. Maass greift den Punkt auf, dass Herr Christian Schmidt die DGGG mehrfach bezüglich der Nichteinhaltung von Standards zitiert habe, und erläutert, auch für die DGGG sei das Thema Sicherheit das wichtigste Thema. Gerade aufgrund von Einzelbeispielen wie der von Herrn Christian Schmidt genannten seien zur Entwicklung der Richtlinie Juristen herangezogen worden. Für alle Schwangeren in Deutschland solle es Sicherheit geben. Die DGGG sei sehr froh, dass die Geburtshilfe sehr natürlich und in über 90 % der Fälle ohne Pathologie ablaufe, ohne dass mit einem Risiko zu rechnen sei. Dies gelte besonders da, wo eine Vorselektion geschaffen werde, indem Risikoschwangere von vornherein in Zentren geleitet würden.

Daneben gehe es um 10 % der Schwangeren, die einen von Anfang an völlig normalen Schwangerschaftsverlauf hätten, eine völlig normale Geburt anstrebten, vielleicht sogar das zweite, dritte oder vierte Kind erwarteten, und bei denen die ersten Geburten völlig normal verlaufen seien. Genau da aber, wo man erwarte, dass wirklich alles normal, ohne Pathologie ablaufe, habe man in der Geburtshilfe immer ein Restrisiko. Es falle unter den Überbegriff Sicherheit, den auch Herr Christian Schmidt genannt, aus verschiedenen Gründen aber anders definiert habe. In der Geburtshilfe gehe es politisch, wirtschaftlich, aber auch menschlich darum, Vorhaltekosten aufzubringen, um genau diesen nicht zu erwartenden Komplikationen Rechnung zu tragen, die bei jeder noch so normalen Schwangerschaft auftreten könnten.

Herr Dr. Maass stimmt Herrn Christian Schmidt darin zu, dass es Mindestmengen gebe, über die sich streiten lasse. In Bezug auf die Erfahrung sei es in vielerlei Hinsicht richtig, dass die Geburtshilfe vor 50 Jahren anders gewesen sei: Sowohl die Geburtshilfe als auch die Ausbildung seien völlig anders als auch der Status, dass es weniger Ärzte und Hebammen pro Entbindung gebe. Letztendlich gehe es immer um das Restrisiko, das sich im Vorwege nicht genau definiere und selektionieren lasse, weshalb es die Empfehlungen der S-1-Leitlinie gebe und zu beachten gelte. Darum gehe es juristisch, menschlich und in jeder Hinsicht.

Gerade juristisch sei das Restrisiko ein riesiges Thema. Nirgends gebe es forensisch so ausgedehnte Probleme wie in der Geburtshilfe. Es gebe im Vergleich zu früher nicht mehr, aber deutlich schwierigere Haftungsfälle in der Geburtshilfe. In einigen Regionen und Ländern, beispielsweise in den USA, gebe es allein aus forensischen Gründen überhaupt niemanden mehr, der Geburtshilfe leiste, weil die Kosten und Folgen immens seien.

Herr Dr. Maass geht darauf ein, dass die heimatnahe Versorgung sicherlich eine andere sei. Er vergleiche das gern damit, dass man auch mit einem Herzinfarkt schnell im Krankenhaus sein wolle. Die Situation in der Geburtshilfe sei dennoch völlig anders: Man habe es in der Geburtshilfe immer mit zwei Menschen zu tun, mit einem enormen Risiko für die Mutter durch zahlreiche Probleme, zum Beispiel Blutungen, und einem großen Risiko auch für das Kind. Beides müsse bei der gesamten Diskussion immer wieder berücksichtigt werden. Die S-1-Leitlinie gebe die medizinisch und juristisch begründete Minimalanforderung aus, dass im Bereich des Kreißsaales ein Facharzt innerhalb von zehn Minuten anwesend sein und eine Hebamme innerhalb von fünf Minuten bereit oder in der Nähe sein müsse. Wenn sich dieser Versorgungsanspruch 365 Tage im Jahr aufrechterhalten und sicherstellen lasse, gehe es aus seiner Sicht nicht um Mindestmengen, also darum, ob es zu 100, 500 oder 1 000 Geburten im Jahr komme.

Würden alle Bedingungen, die in der S-1-Leitlinie niedergeschrieben seien, berücksichtigt, sei alles in Ordnung. Er betont, in ländlichen Regionen stelle es allerdings ein Problem dar, 365 Tage im Jahr Präsenz zu leisten, um sofort bei der Schwangeren zu sein. Es handle sich um relativ enge Korridore, die aber der Realität entsprächen. Sowohl beim Uni-Klinikum wie im Städtischen Krankenhaus sei sichergestellt, dass Ärzte innerhalb von fünf bis zehn Minuten im Kreißsaal seien. Ferner gebe es eine Vielzahl von Kriterien an die personelle und apparative Ausstattung: Ein Kinder- und ein Narkosearzt müssten in der Nähe sein; in einer Notsituation müsse innerhalb von 15 bis 20 Minuten ein Kaiserschnitt durchgeführt werden können. - All dies sei in der S-1-Leitlinie gefordert.

Es sei nicht seine Aufgabe, zu bewerten, wer dies alles umsetzen könne; aber nur wenn diese Bedingungen erfüllt seien, könne eine adäquate Geburtshilfe geleistet werden. Seines Wissens sei dies in einigen Regionen wie auf den Inseln in den letzten Jahren nicht der Fall gewesen. Dort hätten Ärzte nicht 365 Tage im Jahr bereitgestanden, um eine geburtshilfliche Notversorgung zu schaffen. Es sei sowohl von der Hebammenversorgung als auch von der Personaldecke her extrem schwierig gewesen.

Herr Christian Schmidt fasst Herrn Dr. Maass Ausführungen dahin gehend zusammen, durch die S-1-Leitlinie wolle man das Restrisiko für die Schwangeren vermeiden. Auf den Inseln entstehe ein Restrisiko allerdings durch das Nichtvorhandensein einer Versorgungsleistung, das nicht ausgeglichen werden könne. Es gebe Situationen, in denen die Erreichbarkeit der Insel weder durch Rettungshubschrauber noch durch Rettungskreuzer gewährleistet sei. Teilweise befinde sich der Gynäkologe, der gerade eben noch auf der Insel gewesen sei, nicht mehr dort, sodass auch keine zusätzliche Notfallversorgung bestehe. Auf diese Weise

bestehe ein Risiko, wenn zum Beispiel früher als 14 Tage vor dem Stichtag, an dem das Boarding empfohlen werde, ein Notfall eintrete. Diese Situation sei mindestens genauso riskant, tauche aber statistisch am Ende nicht mehr auf.

Herr Christian Schmidt bittet Herrn Dr. Maass um eine ethische Bewertung dessen. Er selbst habe damit große Schwierigkeiten, weil man im Grunde ein Risiko gegen das andere tausche. Aus dem Risiko, das Herr Dr. Maass beschrieben habe, lasse sich ein Haftungsanspruch ableiten, wohingegen das andere Risiko und die Verantwortung allein auf die Schwangere abgewälzt würden. Dies sei auch politisch der Punkt, an dem sich der Staat seinen Aufgaben auf den Inseln und im ländlichen Raum entziehe, wo Versorgung abgebaut werde. Eigentlich müsse es eine Gleichbehandlung dahin gehend geben, dass von jedem beliebigen Standort in Deutschland innerhalb der E-E-Zeit eine Entbindung möglich sein müsse. Das wäre machbar, kostete aber erheblich mehr Geld.

Herr Dr. Maass bestätigt, dass die Politik hier gefordert sei. Der entscheidende Punkt sei aber das Restrisiko, von dem er geredet habe, nämlich ein nicht kalkulierbares Risiko. Man gerate in eine Situation, die er selbst täglich erlebe. In der eigenen Klinik hätten sie zum Glück eine ganze Reihe von Schwangeren, die völlig normal entbänden. Es komme unter der Geburt zu einer Risikosituation, die nicht absehbar gewesen sei, entweder für die Mutter, weil sie stark blute, oder für das Kind, weil es unter der Geburt zu einem Sauerstoffmangel komme. Dieses Restrisiko sei nicht kalkulierbar. Deswegen leiste man sich in Deutschland und überall die Vorhaltekosten für etwa 5 bis 10 % dieser Restrisiken, denn die Folgen seien immens. Eine normale Schwangerschaft könne mit einem schwerstgeschädigten oder toten Kind oder mit einer verbluteten Frau enden, auch wenn dies bis zehn Minuten vor der Geburt nicht absehbar gewesen sei.

Was Herr Christian Schmidt verdeutliche, sei ein Risiko aufgrund einer Mangelversorgung. Dafür müssten Lösungen gefunden werden. Das Boarding-System biete dabei sicherlich eine Selektion nach Risiken und die Möglichkeit einer zeitnahen Verlegung in Strukturen, die zwar Nachteile hätten - die Angehörigen seien nicht in der Nähe -, doch bestehe die Möglichkeit, das Risiko prospektiv zu minimieren, soweit es gehe. Eine hundertprozentige Sicherheit gebe es nie. Für sinnvoll halte er einen besseren Transport aufs Festland, beispielsweise durch Notfallhelikopter, oder bessere Boarding-Systeme, die aber schon ganz gut funktionierten. Das allerletzte Risiko, das Herr Christian Schmidt beschreibe, könne man nicht vermeiden.

Herr Dr. Maass hält es für notwendig, alle Frauen aufzuklären, was er manchmal vermisse. Sie seien über das Restrisiko zu informieren und darüber, dass sie, wenn sie in dieser oder jener Klinik entbänden oder auf der Insel blieben, ein erhöhtes Risiko eingingen. Wie dieses Risiko gehandhabt werde, müsse jeder letztendlich für sich selbst entscheiden. Das betreffe natürlich auch die Reisenden, die auf die Insel führen und dort drei Wochen vor dem Geburtstermin Urlaub machten; auch Fluglinien transportierten Frauen ab der 36. Schwangerschaftswoche nicht mehr. Das Risiko, mit dem Herr Dr. Maass selbst jeden Tag umgehe, sei dagegen nicht erwartet. Dafür brauche es Vorhaltekosten, die in einigen Regionen einfach nicht gegeben seien.

Abg. Peters verweist auf das Boarding-System in anderen europäischen Staaten, beispielhaft Schweden, Norwegen und Finnland, und erkundigt sich danach, ob die Standards in der Bundesrepublik vergleichbar seien.

Herr Dr. Maass legt dar, dass Boarding-Systeme in anderen Ländern zum Teil besser ausgebildet seien. Das hänge häufig mit der massiven Zentralisierung zusammen. So gebe es in der Bundesrepublik 700 Geburtskliniken, in Schweden nur 42. Unterschiedliche Studien belegten, dass die perinatologische Mortalitätsstatistik durch die Zentralisierung nicht zu einem Qualitätsverlust geführt habe. Beispielhaft nennt er die Situation in den Niederlanden, wo es eine ausgeprägte Hausgeburtshilfe gebe. Die Strukturen seien insoweit nicht zu vergleichen. Es gebe aber auch einen anderen gesellschaftlichen Konsens. In der Bundesrepublik könne man es sich leisten, so viele Krankenhäuser zu belegen. Es gebe eine hohe Emotionalität, dass man sein Kind gern in seiner Region bekommen möchte. Es gebe innerhalb aller Parteien einen fehlenden politischen Mut, eine Zentralisierung durchzuführen. In Portugal beispielsweise sei die perinatologische Mortalität durch eine Zwangszentralisierung gesenkt worden.

Er gehe allerdings davon aus, dass es in Zukunft weniger als die derzeit bestehenden 700 Geburtsstationen geben werde. Nach seiner Auffassung könne man es sich weder wirtschaftlich noch personell leisten, diese Anzahl zu erhalten. Es gebe nicht mehr die Situation wie vor 50 Jahren, auch weil die entsprechende Ausbildung fehle. Deshalb vertrete er die Auffassung, dass man an einer Zentralisierung nicht vorbeikommen werde. Er spreche sich dafür aus, ehrlich mit den Schwangeren umzugehen und auf die entsprechenden Risiken hinzuweisen. Die letztendliche Entscheidung müsse die Schwangere selbst treffen.

Er legt dar, die Hausgeburtshilfe in Kiel sei nicht schlecht gewesen. Allerdings habe diese Verträge mit dem Städtischen Klinikum gehabt, die eine ärztliche Versorgung innerhalb einer kurzen Frist sichergestellt habe. Es habe dort also ein ganz anderes Konstrukt gegeben, als es das auf den Inseln gebe.

Abg. Heinemann erkundigt sich danach, ob es eine chirurgische Notkompetenz bei Schwangerschaften, also etwa für einen Kaiserschnitt, gebe. - Herr Dr. Maass antwortet, hilfreich sei eine flächendeckende exzellente Ausbildung, die auch Rettungshelfer und Bevölkerung in Erste-Hilfe-Maßnahmen einführe. Es gebe sicherlich eine Menge von Dingen, die im Rahmen der Ausbildung - unterstützt mit finanziellen Zuwendungen - verbessert werden könnten. Ansonsten gälten die Bedingungen, die - vergleichbar mit einem Schlaganfall - für Geburtshilfe vorgeschrieben seien. So sollten in Notfällen Geburtshelfer oder eine Hebamme innerhalb von zehn Minuten erreichbar sein. Sei dies nicht der Fall, könnten sicherlich auch Rettungssanitäter helfen. Rettungssanitäter, die beispielsweise in den Sommermonaten im Rahmen von den Notfallprogrammen tätig seien, sollten über eine entsprechende Ausbildung verfügen.

Herr Dr. Maass verneint die Frage des Abg. Heinemann, ob ein Chirurg einen Kaiserschnitt durchführen könne, fügt aber hinzu, dass dies relativ schnell erlernbar sei.

Abg. Dr. Tietze bezieht sich auf das Optimedis-Gutachten und stellt dar, darin werde auf der einen Seite ausgesagt, dass es eine perinatale Überversorgung gebe, auf der anderen Seite aber würden Formen von Risikoschwangerschaften nicht erkannt. Er führe das darauf zurück, dass das Monitoring der Schwangerschaft insbesondere durch Hebammen in der Fläche nicht mehr gewährleistet sei. Das halte er für ein Risiko.

Herr Dr. Maass legt dar, dass zunehmend sowohl bei den Hebammen als auch bei den Ärzten eine entsprechende Ausbildung fehle. Die Situation in der Fläche könne er nicht ganz beurteilen. Hinsichtlich der Risikoschwangerschaften gebe es eine gute Begleitung während der Schwangerschaft insbesondere von den Frauenärzten, die flächendeckend vorhanden seien. In der Regel würden Risikoschwangerschaften im Vorwege selektiert. Es gebe allerdings auch immer Schwangere, die die Vorsorge nicht wahrnähmen. Das seien auch seine Sorgenkinder. Dabei handle es sich um etwa 25 % der Schwangeren. Hier helfe nur Aufklärung. Mit dem zunehmenden Flüchtlingszustrom gebe es auch ein Problem, dass viele Menschen aus Ländern kämen, aus denen andere Bedingungen bekannt seien.

Das Restrisiko bei einer Risikoschwangerschaft sei ungleich höher als bei normalen Schwangerschaften. Dieser Versorgungsauftrag könne nicht nur über Personal geregelt werden, sondern nur über Aufklärung und der Hoffnung, die Bevölkerung zu erreichen. Es gebe insbesondere in ländlichen Gebieten eine Reihe von Ansätzen, Schwangere auch durch digitale mobile Geräte besser zu überwachen.

Abg. von Pein erkundigt sich nach negativen Erfahrungen von Frauen. - Herr Christian Schmidt berichtet von einem Fall, in dem in Husum eine Schwangere im Erdgeschoss einem normalen Zimmer habe entbinden müssen, da alle Kreißsäle belegt gewesen seien. In diesem Zimmer habe es keine Vorhänge gegeben. Außerdem hätten draußen Bauarbeiten stattgefunden. - Im Übrigen hoffe er, dass es niemals einen gesellschaftlichen Grundkonsens der Zentralisierung geben werde. Wichtig sei, an jedem Standort die Standards einhalten zu können. Geld sei da, es werde nur für andere Dinge verwendet. Beispielhaft bezieht er sich auf den Wehretat und legt dar, verteilte man diesen Betrag auf die Geburtshäuser in Deutschland, könnte man überall Level-1-Geburtshäuser einrichten, zumal bekannt sei, welche Kosten entstünden, werde eine Geburtsstation als hauptamtliche Abteilung geführt. Führte man Geburtsstationen für Sylt und Niebüll mit einer Level-4-Versorgung, ergäbe sich pro Jahr pro Haus ungefähr 1 Millionen € Defizit.

Es dürfe nicht sein, dass zentralisiert und, erreiche eine Frau eine zentrale Klinik nicht rechtzeitig, gesagt werde, das sei ihr persönliches Pech, sie habe aber eine Top-Versorgung, wenn sie dort ankomme. Das sei prinzipiell der falsche Weg. Gewollt werde, dass Menschen in die Region kämen, dass es dort eine zukunftsfähige Entwicklung gebe. Daran hänge auch der Tourismus. Es sei ein Standortnachteil, dass man vor Ort keine Kinder mehr bekommen könne. Es sei auch eine emotionale Frage. Es sei insbesondere eine Frage der Sicherheit, da es vor dem errechneten Termin durchaus Komplikationen geben könne und gleichzeitig eine Wetterlage, bei der Hubschrauber und Schiffe die schwangere Frau nicht transportieren könnten.

Die Vorsitzende unterbricht an dieser Stelle und weist auf gleichlautende Ausführungen zu Beginn des Vortrags hin.

Herr Dr. Maass stimmt Herr Christian Schmidt insoweit zu, als man nicht kleinere Häuser schließen dürfe, die verbleibenden Häuser aber nicht besser ausstatte. Dann gebe es überfüllte Kreißsäle.

Herr Dr. Badenhop, Staatssekretär Innenministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren, führt aus, er sei eingeladen worden, um zu einer Petition Stellung zu nehmen, die ein Problem aufgreife, das nicht neu sei und zum Teil für heftige Reaktionen Sorge. Im konkreten Fall gehe es um die Schließung der geburtshilflichen Station auf der Insel Föhr. Diese Schließung sei durch den Krankenhausträger, den Kreis Nordfriesland, entschieden worden. Es handle sich nicht um eine aktive Entscheidung des Landes - weder der alten noch der neuen Landesregierung. Ihm sei bewusst, dass es sich um ein Thema handele, das nicht nur gesundheitlich von großer Bedeutung, sondern auch von hoher Emotionalität geprägt sei. Jeder wolle das Beste für seine Kinder. Deshalb sei es notwendig, dass die Versorgung gesichert sei.

Anstrengung des Landes sei, eine Versorgungssituation zu befördern, die nach Auffassung von Experten diejenige sei, die Risiken im besten Sinne minimiere. Zu dieser Minimierung von Risiken gebe es Einschätzungen, die Herr Dr. Maass sehr ausführlich vorgetragen habe. Nachvollziehbar sei der Eindruck vor Ort und die Frage, warum keine Geburtenstation besser als eine Geburtenstation Level 4 sei. Bei der Frage der Sicherheit sei aber auch der Aspekt zu sehen, mit welchen Komplikationen Geburten im Zweifelsfall behaftet seien und welches die medizinisch adäquate Reaktionsmöglichkeit sei. In einem Geburtshaus oder einer Geburtsstation mit Level 4 könne eine Geburt mit Komplikationen unter Umständen zu einer Verlegung unter der Geburt führen, die im Zweifelsfall mit einem höheren Risiko behaftet sei als im Rahmen eines frühzeitigen Verlegens in ein Haus höherer Stufe oder eines Boardings.

Dennoch bleibe der Anspruch, dass Einrichtungen dort, wo unter Einhaltung von Qualität Bestand haben könnten, auch Bestand haben sollten. Aus Sicht der Landesregierung stehe nicht im Vordergrund, ob eine Geburtshilfe in erster Linie wirtschaftlich zu betreiben sei, sondern ob sie die medizinischen Standards erfülle.

Er widerspricht der Aussage, bei der Geburtshilfe gehe es darum, Gewinne zu machen. Ihm seien keine umfangreichen Gewinnerzielungsmöglichkeiten im Rahmen der Geburtshilfe bekannt. Es handle sich bei diesem Bereich im Rahmen der Krankenhausvergütung nicht um einen besonders profitablen. Insofern glaube er nicht, dass man unterstellen könne, dass Leute dies zur Erzielung von Gewinnen machten. Im konkreten Fall sein eine Trägerschaft des Kreises Nordfriesland gegeben, dem man sicherlich keine wirtschaftliche Motivation unterstelle. Man könne annehmen, dass der Kreis Nordfriesland für die Summe seiner Bürger versuche, eine Entscheidung zu treffen, von der er glaube, dass sie die richtige sei.

Neben der Sicherung der medizinischen Komplikationen müsse im Auge behalten werden, das Zur-Welt-Bringen von Kindern Schwangeren und ihren Familien zu erleichtern. Das Thema Boarding sei sicherlich noch nicht am Ende seiner Optimierungsmöglichkeiten angelangt.

Der Landesregierung seien durch den Rettungsdienst Nordfriesland 2016 vier Fälle bekannt, in denen eine Geburt unter Einsatz von Notfallmitteln an anderen Orten habe durchgeführt werden müssen. Man könne also nicht von einem Massenphänomen sprechen, wenn es sich auch um eine persönlich sehr belastende Situation handle. Er könne auch mitteilen, dass es in jedem Fall zu einem guten Ausgang geführt habe, weil die Notfalkette gegriffen habe.

Anmerken wolle er ferner, dass die Landesregierung jede Form der Initiative unterstütze. So sei im Kreis Nordfriesland das Thema Geburtshilfe insgesamt auf eine neue Grundlage gestellt worden. Grundlage sei das bereits beschriebene Gutachten gewesen, der Ausbau der Kreißaalkapazitäten in Husum und die Neuaufsetzung der Krankenhausstruktur im Kreis Nordfriesland, die mit entsprechenden Investitionsmitteln unterstützt werde. Dieser Weg solle weiter beschritten werden. Gleichzeitig erkläre er die Bereitschaft, zuzuhören, wenn der Eindruck entstehe, dass die bestehenden Konzepte den Bedürfnissen nicht gerecht würden.

Abg. Heinemann fragt an den Staatssekretär, ob der sich vorstellen könne, mit der Ärztekammer in Verhandlungen einzutreten, eine Grundqualifikation für Chirurgen insbesondere im ländlichen Raum anzubieten, sodass diese im unabwendbaren Notfall die Fähigkeit besäßen, einen Kaiserschnitt durchzuführen.

Staatssekretär Dr. Badenhop antwortet, politisch könne er sich vorstellen, mit jedem über alles zu verhandeln. Das Problem stelle sich für ihn eher in der mangelnden Fähigkeit, die Sinnhaftigkeit eines solchen Vorschlags medizinisch bewerten zu können. Wenn dies ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssicherheit sei, sei er gesprächsbereit. Er könne allerdings nicht aus dem Stehgreif heraus sagen, ob er eine solche Maßnahme befürworte. Dies müsste erst geprüft werden.

Die Vorsitzende wirft ein, sofern sie die Argumentation von Herrn Dr. Maass richtig verstanden habe, hebe dieser auf die Erfahrungen im Rahmen von Routinesituationen bei vielen Geburten ab. - Staatssekretär Dr. Badenhop bestätigt, dass dies die einhellige Auffassung von Experten sei, die die Landesregierung bei ihrer Meinungsbildung berücksichtige.

Abg. von Pein erkundigt sich nach der politischen Positionierung der Landesregierung zum Thema Geburtshilfe im ländlichen Raum. - Herr Dr. Badenhop hält es nicht für seine abschließende Aufgabe, die politische Linie der Koalition zu definieren. Er könne allerdings mitteilen, dass die Absicht darin bestehe, alles, was an Arbeiten in der letzten Legislaturperiode gelaufen sei, zu ergänzen, um eine landesweite Bestandsaufnahme vorzunehmen, was die geburtshilflichen Kapazitäten angehe. Das schließe auch die Kapazitäten im Hebammenbereich ein. Im Grundsatz werde die bisherige Linie durchgeführt, indem gesagt werde, dass die medizinischen Standards der Maßstab dafür seien, ob man Versorgungsangebote aufrechterhalte. Er erinnere daran, dass es hier keine alleinstehende Entscheidung des Landes gewesen sei. Wichtig sei festzuhalten, dass jede zulässige und denkbare Maßnahme, die die medizinische Qualität verbessere und im Rahmen der Betätigungsmöglichkeiten des Landes vorstellbar sei, in Erwägung gezogen werden könne.

Im Gesundheitswesen gebe es aber ein System, dass das Land nicht allein eine Versorgungs-, geschweige denn eine Vergnügungslandschaft gestalte, sondern es von Rahmenbedingungen beeinflusst sei, die bundesgesetzlicher Natur seien und abhängig von Akteuren vor Ort. So stelle er die Frage, wie sinnvoll es beispielsweise sei, eine Geburtshilfe zu erhalten, die von der Klinikleitung jeden dritten Tag von der Versorgung abgemeldet werde, weil der entsprechende Arzt nicht da sei oder eine Bereitstellung von chirurgischen Kapazitäten oder Anästhesisten oder eine Bevorratung von Blutkonserven nicht sichergestellt werden könne. Es gebe verschiedene Gründe, warum eine Versorgung trotz einer bestehenden Station in der Realität nicht stattfinde.

Für richtig halte er die Ausführungen des Dr. Maass hinsichtlich der Aufklärung. Man müsse ehrlich sein und sagen, dass bestimmte Strukturen nicht mehr fortgeführt werden könnten. Die Landesregierung werde den Strukturwandel, der erkennbar da sei und sich über Jahre hinziehe, so ausgestalten, dass es eine landesweite Versorgungssicherheit gebe und unter Einbeziehung aller medizinischen Expertise allen Fällen geholfen werden könne.

Auf eine Nachfrage der Abg. Waldinger-Thiering hinsichtlich des Einsatzes digitaler Geräte von Hebammen im Rahmen der Vorsorge und Begleitung von Schwangeren legt Herr Dr. Maass dar, dass es sich bei dem von ihm erwähnten Beispiel des Einsatzes digitaler Medizin um ein Pilotprojekt handle. Die Hebammen könnten die von ihnen durchgeführten CTGs als normale Vorsorgemaßnahme abrechnen. Bei der Anschaffung der Geräte sei man in Vorleistung gegangen.

Abg. Waldinger-Thiering weist darauf hin, dass es hinsichtlich der Geburtsstation in Eckernförde eine ähnlich problematische Situation gebe. Sie hält es für wichtig, dass Mutter und Kind gesund seien. Ziel solle aber auch sein, dass Kinder geboren würden. Deshalb sollte man einen Weg finden, wohnortnah Angebote vorzuhalten. Im Übrigen erkundigt sie sich nach den vier erwähnten Fällen sowie nach einer möglichen Aufstockung von Kapazitäten in Geburtsstationen nach der Schließung anderer.

Staatssekretär Dr. Badenhop legt dar, der Kreis Nordfriesland habe dem Ministerium aus dem Jahr 2016 vier Einsätze mitgeteilt. Für 2017 seien dem Kreis keine entsprechenden Einsätze bekannt. In drei Fällen sei entweder mit Rettungswagen oder Rettungshubschrauber eine Verlegung in eine Geburtsstation erfolgt und eine Geburt normal durchgeführt worden. Beim vierten Einsatz habe eine Geburt vor Erreichen der Klinik eingesetzt. Man müsse allerdings hinzufügen, dass bei dieser Frau die Wehen um 15 Uhr eingesetzt hätten und sie um 21 Uhr in die Klinik gegangen sei.

Frau Seemann, stellvertretende Leiterin der Abteilung Gesundheit im MSGJFS, bezieht sich auf die Frage nach den Planbetten und legt dar, die Zahl sei sowohl in Husum als auch in Flensburg aufgestockt worden. Das Problem sei allerdings nicht die Zahl der Betten, sondern seien die Kreißsaalkapazitäten. Diese würden kurzfristig sowohl in Husum als auch in Flensburg erhöht.

Fälle wie der geschilderte sollten nicht passieren, es werde sich allerdings nicht vermeiden lassen, dass es voll werde. Die Zahl der Geburten schwankte nämlich sehr stark. In Flensburg gebe es im Monat durchschnittlich zwischen 150 und 170 Geburten. Im Juni 2017 seien es über 200 Geburten gewesen. Die Zahl der Geburten in der Nacht schwanke zwischen 2 und 13 Geburten. Für eine Frau sei es ein wichtiges und singuläres Ereignis. Komme Sie also in eine Situation, in der in einer Nacht 13 Geburten stattfänden, empfinde sie das als negativ, komme sie in eine Nacht, in der es nur zwei Geburten gebe, empfinde sie es als positiv. In den Bereichen, in denen Krankenhäuser rückmeldeten, dass es Bedarfe gebe, sei man dabei, auszubauen. Das betreffe Husum, Flensburg, das Städtische Krankenhaus Kiel und das Marienkrankenhaus Lübeck. Für das Universitätsklinikum Kiel gebe es gesonderte Ausbaupläne. Die Planbetten würden in den Krankenhäusern aufgestockt, in denen die Zahl der Geburten steige. Dies werde genau verfolgt.

Abg. Dr. Tietze teilt aus seiner Erfahrung mit, dass der Zeitpunkt des Einsetzens der Wehen nicht unbedingt entscheidend sei. So habe es bei seinem ersten Kind zwölf Stunden bis zur Geburt gedauert, bei seinem zweiten eineinhalb Stunden.

Auf Nachfragen des Abg. Dr. Tietze zur E-E-Zeit legt Frau Seemann dar, dass diese sich nicht auf einen rettungsdienstlichen Einsatz beziehe, sondern eine innerklinische Zeit sei. Werde bei einer Geburt im Krankenhaus festgestellt, dass ein Kaiserschnitt erforderlich sei, komme die E-E-Zeit zum Tragen. Nach der derzeitigen Richtlinie dürften zwischen der Entscheidung des Arztes, dass ein Kaiserschnitt notwendig sei, bis zur Entbindung des Kindes nicht mehr als 20 Minuten vergehen. - Herr Dr. Maass bestätigt dies.

Herr Lars Schmidt, Petent, legt dar, die Wegzeit vom Boardinghaus zum Kreißsaal betrage manchmal mehr als 20 Minuten. Beispielhaft nennt er die Erfahrungen einer jungen Frau in Heide. Da das Boardinghaus voll gewesen sei, habe sie zunächst in einem Gang warten müssen, obwohl es ihr sehr schlecht gegangen sei. Schließlich habe man sie in ein Hotel geschickt. - Dies sei nur einer von vielen Berichten. Er habe eine Reihe von Berichten mit, die er bei Interesse gern weiterleite.

Statistisch sei nachweisbar, dass bei einer normalen Geburt auf Föhr in den letzten 30 Jahren nichts passiert sei. Es gebe allerdings seit der Schließung der Geburtsstation deutlich mehr Unfälle, wenn auch nicht mit gravierenden Folgen.

Dem hält Staatssekretär Dr. Badenhop entgegen, die Darstellung, dass es seit der Schließung der Geburtsstation vermehrt Unfälle gegeben habe, sei nicht von den Fakten gedeckt. Seit der Schließung der Geburtshilfe auf der Insel Föhr habe es keine Unfälle gegeben, die nahelegten, dass es infolge der Schließung zu Schäden für Eltern oder Kinder gekommen sei.

Die Vorsitzende, Abg. Fürstin von Sayn-Wittgenstein, schließt die Sitzung um 10:50 Uhr.

gez. von Sayn-Wittgenstein
Vorsitzende

gez. Tschanter
Protokollführerin