



Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 18/5462

Landesvorsitzende:
Doris Scharrel
Eichkoppelweg 74
24119 Kronshagen
Tel. 04 31 – 54 40 57
Fax 04 31 – 54 81 63
scharrel-doris@t-online.de

Kronshagen, den 10.01.2016

Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein

Bericht der Landesregierung

Drucksache 18/3338

Sehr geehrte Damen und Herren ,

für die mündliche Anhörung am Donnerstag, den 28.1.2016 haben Sie um schriftliche Stellungnahme gebeten.

In der Drucksache 18/ 3338 S. 73 und folgende habe ich bereits wie weitere Sachverständige meine Stellungnahme zu den entsprechenden Fragestellungen abgegeben.

9.2.1 Qualität und Erreichbarkeit der Versorgung für Schwangere und Neugeborene

Die geburtshilfliche Versorgung ist eine komplexe, verantwortungsvolle Aufgabe mit dem Ziel der gesunden Mutter mit dem gesunden Neugeborenen.

Nach § 24c SGB V hat die Schwangere das Recht auf Leistungen im Rahmen der Entbindung; aber die Wahl des Entbindungsortes ist abhängig von medizinischer Notwendigkeit und regionaler geburtshilflicher Versorgung. Steigendes Alter, Übergewicht sowie die steigende Zahl der Schwangeren mit Zustand nach Sectio erhöhen die Rate der Risikoschwangeren. Die Basisauswertung der AQUA-Daten 2013 misst nur 23,7 Prozent aller Schwangeren kein Risiko zu. Die subjektiven Erwartungen der Schwangeren entsprechen der momentanen Anspruchshaltung der Bevölkerung. So steht auch bei der Wahl des Entbindungsortes häufig nur das eigene mütterliche Befinden im Fokus. Die ärztliche Beratung vor Geburt zur Geburtsplanung nimmt hier eine entscheidende Stellung ein, um den kindlichen Bedürfnissen entsprechen zu können.

9.2.2 Maximal zumutbare Entfernung geburtshilflichen Abteilungen

Die Basiserhebungen der AQUA-Daten 2013 messen wie bereits auch in den Vorjahren dem Transportweg und der Transportzeit hinsichtlich Qualität der Geburtshilfe keine Bedeutung zu. Selbst in Großstädten wie Hamburg nehmen Schwangere eine Fahrtzeit zur Wunsch-Entbindungsklinik von mehr als einer Stunde in Kauf. Nach aufklärendem Gespräch und guter Geburtsplanung ist der Transportweg und die Transportzeit ein planbarer Faktor, der bei aller Unvernunft auch von Schwangeren beim Transport aus dem Urlaubsort normal empfunden wird.

9.2.3 Boarding-Konzepte als sinnvolle Ergänzung

Emotionalität, Diskussion in den Medien und Verfolgung persönlicher Interessen sind fehl am Platze. Die in Fernsehberichten demonstrierte Anspruchshaltung der Schwangeren, die Vergleiche mit Urlaubsapartments heranziehen, sind fehl am Platze. In europäischen Ländern wie Finnland, Norwegen oder Schweden und weiteren Flächenländern gilt das Prinzip der Regionalisierung und Zentralisierung von Geburtshilfe zur Senkung von Säuglings- und Müttersterblichkeit als Standard. Das Boarding ist dabei ein selbstverständliches Konzept. Das Risiko einer Geburt beginnt nicht auf dem Transport zur Klinik. Das heißt, dass bei der Vorstellung zur Geburtsplanung in der Klinik nach Mutterschafts-Richtlinien auch über vorsorgliche kliniknahe Unterbringung zum Zeitpunkt der möglichen Geburt beraten werden kann. Entsprechend der AQUA -Basisauswertung 2013 wurden nur 756 Kinder (0,11%) vor Klinikaufnahme entbunden.

9.2.4 Erfüllung von Mindestanforderungen im Rahmen von Klinikkooperationen

Die Geburtskliniken in Schleswig-Holstein garantieren flächendeckend eine gute geburtshilfliche Versorgung. Sie streben in jedem Fall den antenatalen Transport des Kindes bei Risikoschwangerschaft an. Dazu gehört die Beratung zur Vorstellung in der Entbindungsklinik rechtzeitig vor der Geburt mit Planung der Geburtseinleitung. Die Frau mit Risikoschwangerschaft wird bei der Wahl der Entbindungsklinik unter dem Gesichtspunkt, dass die Klinik über die nötigen personellen und apparativen Möglichkeiten verfügt, beraten. Der Arzt hat die Verantwortung, nicht nur die artikulierten Interessen der Mutter, sondern auch die angenommenen Interessen des Kindes zu beachten. Da viele Folgeschäden bei den Kindern erst im Schulalter erkannt werden, verbietet sich hier ein Kompromiss hinsichtlich der Mindestanforderungen einer geburtshilflichen Abteilung. Die Schließung von Kliniken mit kleiner Entbindungszahl in Schleswig-Holstein wird im Sinne der Regionalisierung von Geburtshilfe nicht zur Verschlechterung der Qualität der geburtshilflichen Versorgung von Mutter und Kind führen.

9.2.5 Berücksichtigung der besondere Situation in Insel- und Randlagen

Für Schwangere, die in diesen Regionen leben, gelten natürlich auch die Vorgaben der Mutterschafts-Richtlinien, die eine Vorstellung vor Geburt zur Geburtsplanung in der Geburtsklinik vorsehen. Seit 2004 haben Helgoländer Frauen Erfahrungen mit Geburten auf dem Festland, was unproblematisch fern der Medienpräsenz wahrgenommen wird. Wer auf den Inseln oder auf dem Lande lebt, stellt sich auch auf das Ereignis der Geburt ein. Ein funktionsfähiges Rettungstransportsystem transportierte in der Silvesternacht 2014 mit dem Seenotkreuzer eine hochschwangere Frau mit ihrer Hebamme von Amrum nach Föhr ins Wyker Krankenhaus.

Ergänzung zur Stellungnahme Drucksache 18/3338

Die Schließungen kleiner geburtshilflicher Abteilungen ist ein bundesweiter Trend. Die Geburtskliniken in Schleswig-Holstein garantieren flächendeckend eine gute geburtshilfliche Versorgung mit Perinatalzentren aller Level. Die Steuerung der Schwangeren folgt den Kriterien der Regionalisierung der Geburtshilfe und strebt in jedem Fall den antenatalen Transport des Kindes bei Risikoschwangerschaft an. Schleswig-Holstein hat ein funktionierendes Rettungstransportsystem.

Die ambulante Versorgung der Schwangeren erfolgt durch ca. 350 niedergelassene Gynäkologen und wird nach den Mutterschafts-Richtlinien durchgeführt. Die Betreuung der Schwangeren zum Zwecke der Vorsorge, Erkennung, bzw. Abwendung möglicher Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind in Schleswig-Holstein ist gewährleistet. Dazu gehört die Beratung zur Vorstellung in der Entbindungsklinik rechtzeitig vor der Geburt mit Planung der Geburtsleitung.

Die Frau mit Risikoschwangerschaft wird bei der Wahl der Entbindungsklinik unter dem Gesichtspunkt, dass die Klinik über die nötigen personellen und apparativen Möglichkeiten verfügt, beraten. Bei 75 % dokumentierten Risikoschwangeren kann die Beratung entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien nur nach oben genannten Erwägungen erfolgen.

Für die Geburtskliniken bedeutet dies, dass Einrichtungsträger und Geburtshelfer rechtlich dafür einstehen müssen, dass die Risikoschwangere vorab über alle Gefahrerhöhungen aufgeklärt wird, die sich aus Standardunterschreitungen insbesondere bei der Personalausstattung ergeben und im Aufklärungszeitpunkt bekannt sind bzw. sein müssen.

Diese Pflicht besteht auch im Hinblick auf die Ausstattungsunterschiede zwischen Einrichtungen verschiedener geburtshilflicher Versorgungsstufen, wenn sich diese für die Risikoschwangere medizinisch signifikant auswirken.

Die Unvorhersehbarkeit des „eiligen Kaiserschnitts“ soll Veranlassung sein, großzügig aufzuklären.

Schematisierte Diagnose- und Therapieverfahren, klinische Behandlungspfade und wissenschaftlich orientierte Leitlinien sind gedacht als Hilfe zur Orientierung und zur Verbesserung klinischer Ergebnisse. Sie erlauben Ärzten Therapiefreiheit unter Berücksichtigung der Autonomie der Gebärenden.

Der Arzt hat die Verantwortung, nicht nur die artikulierten Interessen der Mutter, sondern auch die angenommenen Interessen des Kindes zu beachten.

Die Abwägung der Interessen, die Information über deren möglicherweise auftretenden Differenzen und die klinischen Konsequenzen müssen dargelegt werden.

In der Betrachtung der zukünftigen Entwicklungen in den industrialisierten Ländern, speziell in Deutschland mit seiner negativen Bevölkerungsentwicklungsrates wird die fetale Programmierung mit Risikoeinschätzung und Prävention eine zunehmend wichtige Rolle spielen. Der gesundheitliche Zustand, das Körpergewicht, die körperliche Aktivität und das Alter der Frau bei Kinderwunsch, sowie das intrauterine Milieu des Kindes haben entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung des Kindes und die Morbidität des Kindes und des späteren Erwachsenen hinsichtlich Karzinomentstehung, Diabetes mellitus und Herz-Kreislaufkrankungen.

Die Zukunft einer guten geburtshilflichen Versorgung liegt entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien weiterhin in der Erkennung und Abwendung von Risiken für Mutter und Kind. Die Beratung zur Vorstellung in der Geburtsklinik und Risikoschwangerschaft sollte konsequent erfolgen und bedarf lt. Datenerhebung einer deutlichen Verbesserung. Die Schließung von Kliniken mit kleiner Entbindungszahl in Schleswig-Holstein wird im Sinne der Regionalisierung von Geburtshilfe nicht zur Verschlechterung der Qualität der geburtshilflichen Versorgung von Mutter und Kind führen.

Mit freundlichem Gruß Doris Scharrel