

AOK NORDWEST
Die Gesundheitskasse
Edisonstraße 70
24145 Kiel

BKK-Landesverband NORDWEST
Süderstraße 24
20097 Hamburg

IKK Nord
Lachswehralle 1
23558 Lübeck

Knappschaft
Regionaldirektion Nord
Millerntorplatz 1
20359 Hamburg

SVLFG als LKK
Schulstraße 29
24143 Kiel

**Verband der
Ersatzkassen e. V. (vdek)**
Landesvertretung
Schleswig-Holstein
Wall 55 (Sell-Speicher)
24103 Kiel

vdek • Wall 55 (Sell-Speicher) • 24103 Kiel

An den
Schleswig-Holsteinischen Landtag

Sozialausschuss

vdek Landesvertretung
Schleswig-Holstein
Telefon: 04 31 / 97 44 1 - 0
Telefax: 04 31 / 97 44 1 - 23
Armin Tank
Durchwahl: 11
armin.tank@vdek.com
15. Januar 2016

Per E-Mail:
sozialausschuss@landtag.ltsh.de

| |
|---|
| <p>Schleswig-Holsteinischer Landtag Umdruck 18/5469</p> |
|---|

Sehr geehrte Frau Tschanter,
sehr geehrter Herr Eichstädt,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 24. November 2015 in dem Sie uns die Gelegenheit geben, zum Bericht der Landesregierung zur „Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein“ (Drucksache 18/3338) schriftlich Stellung zu nehmen.

Gerne nehmen wir die Möglichkeit wahr, im Namen aller Krankenkassen/-verbände Schleswig-Holsteins eine gemeinsame Stellungnahme abzugeben.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung (MSGWG) hat vor dem Hintergrund der Diskussion um die Schließungen von Geburtshilfeeinrichtungen im Jahr 2014 und der Neufassung des Krankenhausplans ab 2016 den Auftrag erhalten, ein Konzept zur zukunftsfesten Sicherung der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein vorzulegen. Dies beinhaltet die Strukturierung der geburtshilflichen Versorgung nach Standorten und die Zuordnung zu den Geburtslevel des Gemeinsamen Bundesausschusses (Level 1 - 4) nach § 137 SGB V.

In der Vergangenheit haben Schließungen von Geburtshilfen des Öfteren für emotionale öffentliche und politische Debatten gesorgt. Dabei spielt häufig eine untergeordnete Rolle, ob die Einrichtung in qualitativer Hinsicht den Anforderungen genügt und von der Bevölkerung überhaupt noch in Anspruch genommen wird. Ein weiterer vernachlässigter Aspekt ist das Vorhandensein von ausreichendem und qualifiziertem Personal. Meist wird alleinig über die Erreichbarkeit und die Entfernung vom Wohnort zur nächstgelegenen Einrichtung diskutiert.

I. Prognose der Bevölkerungsentwicklung

Bei der Ausrichtung der zukünftigen Geburtshilfe in Schleswig-Holstein sind die demografischen Veränderungen zu berücksichtigen – der Rückgang der Bevölkerung in den ländlichen Bereichen und eine Verdichtung in den Städten. Die Zahl der gebärfähigen Frauen wird laut Prognose von 2013 bis 2025 um 9 % sinken, und die Mütter werden bei der Geburt ihres ersten Kindes im Schnitt

immer älter (aktuell 30,7 Jahre). Anders als es die jüngste Meldung vermuten lässt, wird aus den vorgenannten Ursachen die Anzahl der Geburten zwar abnehmen, der Anteil an Früh- und Risikogeburten aber steigen. Laut Qualitätsbericht des AQUA-Instituts im Auftrag des G-BA von 2013 liegt der Anteil der Risikogeburten in Deutschland jetzt bereits bei ca. 75 % aller Geburten.

Besonders stark wirkt sich der Rückgang der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter in Dithmarschen, Neumünster, Ostholstein, Plön, Schleswig-Flensburg und Steinburg aus. Dagegen nimmt die Zahl in den großen Städten geringer ab und teilweise sogar zu.

Dabei ist zu beachten, dass im Jahr 2013 von den 21.822 gemeldeten Geburten 19.130 in Krankenhäusern in Schleswig-Holstein zur Welt kamen. Die übrigen Geburten erfolgten im Rahmen von Hausgeburten, in anderen Bundesländern oder dem Ausland. Außerdem sind Mehrlingsgeburten darunter.

Die grundsätzlich rückläufige Entwicklung zeichnet sich im gesamten Bundesgebiet ab und ist kein ausschließlich schleswig-holsteinisches Phänomen.

Aus den vorgenannten Prognosen ist als erstes Zwischenfazit festzustellen, dass bis 2025 ein deutlicher Rückgang an Geburten zu erwarten ist, der sich in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten sehr unterschiedlich auswirken wird. Mit dem stärksten Rückgang um bis zu fast 19 % der Geburten ist in den Kreisen Herzogtum-Lauenburg, Plön, Schleswig-Flensburg, Steinburg und der kreisfreien Stadt Neumünster zu rechnen.

II. Bundeseinheitliche Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Rahmen seiner Richtlinien-Kompetenz vier Versorgungsstufen der perinatalen Versorgung bundeseinheitlich definiert (Qualitätssicherungsrichtlinie für Früh- und Reifgeborene, QFR-RL). Diese Standards stellen Mindest-Anforderungen im Sinne verbindlicher Vorgaben dar. Sie sind wissenschaftlich begründet und Voraussetzung für eine leistungsfähige und hochwertige Perinatalmedizin.

Level 1: Die Ausweisung bildet Perinatalzentren der höchsten Versorgungsstufe ab. Diese Versorgungsstufe stellt die Hochleistungsmedizin dar (u.a. inklusive Kinderchirurgie, Humangenetik) mit den entsprechend höchsten Anforderungen an die personellen und gerätetechnischen Strukturen sowie an die Prozesse. Der G-BA hat außerdem Aufnahme- und Zuweisungskriterien definiert, wonach die höchsten Risiken, wie z. B. Schwangere mit einem geschätzten Geburtsgewicht ihrer Frühchen von unter 1250 g, ausschließlich in einem Level-1-Haus aufzunehmen sind. Zudem muss dieses Krankenhaus für diese leichte Gewichtsklasse jährlich die Mindestmenge von 14 Geburten erfüllen.

Level 2: Wie Level 1 mit den Unterschieden, dass die für die Neugeborenen verfügbaren diagnostischen Möglichkeiten geringer spezialisiert sind (z.B. keine Kinderchirurgie) und die zu erwartenden Frühgeborenen ein Geburtsgewicht mit mindestens 1.250 g haben müssen .

Level 3: An der geburtshilflichen Abteilung ist eine Kinderklinik mit neonatologischer Grundversorgung für die Erstversorgung angeschlossen. Grundsätzlich sollen nur Geburten ab der 32. Schwangerschaftswoche aufgenommen werden.

Level 4: Sogenannte Geburtskliniken verfügen über keine eigene Kinderklinik. Hier dürfen nur Schwangere ohne zu erwartende Komplikationen und keine Mehrlingsgeburten aufgenommen werden. Für Geburtskliniken Level 4 hat der G-BA keine separaten Mindestvorgaben gemacht.

Für Geburtskliniken gelten die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG e.V.) und der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, die jede Geburtsklinik unabhängig von der Versorgungsstufe zu erfüllen hat.

In Schleswig-Holstein versorgen derzeit insgesamt 21 Krankenhäuser die Bevölkerung im Rahmen der Geburtshilfe. Davon sind fünf Krankenhäuser als Level 1, vier Krankenhäuser als Level 2, zwei Krankenhäuser als Level 3 und zehn Krankenhäuser mit einer Geburtshilfe ausgewiesen.

Im Jahr 2013 erfüllte nur das UKSH als Level 1 Haus die Mindestmenge nach der QFR-RL des G-BA in Höhe von 14. Im Jahr 2014 erreichten alle Level 1 Häuser diese Vorgabe. Beachtlich ist, dass im Jahr 2014 insgesamt 18 Geburten mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 g in Level 2 Häusern erfolgten, die nach den Vorgaben des G-BA in ein Level 1 Haus hätten verlegt werden müssen.

Darüber hinaus ist zum 01.01.2014 eine neu gefasste Richtlinie des G-BA für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in Kraft getreten, die für die Krankenhäuser Level 1 und 2 eine höherwertigere Personalvorhaltung vorschreibt. Um dieses Personal mit entsprechender Fort- und Weiterbildung aufzubauen sowie einzustellen, ist eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2016 vorgesehen.

Als weiteres Zwischenfazit ist daher festzustellen, dass sich das Spannungsfeld von demografischer Entwicklung mit Zunahme der Risikogeburten und höherem Anspruch an Qualitätsvoraussetzungen verschärft. Der neue Krankenhausplan sollte hierauf mit noch stärkerer Qualitätsfokussierung reagieren.

III. Schleswig-Holstein in Ergebnisqualitätsvergleichen

Für entsprechende Vergleiche wird üblicherweise die Säuglingssterblichkeit herangezogen. Diese wird in westlichen Ländern im Wesentlichen durch die Frühgeburtensterblichkeit beeinflusst. Das AQUA-Institut misst eine Reihe von Qualitätsindikatoren in unterschiedlichen Fachgebieten. In dem „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ werden die Säuglingssterblichkeit sowie weitere für das Outcome wichtige Indikatoren wie z. B. Komplikationen und Behinderungen von Frühchen zusammengefasst.

Im Ranking der 16 Bundesländer lag Schleswig-Holstein 2011 auf Platz 13 mit 1,12 %. Im Jahr 2012 hat sich zwar der Qualitätsindex auf 1,09 % verbessert, dennoch ist Schleswig-Holstein auf den 14. Platz abgerutscht, da die anderen Bundesländer sich noch deutlicher verbessert haben.

Neben der Betrachtung solcher Neonatalerhebungen sind die Sterbetafeln des statistischen Bundesamtes von Bedeutung, die ebenfalls Auskunft über die Säuglingssterblichkeit geben. Prof. Obladen hat dies für die Jahre 2001-2005 nach Bundesländern aufgearbeitet.

In der Rubrik „Frühchen unter 1000 g“ zeigt sich für den Zeitraum 2001-2005 ein ähnliches Bild wie beim AQUA-Institut:

Schleswig-Holstein liegt auf dem vorletzten Platz. In der Rubrik 1000-1500 g Geburtsgewicht lag Schleswig-Holstein sogar auf dem letzten Platz mit der höchsten Säuglingssterblichkeit in Deutschland.

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände (MDS) hat diesen Rechenweg von Prof. Obladen auch nach 2005 fortgeführt. Demnach liegt in dem Zeitraum 2006-2013 Schleswig-Holstein bei Geburten zwischen 1000 g und 1500 g Geburtsgewicht nun im Mittelfeld, beim Geburtsgewicht < 1000 g auf einem der letzten Plätze.

Zudem kommt die wissenschaftliche Analyse von Heller auf Grundlage von Abrechnungsdaten der AOK bis einschließlich 2009 (16.000 Frühgeburten bis unter 1500 g aus mehr als 380 Kliniken) zu

dem signifikanten Ergebnis: je geringer die Geburtenanzahl pro Klinik, desto höher die risikoadjustierte Sterblichkeit von Neugeborenen in Kliniken.

Auch die Studie von Kutschmann zur Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1250 g kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. In der Bewertung wird zusätzlich darauf hingewiesen, dass die Erfahrung des Personals und die Prozessqualität relevante Qualitätsfaktoren sind.

Darüber hinaus liefert auch das europäische Ausland interessante Vergleichszahlen.

Portugal verzeichnete 1990 eine Säuglingssterblichkeit von 1,10 %, die weit über dem europäischen Niveau der damaligen Zeit lag. In den folgenden Jahren wurden alle Kliniken mit weniger als 1500 Geburten geschlossen. Dies führte zu einer Reduktion von 200 auf 51 Geburtsabteilungen. Außerdem gibt es in Portugal seither nur noch die Unterscheidung von zwei Level: Geburtsabteilungen für Geburten mit niedrigem Risiko, und Perinatalzentren für Geburten mit hohem Risiko. In der Folge reduzierte sich die Säuglingssterblichkeit in Portugal von 1,10 auf 0,36 % und liegt seitdem niedriger als in Deutschland (0,38 %).

In Finnland gibt es insgesamt nur fünf Geburtsabteilungen, welche alle an Universitätskliniken angesiedelt sind. Die größte Distanz zur nächsten Geburtsklinik in Finnland beträgt 500 km. Die Säuglingssterblichkeit ist geringer als in Deutschland.

Schweden hat genau wie Portugal und Finnland ein Konzept der Regionalisierung verfolgt und im Ergebnis eine niedrigere Säuglingssterblichkeit als Deutschland.

Die Bilanz dieser drei Länder zeigt, dass eine medizinisch-kritische Distanz zur nächsten Geburtsklinik für die Ergebnisqualität nicht relevant ist. Es stellt kein erhöhtes medizinisches Risiko dar, eine Schwangere auch zu einer entfernteren Geburtsklinik zu transportieren.

Aus allen Aussagen zur Ergebnisqualität lässt sich das Zwischenfazit ableiten, dass zum einen in Schleswig-Holstein im Vergleich zu den anderen Bundesländern besonders dringender Handlungsbedarf besteht. Zum anderen ist festzuhalten, dass der Frage der Erreichbarkeit einer Geburtsklinik für die Schwangeren angesichts höherwertigerer und durchsetzbarer Qualitätsziele geringere Bedeutung beizumessen ist.

Zu betonen ist, dass eine gute vorgeburtliche ambulante Versorgung entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien maßgeblich für die Erkennung und Abwendung von Risiken für Mutter und Kind ist. Dazu gehören auch die Beratung und der Hinweis zur Vorstellung in der geeigneten Geburtsklinik. Bei extremen Randlagen können Boarding-Konzepte eine sinnvolle Ergänzung der qualitätsorientierten Versorgung darstellen. Auch eine vorbereitete Rettungskette ist Teil der Komplementärstruktur.

IV. Kriterien für die qualitative Neuausrichtung der geburtshilflichen Versorgung in Schleswig-Holstein

Die Krankenkassen-/verbände vertreten die Auffassung, dass für eine neue Strukturierung der Geburtshilfe und Perinatalversorgung insbesondere folgende Kriterien heranzuziehen sind:

1. Konsequente und unmittelbare Anwendung der Qualitätsvorgaben des G-BA

- Voraussetzungen zur Struktur- und Prozessqualität inklusive Personalvorgaben
- Einhaltung der Vorgaben zu Mindestmengen

2. Mindestfallzahlen:

Level 1: mindestens 1.500 Geburten jährlich

Level 2: mindestens 1.000 Geburten jährlich

Level 3: mindestens 700 Geburten jährlich

Level 4: mindestens 500 Geburten jährlich

3. Demografiefestigkeit:

Orientierung an den bis 2025 prognostizierten Geburtszahlen

4. Erreichbarkeit:

45 Minuten für 95 % aller Gemeinden auf dem Festland

Im Level 1 reduzieren sich die derzeit fünf Standorte auf maximal vier. Die Krankenhäuser mit Level 2 reduzieren sich von derzeit vier Standorten auf maximal drei. Die derzeit zwei Krankenhäuser der Level 3 Stufe erhöhen sich neu auf vier Standorte. Die derzeit zehn Krankenhäuser mit einer Geburtshilfe in Level 4 reduzieren sich auf sechs Standorte.

V. Fazit

Aus den vorgenannten Kriterien leitet sich die Schlussfolgerung ab, dass sich sowohl Änderungen bei den geburtshilflichen Standorten als auch in der Zuordnung der Geburtslevel ergeben müssen. Der Prozess der Veränderung sollte bis spätestens 2018 erfolgen.

Mit freundlichem Gruß



Amin Tank

Leiter der vdek Landesvertretung