



Katja Rathje-Hoffmann,
Vorsitzende des Sozialausschusses
sozialausschuss@landtag.ltsh.de.

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/424

Landesvorsitzende
Doris Scharrel
Holländerey 30
24119 Kronshagen
Telefon +49 (0) 431 / 582978
Telefax +49 (0) 431 / 5842835
E-Mail scharrel-doris@t-online.de

Kronshagen, 23.11.2022

Betreff

Schließungen von Geburtskliniken sofort stoppen – Unhaltbare Zustände beenden

Antrag der Fraktion der SPD [Drucksache 20/224 \(neu\)](#)

Qualitativ hochwertige Geburtshilfe für Schleswig-Holstein sichern Alternativantrag der Fraktion der FDP [Drucksache 20/295](#)

Wohnortnahe Versorgung in der Geburtshilfe Alternativantrag der Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN [Drucksache 20/314](#)

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine Anhörung im Sozialausschuss des Landtages Schleswig-Holstein zum Thema Geburtshilfe ist für mich zum jetzigen Zeitpunkt nicht zielführend und stört mit einigen Forderungen in den Drucksachen die sachliche Auseinandersetzung der Fachleute zu diesem wichtigen Thema. Bei dem Katalog der Forderungen der Drucksachen wäre ein Blick in die **Drucksache 18/2027 zur Situation und Perspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein** aus 2014 (s. Anlage) sinnvoll gewesen, die schon viele Daten und Erkenntnisse zur Versorgung und Maßnahmen liefert.

Der gerade gegründete Qualitätszirkel Geburtshilfe mit seinem Fachgremium hat mit dem ersten Treffen erst seine Arbeit in einer sehr sachlichen Atmosphäre aufgenommen. Zu den Details hat man Vertraulichkeit vereinbart. Man ist sich der gesamten Probleme bewusst und will in einem offenen Dialog von Fachleuten aus dem Ministerium bis hin zu den regionalen Vertretern nach realistisch umsetzbaren Lösungen suchen. Es geht um die Sicherung der klinischen geburtshilflichen Versorgung im Land nach gesetzlichen Qualitätsvorgaben unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Mütter nach einer wie im Koalitionsvertrag Schleswig-Holstein erwähnten möglichst wohnortnahen Geburtshilfe. (S. 60). Die unkritische Einbindung der Öffentlichkeit kann dieses Vorhaben verhindern.

Klinische Geburtshilfe ist Geburtshilfe im Team vom Krankenhausträger über Geburtshelferinnen und Geburtshelfer, Hebammen, dem Anästhesieteam, den Pädiatern bis hin zur letzten Reinigungskraft. Klinische Geburtshilfe in den Abteilungen der Versorgungsstufe I bis IV machen mehr als 98 % der Versorgung aus.

https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf

12.1 Statements Konsultationsprozess

12.1.1 Statement DGGG, ÖGGG, DEGUM

Die medizinischen Fachgesellschaften der Geburtshelfer vertreten die Auffassung, dass die multidisziplinäre Betreuung von Schwangeren durch Hebammen, Geburtshelfer, Pädiater und Anästhesisten im Kreissaal unabhängig von*

Risikoeinstufungen dem Modell der hebammengeleiteten außerklinischen Geburtshilfe überlegen ist, da insbesondere zeitnah die gebotene fachliche Expertise und apparative Versorgung verfügbar gemacht werden können. Es können nicht alle Komplikationen im Geburtsprozess und frühen Wochenbett mit ausreichender Sicherheit vorher gesagt werden oder ihr Eintritt durch Risikokataloge ausgeschlossen werden. Eine Verlegung im Prozess der Geburt kann eine zeitnahe Intervention bei Notfällen erheblich verzögern. ...

Gefordert ist ein realistischer Umgang mit den vorhandenen Ressourcen der geburtshilflichen Versorgung in den Kliniken, speziell der personellen Ressourcen der Fachkräfte in der Geburtshilfe. Das bezieht sich auf das ganze Geburtshilfeteam. Eine isolierte Darstellung und parteipolitische Unterstützung der Situation der Hebammen ist dabei nicht hilfreich bzw. zielführend.

Jede Frau, die in Schleswig-Holstein ihr Kind in einer Klinik mit einer geburtshilflichen Abteilung bekommen möchte, kann es tun. Von unhaltbaren Zuständen kann man in diesem Zusammenhang nicht sprechen. Es gibt ausreichend Kliniken in den verschiedenen Versorgungsstufen nach GBA-Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL. Die Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für eine geburtshilfliche Abteilung, wie von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe gefordert, sollten konsequent für alle Einrichtungen umgesetzt werden, immer mit dem Blick auf die Versorgung von Mutter und Kind. Diese Mindestanforderungen waren (siehe Drucksache 18/2027) und sind auch nach Ergebnissen der Überprüfungen im Fachausschuss Perinatalogie teilweise in den Kliniken der Versorgungsstufe IV (Geburtskliniken) nicht gegeben. Ausschlaggebend ist jetzt der Fachkräftemangel, der zur Schließung und Rückgabe des Versorgungsauftrages führt. Ohne geburtshilfliches Team keine vaginalen Geburten oder Kaiserschnitte bei einer erhöhten Sektorate in der Versorgungsstufe IV.

Eine geburtshilfliche Versorgung in Kliniken muss die Versorgung von Mutter und Kind berücksichtigen und wird in der Zukunft ohne kinderärztliche Betreuung ein zunehmend haftungsrechtliches Problem für die Krankenhausträger werden. Das Land Schleswig-Holstein kann nicht mit gutem Gewissen Krankenhausplanung für Geburtskliniken nach QFR/ RL ohne Qualitätsverbesserungen für die kindliche Versorgung unterstützen.

Mindestzahlen in Geburtskliniken haben unter heutigen Bedingungen des allgemeinen Fachkräftemangels eher eine untergeordnete Bedeutung.

Zur effizienten Nutzung der in der Anzahl ausreichenden klinischen, geburtshilflichen Möglichkeiten in Schleswig-Holstein gehört Triagierung und Förderung von Klinik-Kooperationen.

Nach QFR/RL Versorgungsstufe 4: **Geburtsklinik:**

Die Aufnahme von Schwangeren in eine Geburtsklinik erfolgt nach folgendem Kriterium: Schwangere ab 36 + 0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen.

*In allen 4 Versorgungsstufen ist die **Risiko-adaptierte Versorgung Schwangerer** zu beachten:*

(1) Schwangere mit einem Risiko gemäß GBA-Richtlinien festgelegten Aufnahme- und Zuweisungskriterien dürfen nur in einer Einrichtung aufgenommen und versorgt werden, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt.

(2) Erfüllt eine von den Schwangeren aufgesuchte Einrichtung die Anforderungen für das jeweilige Risiko der Schwangeren nicht und bedarf es nach Einschätzung der Krankenhausärztinnen und -ärzte einer Krankenhausbehandlung, so ist unverzüglich

der Transport der Schwangeren in eine Einrichtung zu veranlassen, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt.

(3) Bereits von einer Einrichtung aufgenommene Schwangere, bei denen ein Risiko gemäß den GBA-Richtlinien festgelegten Aufnahme- und Zuweisungskriterien eintritt, sind unverzüglich in eine Einrichtung zu verlegen, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt.

(4) Im begründeten Einzelfall kann von den Regelungen in den Absätzen 1 bis 3 abgewichen werden, sofern ein solcher Einzelfall unter Abwägung der Risiken für Mutter und Kind und des medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfs dies erforderlich macht. Jede Einzelfallentscheidung ist unter Angabe der jeweiligen Abwägungsbelange zu dokumentieren!

Das bedeutet, eine sichere Vernetzung der Kliniken aller Versorgungsstufen in Schleswig-Holstein und mit Hamburg auch in Akutsituationen (wie in Drucksache 20/295 gefordert) ist anzustreben. Krankheitsbedingte Schließungen von geburtshilflichen Abteilungen während der Pandemie wurden nicht untereinander, mit Vertragsärztinnen und -ärzten bzw. mit den Schwangeren kommuniziert und führten zur Verunsicherung der betroffenen Schwangeren.

Nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) soll eine Empfehlung, bzw. oder Triagierung bei jeder Schwangeren rechtzeitig vor der Entbindung während der laufenden ärztlichen Schwangerenbetreuung nach Mutterschafts-Richtlinie stattfinden.

A. Untersuchungen und Beratungen sowie sonstige Maßnahmen während der Schwangerschaft (S.8 ,Punkt 9)

Der betreuende Arzt soll die Schwangere in der von ihr gewählten Entbindungsklinik rechtzeitig vor der zu erwartenden Geburt vorstellen. Dabei soll die Planung der Geburtsleitung durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik erfolgen. Dies schließt eine geburtshilfliche Untersuchung, eine Besprechung mit der Schwangeren sowie gegebenenfalls eine sonografische Untersuchung ein.

B. Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf sowie Schwangerschaften mit besonderen Risiken und Risikogeburten (S.13)

Der betreuende Arzt soll die Schwangere bei der Wahl der Entbindungsklinik unter dem Gesichtspunkt beraten, dass die Klinik über die nötigen personellen und apparativen Möglichkeiten zur Betreuung von Risikogeburten und/oder Risikokindern verfügt.

Die Geburtsplanung soll durch den *betreuenden Arzt der Entbindungsklinik* erfolgen, d.h. die Vorstellung in der Hebammensprechstunde der Klinik ersetzt keine fachärztliche Geburtsplanung und ggf. Fehlsteuerung in eine nicht risikogerechte Versorgung von Mutter und Kind. Eine konsequente Umsetzung der Empfehlung in der Frauenarztpraxis, bzw. ärztlichen Geburtsplanung in den Kliniken kann schon wesentliche Auswirkungen auf eine levelgerechte Zuweisung haben.

Zur Drucksache 20/224(neu)

Schließungen von Geburtskliniken sofort stoppen – Unhaltbare Zustände beenden



- Die geburtshilfliche Versorgung ist sicher gestellt mit dem Ziel einer flächendeckenden, **möglichst** wohnortnahen Versorgung in der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein.
- Schließungen von Geburtskliniken (Level IV) wurden durch fehlende qualitative Mindestanforderungen notwendig und sind jetzt durch den Fachkräftemangel bedingt. Die Rückgabe des Versorgungsauftrages stellt einen notwendigen aktiven Schritt des Krankenhausträgers dar.
- Es gibt ausreichend Kapazitäten in den Entbindungskliniken aller Versorgungsstufen in Schleswig-Holstein, um eine sichere Geburt zu gewährleisten.
- Die Schließung von Geburtskliniken ist nicht überraschend ,sondern Teil eines langjährig bekannten Maßnahmenkataloges.
- Das kann für Frauen zumutbare Fahrtzeiten von 40 Minuten bedeuten

Zur Drucksache 20/295

Ich befürworte

- die nachhaltige Stärkung der geburtshilflichen Versorgung Level I an den beiden Standorten des UKSH;
- ein gemeinsames Versorgungsabkommen mit Hamburg im Bereich der Geburtshilfe/Pädiatrie
- die Abstimmung der Krankenhausplanung SH mit Hamburg;
- dass geburtshilfliche Betten nicht in Betten anderer Fachrichtungen umgewidmet werden dürfen;
- dass die auf Bundesebene verabredete Neuordnung der Krankenhausfinanzierung unterstützt wird. Hierzu zählt auch das Vorziehen einer auskömmlichen Finanzierungsregelung, unter anderem für den Fachbereich der Geburtshilfe

Zur Drucksache 20/314

Ich befürworte:

- das Ziel einer möglichst wohnortnahen Versorgung in der Geburtshilfe
- *die Unterstützung dieses Zieles durch die Landesregierung im Rahmen der Möglichkeiten bei der Krankenhausplanung und Entwicklung weiterer Lösungsansätze auf Landes- und Bundesebene.*
- *die Möglichkeiten der Kooperation zwischen Kliniken höherer Versorgungsstufen und Kliniken mit einer Versorgungsstufe Level IV*
- *die Erarbeitung im Rahmen des Qualitätszirkels Geburtenhilfe Schleswig-Holstein von zukunftsfähigen Lösungen für eine geburtshilfliche Versorgung, unter Einbezug der physiologischen Geburt.*
- *Die Erwartung des Landtages einen nachhaltigen Beitrag des Bundes zur Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung in der Geburtshilfe und die frühzeitige Einbindung der Länder bei Themen der Gesundheitsvorsorge und des Gesundheitswesens*

Ich lehne ab:

- *die Stärkung des Angebotes der Vor- und Nachsorge - besonders auch durch Hebammen*

Begründung: Mutterschaftsvorsorge und Wochenbettbetreuung gehören nicht zur klinischen geburtshilflichen Versorgung. SGB V § 24c Leistungen bei



Schwangerschaft und Mutterschaft. Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen

1. **ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,**
2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
3. Entbindung,
4. häusliche Pflege,
5. Haushaltshilfe,
6. Mutterschaftsgeld.

Die ärztliche Schwangerenbetreuung wird nach den Mutterschafts-Richtlinien durchgeführt. Es gibt ausreichend frauenärztliche Vertragsärztinnen und -ärzte in Schleswig-Holstein, die Schwangere nach Versorgungsauftrag (wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig) betreuen.

- Die Erhöhung der Anzahl von Studienplätzen in den Hebammenwissenschaften.
Begründung: Es ist nicht final geklärt, inwieweit Hebammen nach diesem Studiengang wirklich in den Kreissälen arbeiten (wollen)..
- dass der Bund und die Krankenkassen, Fragen der Vorhaltekosten, der Vergütung von physiologischen Geburten und Kaiserschnitten analysiert, sowie des Umfangs der Hebammenhaftung und einer Evaluation auf Auskömmlichkeit der Berufshaftpflichtprämien, der besseren Nutzung der Kompetenzen von Hebammen sowie der Übertragung von bisher ärztlichen Tätigkeiten und der Angemessenheit der in der Geburtshilfe einzuhaltenden Standards stärker als bisher zu berücksichtigen.
Begründung: hier wird nicht das gesamte Geburtsteam hinsichtlich der Berufshaftpflichtprämien berücksichtigt. Die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten kann nur unter der Verantwortung von Ärzten geschehen. Im Gegenzuge können Hebammenleistungen wie u.a. Wochenbettbesuche und Beratungen durch Frauenarztpraxen übernommen werden, Substitution ärztlicher Leistungen ist nicht Thema der Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung

Zu meiner Person:

Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V. seit 2012
Mitglied im Fachausschuss Perinatalogie
Mitglied im Qualitätszirkel Geburtshilfe des Landes Schleswig-Holstein
Mitwirkende an der **Drucksache 18/2027(neu)**

Zur Umsetzung und Weiterentwicklung einer möglichst wohnortsnahen klinischen geburtshilflichen Versorgung in Schleswig-Holstein nach Qualitätsvorgaben wünsche ich mir eine sachbezogene Arbeit im Fachgremium.

Doris Scharrel

Landesvorsitzende Berufsverband der Frauenärzte e.V.

Anlage:

Retrospektive: **Drucksache 18/2027(neu)**

<https://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl18/drucks/2000/drucksache-18-2027.pdf>

Situation und Perspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

6. Bewertung der geburtshilflichen Versorgung in Schleswig-Holstein

Als Fazit der vorangestellten Situationsbeschreibung kann festgestellt werden:

- *Die Strukturanalyse, die sowohl die Daten zum demografischen Wandel beinhaltet wie auch die derzeitigen Strukturen der Geburtskliniken, zeigt, dass erhebliche Anpassungsprozesse bereits stattgefunden haben.*
- *Die demografische Entwicklung, die zunehmende Zahl der Risikogeburten aufgrund des höheren Alters der gebärenden Frauen sowie des medizinischen Fortschritts, der Fachkräftemangel, steigende Anforderungen an die Sicherheitsaspekte bei einer Geburt sowie wirtschaftliche Rahmenbedingungen der Kliniken und der Fachkräfte werden weitere Anpassungsmaßnahmen unausweichlich machen.*
- *Krankenhausplanerische Entscheidungen stoßen an ihre rechtlichen Grenzen, wenn wichtige Daten z.B. zur Qualität der Geburtshilfe in den einzelnen Kliniken entweder nicht zur Verfügung stehen oder nicht zugänglich sind*
- *Die Auswertung der Einzugsgebiete zeigt, dass auch heute schon viele Frauen und Familien weitere Wege auf sich nehmen, weil sie ganz offensichtlich dem Mehr an medizinischer Sicherheit, Erfahrung und anderen individuellen Kriterien den Vorrang vor Wohnortnähe geben.*
- *Auf Grund vieler regionaler Besonderheiten wird deutlich, dass es in Kilometerentfernung klar definierte Einzugsbereiche auf Schleswig-Holstein bezogen nicht geben kann und deshalb die Frage der Versorgungsqualität von anderen Kriterien bestimmt werden muss.*
- *Auch kann eine starre Festlegung einer Mindestanzahl von Geburten pro Geburtsstation kein alleiniges Entscheidungskriterium für die Schließung einer Geburtsstation sein.*
- *Mit 23 Geburtskliniken ist die Versorgungsqualität in Schleswig-Holstein gut, allerdings konzentriert sich die Versorgung weitestgehend auf die mittlere Nord-Süd-Achse. Durch die demographische Entwicklung und einen stärkeren Geburtenrückgang im Westen und Osten des Landes entstehen zunehmend Versorgungsprobleme in Ostholstein und Nordfriesland.*
- *Die größte Herausforderung liegt zur Zeit im Kreis Nordfriesland. In diesem Flächenkreis mit den zu versorgenden nordfriesischen Inseln gibt es noch drei geburtshilfliche Standorte, die alle ein ausschließlich regionales Einzugsgebiet haben und der Versorgungsstufe 4 angehören. Die Zahl der Geburten ist in den letzten 15 Jahren um mehr als 30% gesunken und wird bis 2020 voraussichtlich mindestens um weitere 10% sinken. Hinzu kommt, dass der Fachkräftemangel sich in diesem Landkreis besonders deutlich bemerkbar macht.*
- *Durch die Verlagerung der Geburtshilfe Oldenburg nach Eutin als Folge von deutlich rückläufigen Geburtenzahlen und vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels und der dadurch nicht mehr sicherzustellenden Strukturqualität, werden im nördlichen Kreis Ostholsteins deutlich weitere Wege entstehen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, entstehende Nachteile durch besondere Versorgungskonzepte vor Ort, aber auch mit einer umfassendere Versorgung in Eutin auszugleichen.*

7. Perspektiven und Handlungsnotwendigkeiten

Da der Rückgang von Geburten, das nur begrenzt zur Verfügung stehende Fachkräftepotenzial, die durch den medizinischen Fortschritt bedingte Weiterentwicklung von Qualitätsstandards sowie die Zunahme von Risikogeburten keine mittelfristig umkehrbare Entwicklungen sind, die auch durch einen erhöhten Einsatz von finanziellen Ressourcen weder vom Land noch den Kreisen und kreisfreien Städten kompensiert

werden können, bedarf es einer Vielzahl von ergänzenden Maßnahmen und innovativen Weiterentwicklungen.

Die Entscheidungen der Landesregierung verfolgen das Ziel, allen Familien größtmögliche Qualität und Sicherheit in der geburtshilflichen Versorgung zu ermöglichen. Damit darf allerdings keine zu starke Konzentration, z.B. auf die beiden Standorte der Maximalversorgung in Kiel und Lübeck, verbunden sein.

Das Land hat dieser Entwicklung schon mit dem Krankenhausplan 2010 entgegengewirkt. Das macht die hohe Anzahl der Perinatalzentren Level 1 und 2 deutlich. Bezogen auf eine Million Einwohner hat Schleswig-Holstein im bundesweiten Vergleich ein dichtes Netz dieser Zentren. Drei der fünf Perinatalzentren verfügen über eine Ausnahmegenehmigung des Landes, die diese Zentren von der sog. Mindestfallzahl bei den Frühchen befreit. Das bedeutet, dass diese Zentren ihren Versorgungsstatus behalten, auch wenn sie weniger als 14 Frühchen im Jahr behandeln. Damit verbunden ist, dass die zunehmende Zahl der Risikoschwangeren nicht zwingend einen der beiden Standorte der Maximalversorgung aufsuchen muss, sondern im Land neun weitere Zentren mit einem hohem bis sehr hohem Versorgungsniveau zur Verfügung stehen.

Diese Zentren werden zukünftig jedoch nur aufrechterhalten werden können, wenn sie insgesamt eine möglichst große Zahl von Geburten betreuen können, unabhängig vom medizinischen Risiko der Mütter und Kinder.

Das ist auch entscheidend für die Bindung der Fachkräfte, die nur durch die Betreuung einer ausreichend großen Zahl von Geburten ihre notwendige Fachkompetenz und Erfahrung ausbauen können.

Neben der hohen medizinischen Qualität muss zugleich eine angemessene individuelle Betreuung der werdenden Mütter sichergestellt sein, um auf die spezifischen Anforderungen des besonderen Erlebnisses Geburt eingehen zu können. In Eutin bietet beispielsweise das „Mutter-Kind-Zentrum“ mit einer leistungsfähigen Geburtshilfe und einer gut ausgebauten Pädiatrie sowohl Schwangeren mit keinem oder nur geringen medizinischen Risiko wie auch Schwangeren mit medizinischem Risiko eine Versorgung auf hohem medizinischem Niveau. Deshalb müssen nur wenige Patientinnen in einen der beiden Maximalversorger nach Kiel oder Lübeck verlegt werden.

Die rechtlichen Möglichkeiten der Landesregierung, im Rahmen der Krankenhausplanung eine regionale Schwerpunktsetzung umzusetzen, sind allerdings eingeschränkt soweit es die Geburtskliniken der Versorgungsstufe 4 betrifft. Hier sind Änderungen nur im Einvernehmen mit dem jeweiligen Krankenhausträger möglich.

Bei den Versorgungsstufen 1 bis 3 wird die Landesregierung die Ergebnisse der Prüfung durch den MDK abwarten und ggf. krankenhauplanerische Entscheidungen zu einer weiteren regionalen Schwerpunktsetzung in weiteren Kreisen treffen müssen.

Die an der Krankenhausplanung Beteiligten (die sog. Beteiligtenrunde) sind dazu frühzeitig einzubeziehen.

Dort wo durch regionale Schwerpunktsetzung Wege weiter werden, müssen ergänzende Konzepte die Sicherstellung der Versorgung gewährleisten....



BVF Berufsverband
der Frauenärzte