



An die Vorsitzende des Sozialausschusses
Frau Katja Rathje-Hoffmann

**Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck/20/425**

Per Email: sozialausschuss@landtag.ltsh.de

Mündliche Anhörung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags zu den Anträgen

- **Schließungen von Geburtskliniken sofort stoppen – Unhaltbare Zustände beenden (Drucksache 20/224 (neu))**
- **Qualitativ hochwertige Geburtshilfe für Schleswig-Holstein sichern (Drucksache 20/295)**
- **Wohnortnahe Versorgung in der Geburtshilfe (Drucksache 20/314)**

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

vielen Dank für die Einladung zur mündlichen Anhörung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags zu oben genannten Anträgen. Gerne nehme ich dazu im folgenden Stellung.

Einführen möchte ich zunächst mit einer Darstellung der aktuellen Situation der Geburtshilfe in Preetz:

Die Klinik in Preetz ist ein Grund- und Regelversorger im Kreis Plön mit einer sehr familiär geprägten Geburtshilfe Level 4, in der es in den vergangenen Jahren immer zwischen 400 und 500 Geburten gab. Im Jahr 2021 war die Zahl erstmals mit 333 Geburten deutlich unterdurchschnittlich und in diesem Jahr liegt die Zahl gerade einmal bei 98 Geburten.

Nachdem bereits im ersten Halbjahr 2022 die Geburtshilfe immer wieder sporadisch wegen Personalmangels im Ärztlichen Dienst und bei den Hebammen abgemeldet werden musste, hat sich die personelle Lage im Sommer weiter verschärft, so dass sie bereits in der ersten Julihälfte und dann durchgängig seit August ihren Betrieb einstellen musste.

Der Personalmangel resultiert einerseits durch längerfristige Ausfälle durch Langzeitkranke Mitarbeitende, Schwangere als auch durch Kündigungen. Auf der anderen Seite ist die Personalakquise insbesondere im Bereich der kleineren Geburtshilfen nochmals herausfordernder als in anderen Bereichen einer Klinik.

So sucht die Klinik Preetz seit über einem Jahr vergeblich eine Oberärztin in der

Gynäkologie/Geburtshilfe trotz diverser Anzeigen online und per Print sowie Direktansprachen.

Bei den Hebammen sieht es genauso schwierig aus: auch hier wurde neben dem Schalten von Anzeigen und Anschreiben von Hebammenschulen v.a. die Direktansprache gewählt und bereits um die 100 Hebammen aus Norddeutschland angesprochen - bislang ohne durchschlagenden Erfolg!

Ein großer Malus von Level-4-Kliniken wie Preetz liegt insbesondere in den Unsicherheiten, die durch die naturgemäß in Level-4-Kliniken fehlenden eigenen Strukturen z.B. im Bereich der pädiatrischen Versorgung entstehen.

So hat z.B. in der Klinik in Preetz das ebenfalls durch Personalprobleme bedingte Ruhendstellen des Kooperationsvertrags zur neonatologischen Versorgung durch das Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster für erhebliche Unsicherheiten gesorgt. Auch mit dem UKSH konnte ebenfalls aus personellen Ressourcen kein diesbezüglicher Kooperationsvertrag geschlossen werden. Zwar ist es gesetzlich geregelt, dass die Notfallversorgung kritischer Neugeborener durch eine Level-1-Klinik (Maximalversorger) zu gewährleisten ist, hier kann seitens des UKSH in Kiel aber keine Reaktionszeit garantiert werden. Die entsprechenden neonatologischen Fachkräfte des UKSH sind in der Uniklinik selbst sehr belastet, so dass diese Kräfte nicht ohne weiteres ihren Arbeitsplatz verlassen können, um andere Kliniken zu unterstützen. Dies kann zu erheblichen Verzögerungen bis zum Eintreffen des Notfallteams führen, die die Mitarbeiter der Level-4-Häuser überbrücken müssen.

Unbestritten ist, dass die qualifizierte und sichere Versorgung der Frauen und Neugeborenen sichergestellt sein muss. Diese kann m.E. nur durch (auch bereits vom Land geförderte) regelmäßige Notfalltrainings, entsprechende Aufnahmekriterien der Schwangeren zur Minimierung von Risikofaktoren (damit weitere Reduktion der Geburtenzahlen in den entsprechenden Kliniken und damit weniger Routine in kritischen Situationen!) sowie stabile Kooperationen zwischen Level-4-Kliniken mit Kliniken höherer Level funktionieren.

Nur durch entsprechende verlässlich zeitnahe Unterstützung durch Neonatologen im Notfall haben die Mitarbeitenden, Frauen und Neugeborenen der Level-4-Kliniken die nötige Sicherheit des Backups. Hier ist aus meiner Sicht anzusetzen und mit Förderungen von Kooperationen eine Grundlage für die Etablierung von Neonatologischen Notfallteams zu schaffen.

Diese Sicherheit würde meiner Überzeugung nach die Attraktivität für Level-4-Kliniken deutlich erhöhen, vor allem bei Mitarbeitenden, aber auch bei werdenden Eltern. Viele Eltern entscheiden sich aus Gründen der Wohnortnähe aber auch um einen familiären Charakter unter der Geburt des Kindes zu erfahren ganz bewusst für die kleineren Geburtshilfen der Level-4-Kliniken, genauso ist es auch beim Fachpersonal.

Im Rahmen vieler mit Hebammen und Ärzten geführter Gespräche habe ich auch dort wahrgenommen, dass die wenigsten dieser Mitarbeitenden bei Schließung einer

kleineren Geburtsklinik in eine große Klinik wechseln würden, sondern sich eher auf die (ohnehin von vielen Hebammen ggü. der klinischen Tätigkeit bevorzugte) Vor- und Nachsorge bzw. das Angebot von Hausgeburten konzentrieren würden.

Somit ist nicht davon auszugehen, dass bei einer möglichen Zentralisierung der Geburtshilfen die Fachkräfte kleinerer Kliniken mit Sicherheit 1:1 in den großen Kliniken „ankommen werden“.

Andererseits haben die werdenden Eltern wiederum keine Alternative mehr und müssen die großen Kliniken aufsuchen, was zu der aktuell sehr hohen Belastung der großen Einrichtungen durch die dort stark steigenden Geburten führt.

Aufgrund der oben skizzierten Darstellung bedarf es m.E. insgesamt einer Erhöhung der Aus- und Weiterbildungskapazitäten in den entsprechenden Berufsgruppen zusätzlich zu einer deutlichen Verbesserung der allseits bekannten dramatischen Unterfinanzierung der Geburtshilfe.

Dazu gehört auch die Absicherung der durch das Aufrechterhalten einer Geburtshilfe sowie der neonatologischen Notfallversorgung durch Kooperationsverträge nicht unerheblichen Grundkosten für Strukturvoraussetzungen. Leider ist im Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministerium zur „Umsetzung der Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe“ vom 23.10.2022 zu lesen, dass der Bund ausschließlich „bedarfsnotwenige Geburtskliniken im ländlichen Raum“ gemäß Liste von GKV-SV und DKG der ländlichen Krankenhäuser erhalten und durch zusätzliche Finanzierung stützen möchte, wozu z.B. die Klinik in Preetz laut Definition leider nicht zählen wird.

Dieses halte ich für nicht richtig, da Level-4-Kliniken, wie oben am Beispiel der Klinik Preetz beschrieben, eine wichtige Daseinsfürsorge in der Geburtshilfe bieten und hier keine Abstufung zwischen „bedarfsnotwendig laut BGA“ und „nicht bedarfsnotwendig“ in der Finanzierung vorgenommen werden darf. Hier bleibt zu hoffen, dass die durch Änderungsanträge in die Diskussion gebrachte mögliche Einbeziehung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bei der Festlegung der zu fördernden Standorte mit Geburtshilfe auch tatsächlich umgesetzt wird.

Ich begrüße ausdrücklich, dass diese wichtige Thematik der Sicherstellung einer wohnortnahen Geburtshilfe in den Fokus der Aufmerksamkeit genommen wird und hoffe, dass ich mit meinem Input die Schwierigkeiten, die jenseits der oftmals auf die rein ökonomisch fokussierten Zwänge bestehen, klar darstellen konnte.

Mit freundlichen Grüßen



(Gross)
Geschäftsführer