

UKSH, Campus Kiel, Arnold-Heller-Str. 3, Haus V40, 24105 Kiel
UKSH, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Schleswig-Holsteinischer Landtag
- Vorsitzende des Sozialausschuss -
z.Hd. Frau Katja Rathje-Hoffmann

Prof. Dr. Dr. h.c. Jens Scholz
Vorstandsvorsitzender/CEO

E-Mail: ceo@uksh.de
www.uksh.de

Campus Kiel
Arnold-Heller-Str. 3, Haus V40, 24105 Kiel
Tel.: 0431 500 - 10001

Campus Lübeck
Maria-Goeppert-Str. 7a, 23538 Lübeck
Tel.: 0451 500 - 10002

Datum: 24. November 2022

Mündliche Anhörung des Sozialausschusses am 1. Dezember 2022 zum Thema Geburtshilfe Drucksachen 20/224, 20/295 und 20/314

Anlagen: 2

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

gerne nimmt das UKSH im Vorfeld Stellung zur mündlichen Anhörung des Sozialausschusses am 1. Dezember 2022 zum Thema Geburtshilfe, in der Herr Prof. Dr. Dr. h. c. Scholz, Herr Prof. Dr. Pecks und Herr Prof. Dr. Rody gemeinschaftlich das UKSH vertreten werden.

Die geburtshilflich-medizinische Versorgung hat nach bestem Wissensstand, optimaler Ausstattung und innerhalb der bestmöglichen Versorgungsstruktur zu erfolgen. Das heißt, oberstes Gut stellt die Gesundheit von Mutter und ungeborenem Kind/Neugeborenen dar. Auf dieser Grundlage basieren die Empfehlung für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Schleswig-Holstein (s. Anlage 1) sowie die Rahmenbedingungen bzw. Herausforderungen (s. Anlage 2), um die politisch gewollte flächendeckende Versorgung der Schwangeren mit der Situation in der klinischen Geburtshilfe in Einklang zu bringen.

Zusammenfassend möchte das UKSH im Einklang mit Deutschen Fachgesellschaften der Geburtshilfe und Perinatalmedizin sowie der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung folgende Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der klinischen Versorgung aussprechen:

1. Bei Planungen zu einer modernen und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein müssen mittelfristig die sich zunehmend verschärfende kompetitive personelle Situation im ärztlichen Bereich, Hebammenwesen und Pflegebereich berücksichtigt werden.
2. Eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung mit Pädiatrie und Geburtshilfe soll sichergestellt sein. Geburtshilfliche Abteilungen sollten möglichst unter einem Dach mit einer pädiatrischen Abteilung tätig sein.

3. Eine gute Personalausstattung rund um die Uhr ist auf Standortebene essenziell, um die Bevölkerung qualitativ hochwertig zu versorgen und eine weitere Überlastung des Personals zu vermeiden. Eine Zusammenlegung bzw. Fusionierung kleinerer Abteilungen kann die individuelle Arbeitslast verringern.
4. Eine hohe Behandlungsqualität und eine ausreichende Personalbesetzung trotz Hebammenmangel sind in der Geburtshilfe durch Zentrumsbildung zu fördern. Dies macht - wo regional möglich - die Aufgabe kleiner Geburtskliniken mit wenigen Geburten notwendig.
5. Geburtshilfliche Abteilungen lassen sich in der Finanzierung durch Fallpauschalen allein nicht ausreichen abbilden. Auch um für Personal attraktiv zu bleiben und die Grundversorgung der Bevölkerung zu sichern, sollten zukünftige Finanzierungsmodelle Aspekte der Qualität, Vorhaltung, Leistung und Strukturbildung berücksichtigen. Hierbei sollte bereits angedacht werden, dass Klinikeinrichtungen in der Versorgung der Schwangeren in Zukunft zunehmend Anteile des Versorgungsauftrags des ambulanten Sektors übernehmen werden (müssen).
6. Eine an diese Kriterien ausgerichtete Neustrukturierung der Gesundheitsversorgung kann nicht kurzfristig umgesetzt werden. Vorhandene wohnortnahe Versorgungsstrukturen sollten daher zunächst erhalten werden (keine „kalte Strukturbereinigung“). Parallel dazu sollten mittelfristig Maßnahmen ergriffen werden, um die Kapazität größerer Zentren angemessen (bezogen auf den jeweiligen regionalen Bedarf und die regionale Bevölkerung) auszubauen. Neben der Versorgungsqualität sollte hierbei Sorge getragen werden, den Prozess der Zentralisierung attraktiv für sowohl die Schwangere als auch das Personal zu gestalten durch Förderung einer modernen, evidenzbasierten, bedürfnisorientierten Geburtshilfe, um personellen Abwanderungen aus dem arbeitsintensiven 24/7-Kliniksistem entgegenzuwirken.

Unter Berücksichtigung der Knappheit der personellen, fachlichen und strukturellen Ressourcen zum einen und des durch Änderungen in der Bevölkerungsstruktur zunehmenden geburtsmedizinischen Risikos der Schwangeren zum anderen, ist eine adäquate Ausstattung der Kliniken/Zentren sicherzustellen. Aus UKSH-Sicht kann dies nur durch eine Zentralisierung der Geburtshilfe erfolgen. Dabei muss antizipiert werden, dass die Identifikation von Risikoschwangerschaften und die adäquate ambulante und stationäre Betreuung durch den erhöhten Personalbedarf und die Konzentration von Fachpersonal und struktureller Ausstattung auf Zentren längere Fahrzeiten, wohnortferne stationäre Aufenthalte oder Boardingkonzepte mit sich bringen wird. Für die adäquate Versorgung spezifischer Situation und Krankheitsbilder durch eine Verlegung in dafür ausgestattete Kliniken muss ein Transportsystem auf dem Luft- und Landwege behalten, ggf. ausgebaut werden.

Für weitere Fragen und ergänzende Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. h. c. Jens Scholz
Vorstandsvorsitzender / CEO



Prof. Dr. Ulrich Pecks
Campus Kiel



Prof. Dr. Rody
Campus Lübeck

Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Schleswig-Holstein

98% aller Kinder kommen in Deutschland in einer Klinik zur Welt; in Schleswig-Holstein etwa 21.000 Kinder pro Jahr (Perinatalerhebung 2020). Die strukturellen und personellen Voraussetzungen in den dafür vorgesehenen Kliniken müssen **jederzeit** eine adäquate Betreuung sicherstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch ohne spezielles peripartales Risiko **grundsätzlich und jederzeit** im Verlauf einer Geburt Komplikationen auftreten können, die unverzügliche medizinische Interventionen notwendig machen.

Zudem muss eine ausreichende Reservekapazität (Personal und Struktur, zum Beispiel räumliche Ausstattung) vorgehalten werden, um Abmeldungen der Kliniken zu vermeiden.

Ziele einer modernen und qualitativ hochwertigen Geburtshilfe sind:

1. Vermeidung von Neugeborenentransporten.
2. Vermeidung von Folgen geburtshilflicher Notfälle.
3. Anwendung von Interventionen wie Kaiserschnitt in einem zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse minimal notwendigen Ausmaß.
4. Bedürfnisorientierte Unterstützung des Geburtserlebens und der frühen postnatalen Zeit zur Förderung der maternalen und neonatalen Gesundheit.

Wichtige medizinische Fachgesellschaften und Verbände im Bereich der Perinatalen Medizin haben die oben genannten Punkte adressiert und mit einer AWMF Leitlinie **im März 2021** einen Konsens zur **Struktur für die Perinatale Versorgung** veröffentlicht (1). Darunter Fachgesellschaften der Geburtshilfe, Neonatologie, Hebammen- und Pflegewissenschaften (DGPM, DGGG, GNPI, DGHWi, DGP) sowie Interessensgemeinschaften von Betroffenen. Das Ziel dieser als Ergänzung zu den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zu verstehenden Leitlinie ist es, auch zukünftig die **Versorgungssicherheit** zu gewährleisten, so wie dies im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (2) formuliert ist. Parallel dazu hat die AG Pädiatrie und Geburtshilfe der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung unter der Leitung von Prof. Dr. med. Tom Bschor (Bundesministerium für Gesundheit) eine erste Stellungnahme und Empfehlungen zur Bedarfsplanung in der Geburtshilfe (und Neonatologie) erstellt (3).

Beide Expert:innengruppen kommt dabei zusammenfassend zu den folgenden Ergebnissen, die oben beschriebene Ziele adressieren:

Zu 1 Vermeidung von Neugeborenentransporten

Neugeborenentransporten wird durch ein mehrstufiges Versorgungssystem entgegengewirkt, dass in Deutschland durch GBA-Vorgaben geregelt ist. Dieses sieht vor, Schwangere mit

Früh- oder Risikogeburt in einer Geburtenklinik mit angeschlossener Kinderklinik zu versorgen. Entsprechend ihrer Versorgungsleistung werden die Kliniken in Level 1 (höchste Versorgungsstufe mit Versorgung von Geburten u. a. ab 22+0 SSW), Level 2 (Versorgung von Geburten ab 29+0 SSW), Level 3 (Versorgung von Geburten ab 32+0), Level 4 (Versorgung von Geburten ab 36+0 SSW) eingestuft. Um die Versorgung sicherzustellen, wird als vertretbarer Zeitraum zur Erreichbarkeit einer Klinik mit niedrigster Versorgungsstufe Level 4 im Allgemeinen eine PKW-Fahrzeit von 40 Minuten angegeben.

Das Konzept dieses Stufensystems zielt auf eine **rechtzeitige präventive Verlegung bei Risikokonstellationen** einer schwangeren Frau in eine Klinik der adäquaten Versorgungsstufe (z. B. Perinatalzentrum mit angeschlossener neonatologischer Versorgung). Dies betrifft zum Beispiel schwangere Frauen, bei denen mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität für das Kind gerechnet werden muss, wie zum Beispiel Frauen mit einem geringen Schätzwert des Fetus oder Frauen <37+0 SSW (4, 5).

Damit werden ein postnataler Neugeborenenentransport und die zumindest vorübergehende Trennung von Mutter und Kind auf unvorhersehbare Notfälle beschränkt.

Zu 2. Vermeidung von Folgen geburtshilflicher Notfälle.

Auch bei Schwangeren ohne spezielles peripartales Risiko kann es grundsätzlich und jederzeit im Verlauf der Geburt zu Komplikationen kommen, die unverzügliche Interventionen oder eine Intensivtherapie notwendig machen. Es sollen daher **unabhängig von der Versorgungsstufe Strukturen zur Erstversorgung**, d. h. zur primären intensivmedizinischen Überwachung und/oder Therapie für Frauen vor, während oder nach der Geburt in allen geburtshilflichen Kliniken vorhanden sein (6) inklusive einer ständigen Vorhaltung von Personal für operative Eingriffe, ein Notfall-Labor und eine Blutbank/Blutdepot.

Im **Bereich der Geburtshilfe** wird als **Mindestanforderungen** für die Betreuung von **Schwangeren am Termin (ab 37+0 SSW) ohne zu erwartende Komplikationen**, die in Geburtskliniken ohne angeschlossene Kinderklinik (Level IV) versorgt werden, im Konsens empfohlen:

„Jede geburtshilfliche Klinik soll rund um die Uhr die Anwesenheit mindestens einer Hebamme sowie einer weiteren Hebamme in Rufbereitschaft UND die ständige Anwesenheit von in der Geburtshilfe erfahrenem ärztlichen Personal (Facharztstandard) gewährleisten.“

Mindestens soll „eine Fachärztin / ein Facharzt kurzfristig zur Verfügung stehen (7, 8)“, damit „die für die Sicherheit von Mutter und Kind erforderliche Entscheidungs-Entbindungszeit („E-E-Zeit“) unter 20 Minuten jederzeit eingehalten werden kann (9)“.

Dabei ist zu beachten, dass Notfälle in Niedrig-Risikogruppen zwar selten sind, jedoch starke Auswirkungen auf das Leben von Mutter und Kind haben können. Aufgrund der Seltenheit der Ereignisse lässt sich ausreichende Erfahrung nur durch regelmäßiges Training UND höheres Fallzahl-Volumen erwerben.

Für neonatologische Notfälle sollen in geburtshilflich tätigen Einrichtungen ohne angeschlossene Kinderklinik sowohl ein Notfallvorgehen als auch ein Kooperationsvertrag mit einer Kinderklinik vorliegen und bekannt sein. Ferner bedarf es eines geregelten Vorgehens für neonatologische Visiten und Vorsorgeuntersuchungen. Die genannten Strukturmerkmale gelten auch für die Betreuung gesunder Neugeborener in Kliniken aller Versorgungsstufen. Mit einer zunehmenden personellen Ressourcen-Knappheit wird sich eine flächendeckende Neonatologische Versorgung kaum aufrechterhalten können.

**Zu 3. und 4. Anwendung von Interventionen wie Kaiserschnitt in einem zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse minimal notwendigen Ausmaß.
Bedürfnisorientierte Unterstützung des Geburtserlebens und der frühen postnatalen Zeit zur Förderung der maternalen und neonatalen Gesundheit.**

„Ziel für geburtshilfliche Einrichtungen ist eine **1:1 (max. 1:2) Hebammenbetreuung** der Gebärenden“ [...] da „die 1:1-Betreuung der Frauen während der aktiven Geburt das geburtshilfliche Ergebnis verbessern und die Komplikationsrate vermindern kann (10, 11)“(1)
„Es gibt keine international akzeptierten Vorgaben für die Personalstärke in geburtshilflichen Einrichtungen. Es gilt jedoch als gesichert, **dass personelle Kapazitäten (Geburtshelfer/Hebammen) das geburtshilfliche Outcome beeinflussen: Unabhängig von anderen Faktoren (z. B. Level des Krankenhauses) war eine höhere Anzahl an Geburtshelfer:innen sowie Hebammen – gemessen an der Anzahl der Vollzeitkräfte – mit einer geringeren Rate an elektiven und sekundären Kaiserschnitten assoziiert (12, 13)“(1).**

Zudem ist eine 24-Stunden-Präsenz einer qualifizierten Pflegekraft oder Hebamme mit Erfahrung und Qualifikation in der Betreuung eines gesunden Neugeborenen notwendig.

Basierend auf arbeitsrechtliche Überlegungen sind für die Vorhaltung einer ausreichenden Personalstärke für eine durchgehende Besetzung in einer Klinik mit ≤ 600 Geburten/Jahr mindestens 5,65 Hebammenstellen erforderlich. Bei mehr als 600 Geburten müssen pro zusätzliche 100 Geburten mindestens 0,93 weitere Hebammenstellen berechnet werden.

Im IGES (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung) - Gutachten zur "Stationären Hebammenversorgung" (2019; 14) wird bei einer Anzahl von mehr als 600 Geburten eine doppelte Besetzung der Dienste, ab 1.200 Geburten die dreifache Besetzung der Dienste empfohlen.

Die Regierungskommission des Bundesministeriums für Gesundheit zieht hieraus das Resümee: „In Geburtsstandorten mit weniger als 500 Geburten pro Jahr ist Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität nicht gesichert (15). Insbesondere bei kleineren Geburtshilfeabteilungen schwanken die Geburtenzahlen stark (zum Teil tagelang keine Geburten), was zur Abnahme der Versorgungsqualität führt.“

Zusammenfassend sind folgende **Mindestvoraussetzungen** für Geburtshilfliche Abteilungen vorzuhalten:

- **Unabhängig von der Versorgungsstufe** sollen Strukturen vorgehalten werden können zur Notfallintervention einschließlich Notfallkaiserschnitt (E-E-Zeit unter 20 Minuten), primäre intensivmedizinische Überwachung und/oder Therapie für Frauen

vor, während oder nach der Geburt in allen geburtshilflichen Kliniken, ein Notfall-Labor und eine Blutbank/Blutdepot.

- **In Kliniken mit niedrigerer Versorgungsstufe (Level IV)** ohne angeschlossene Kinderklinik soll ein **Notfallvorgehen für die neonatologische Versorgung** sowie ein Kooperationsvertrag mit einer Kinderklinik vorliegen und bekannt sein sowie ein geregeltes Vorgehen für neonatologische Visiten und Vorsorgeuntersuchungen.
- **Jede geburtshilfliche Klinik soll rund um die Uhr die Anwesenheit mindestens einer Hebamme sowie einer weiteren Hebamme in Rufbereitschaft gewährleisten.**
- **Jede geburtshilfliche Klinik soll rund um die Uhr die ständige Anwesenheit eines geburtshilflich erfahrenen Arztes / einer Ärztin (Facharztstandard) gewährleisten.** Mindestens soll fachärztliches Personal kurzfristig zur Verfügung stehen, damit die für die Sicherheit von Mutter und Kind erforderliche E-E-Zeit unter 20 Minuten jederzeit eingehalten werden kann.
- Eine **1:1 (max. 1:2) Hebammenbetreuung** ist zu fordern.
- 24-Stunden-Präsenz einer qualifizierten Pflegekraft oder Hebamme mit Erfahrung und Qualifikation in der Betreuung eines gesunden Neugeborenen.

Literatur

1. https://register.awmf.org/assets/guidelines/087-001l_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatologische-Versorgung-Deutschland_2021-04_01.pdf
2. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/220708_Empfehlung_AG_Paediatrie_und_Geburtshilfe_zu_Paediatrie_und_Geburtshilfe.pdf
3. Nationales Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt"; 2016.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf
4. Poets CF, Wallwiener D, Vetter K: Zwei bis 6 Wochen zu früh geboren - Risiken für das weitere Leben. Dtsch Arztebl Int 2012;109:721-726 42.
5. Stewart DL, Barfield WD, AAP Committee 2019;144:e20192760
6. AWMF-LL 001-038: Die geburtshilfliche Analgesie und Anästhesie.
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-038l_S1_Die-geburtshilfliche-Analgesie-und-Anaesthesie_2020-03.pdf
7. Berg D: Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung. Gynäkologe 2013;46:81-83
8. Kühnert M: Welche Geburtsklinik für welche Schwangere? Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe. Frauenarzt 2018;59:844- 848.
9. Heller G, Bauer E, Schill S, Thomas T, Louwen F, Wolff F, Misselwitz B, Schmidt S, Veit C: Entscheidungs-Entbindungszeit und perinatale Komplikationen bei Notkaiserschnitt. DÄB 2017;114:589-596
10. Sandall J, Homer C, Sadler E, Rudisill C, Bourgeault I, Bewley S, Nelson P, Cowie L, Cooper C, Curry N: Staffing in maternity units. The King's Fund 2011, London, 2011.
11. Bohren, MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A: Continuous support for women during childbirth (review). Cochrane Database for Systematic Reviews 2017;7: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
12. Zbiri S, Rozenberg P, Goffinet F, Milcent C: Caesarian delivery rate and staffing levels of the maternity unit. PLOS one 2018;13:e207379
13. Sandall J, Murrels T, Dodwell M, Gibson R, Bewley S, Coxon K, Bick D, Cookson G, Warwick C, Hamilton-Farley D: The efficient use of the maternity workforce and the implications for safety and quality in maternity care: a population-based, cross-sectional study. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2014 Oct. PMID: 25642571
14. IGES-Gutachten "Stationäre Hebammenversorgung" 2019:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf
15. Heller G et al. Int J Epidemiol 2002;31:1061.8

Rahmenbedingungen und Herausforderungen in der klinischen Geburtshilfe

Die geburtshilflich-medizinische Versorgung hat nach dem besten Wissensstand, mit optimaler Ausstattung und innerhalb der bestmöglich vorzuhaltenden Versorgungsstrukturen zu erfolgen. Das heißt, oberstes Gut stellt die Gesundheit von Mutter und ungeborenem Kind/Neugeborenen dar. Auf dieser Grundlage müssen sich alle politischen und medizinisch organisatorischen Rahmenbedingungen gruppieren. Eine flächendeckende Versorgung ist politisch gewollt, um den Schwangeren eine wohnortnahe medizinische Versorgung zu gewährleisten. Allerdings ist die Situation in der klinischen Geburtshilfe durch unterschiedliche Rahmenbedingungen geprägt, die eine wohnortnahe und zugleich qualitativ hochwertige Versorgung erschweren.

1. Fachkräftemangel

a. Hebammen

Der Fachkräftemangel unter den Hebammen ist seit mehreren Jahren Gegenstand der politischen Diskussion. Die Verbesserung von Rahmenbedingungen zur Ausübung der Tätigkeit sind bei allen Initiativen eine wichtige Zielvorgabe. Hohe Haftpflichtprämien bei freiberuflich tätigen Hebammen sind eine Hürde, die überwunden werden muss. Darüber hinaus finden viele ausgebildete Hebammen nicht mehr den Weg in die aktive klinische Geburtshilfe, sondern führen ausschließlich Vor- und Nachsorgen durch. Die Rückführung von Hebammen in die klinische Geburtshilfe muss unmittelbar nach der Ausbildung/ dem Studium erfolgen.

b. Pflegekräfte

Der Pflegekräftemangel macht sich in den geburtshilflichen Kliniken sowohl auf den Stationen als auch im OP-Bereich in besonderer Weise bemerkbar. Dies hat in verschiedenen Fachabteilungen zur Definition von Personaluntergrenzen geführt. Die Schließung von Betten in diesem Zusammenhang ist im Rahmen einer geburtshilflichen Versorgung nur schwer vorstellbar.

c. Ärztinnen und Ärzte

Die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten ist zwar in den vergangenen Jahren bei hoher Nachfrage des Studiengangs im wesentlichen stabil geblieben. Es gibt jedoch eine signifikante Anzahl von fertig ausgebildeten Medizinerinnen, die am Ende ihrer Ausbildung nicht den Weg in die Patientenversorgung finden. Eine zunehmende Anzahl sucht aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen den Weg in patientenferne Tätigkeitsbereiche. Hinzu kommt, dass die Baby-Boomer in den nächsten Jahren in Rente gehen. Dies wird erhebliche

Konsequenzen auch für die Versorgung in der Fläche durch die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen geben. Der Anteil weiblicher Mediziner steigt und damit verbunden auch die Rate an Teilzeitbeschäftigung. Dies hat eine Auswirkung auf die klinische Ausbildung sowie auch auf die Übernahme von freierwerbenden Praxissitzen. Viele scheuen in diesem Zusammenhang, das entsprechende unternehmerische Risiko.

Hinsichtlich der Facharztausbildung sind die Zahlen in den vergangenen Jahren zwar stabil geblieben, allerdings verharren die Prüfungen zum Schwerpunkt „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ auf einem niedrigen Niveau.

Bestandene Prüfungen	FA Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	SP Spezielle Geburtshilfe u. Perinatalmedizin
2022 (bis 1.11.)	20	2
2021	20	0
2020	16	0
2019	21	4
2018	13	2
2017	25	7

(Quelle: persönliche Kommunikation Dr. Leffmann, ÄKSH)

Eine fachlich fundierte Ausbildung kann nur in Perinatalzentren erfolgen, da hier die entsprechenden geburtshilflichen Situationen und Krankheitsbilder behandelt werden. Dies unterstreicht die Wichtigkeit der Perinatalzentren für die Ausbildung.

2. Abnehmende Geburtenzahlen

Im Bericht der Landesregierung Schleswig-Holstein zur Situation der Geburtshilfe (Drucksache 19/3263) wird darauf hingewiesen, dass die Zahl der Geburten in den nächsten Jahren sinken wird. Hier wird es auch entsprechende regionale Unterschiede geben, entsprechend der Bevölkerungsentwicklung. Inwiefern hier die Zuwanderung diese Entwicklung aufzuhalten vermag, bleibt abzuwarten.

3. Zunahme von Risikoschwangerschaften

In Deutschland waren im Jahr 2020 Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes im Durchschnitt 30,2 Jahre alt. Im Jahre 2010 lag das Durchschnittsalter noch bei 29,0 Jahren (Quelle Statistisches Bundesamt). Das durchschnittliche Alter der Erstgebärenden ist in den vergangenen 10 Jahren kontinuierlich weiter angestiegen. Jedes 4. Kind wird von einer Frau im Alter von über 35 Jahren geboren. Grundsätzlich stellt ein erhöhtes Alter der Schwangeren einen unabhängigen Risikofaktor dar. Darüber hinaus nimmt die Rate an Mehrlingsschwangerschaften durch den deutlichen Anstieg von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen (Anstieg von Zwillingschwangerschaften) zu. Des Weiteren ist ein ansteigender

Anteil von Begleiterkrankungen (Adipositas, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Nikotinabusus) zu beobachten, so dass mit einem deutlichen Anstieg von entsprechenden Schwangerschaftskomplikationen, wie z. B. intrauterine Wachstumsretardierung, Präeklampsien, HELLP-Syndrome oder fetalen Makrosomien zu rechnen ist (Quelle: IQTIG 2020). Im Jahre 1991 wiesen 5,8 % aller Geburten ein Geburtsgewicht von weniger als 2.500 g auf. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren signifikant angestiegen. Ein hoher Anteil dieser Schwangerschaften müssen in einem Perinatalzentrum Level I/II betreut und entbunden werden. Somit kann eine wohnortnahe geburtshilfliche Versorgung in der breiten Fläche für diesen zunehmenden Anteil von Schwangeren nicht zwingend gewährleistet werden. Darüber hinaus bedürfen 12-15 % aller reif geborenen Kinder unmittelbar nach der Entbindung eine pädiatrische Betreuung. Bei ca. 2 % aller Geburten ist mit einer schwerwiegenden mütterlichen Komplikation zu rechnen, die ein rasches medizinisches Handeln notwendig macht. Bei 20-25 % treten diese Komplikationen ohne Nachweis von entsprechenden Risikofaktoren auf, so dass diese Schwangere nicht vorab in ein Zentrum mit einer höheren Versorgungsstufe verbracht werden kann. Somit ist eine Zentralisierung geburtshilflicher Einrichtungen alleine aus medizinischen Gründen sinnvoll und notwendig. Der Effekt einer Zentralisierung hat zu einer signifikanten Reduktion der perinatalen und mütterlichen Mortalität geführt. Dies hat sich insbesondere auch in anderen europäischen Flächenstaaten, wie z. B. Portugal, Schweden und Finnland gezeigt.

4. Zunehmende Anforderungen durch hohe Qualitätskriterien an geburtsmedizinische Einrichtungen (Anforderung an strukturelle und personelle Ausstattung).

Die Richtlinie des gemeinsamen Ausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen sowie die S2K-Leitlinie (AWMF Leitlinien Register-Nr. 087-001), Empfehlung für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland zeigen, dass spezifische personelle und strukturelle Vorhaltungen zwingend erforderlich sind, um die Qualität in der geburtshilflichen Versorgung adäquat gestalten zu können. In diesem Zusammenhang ist die Quotendiskussion um Mindestmengen sicherlich auf einem evidenzbasierten Level zu führen. In diesem Zusammenhang hat auf der Grundlage entsprechender Daten der gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, dass für den Status eines Perinatalzentrums Level I jährlich mindestens 25 Frühgeburten mit einem Geburtsgewicht < 1.250 g versorgt werden sollen. Dies hat somit auch Konsequenzen für die Zentrumslandschaft in Schleswig-Holstein.

5. Geographische Besonderheiten eines Flächenlandes

Zweifelsohne stellt die Erreichbarkeit einer geburtshilflichen Einrichtung für die werdenden Eltern ein wichtiger Faktor dar. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat bereits in einer Stellungnahme zum Thema Geburtshilfe im Oktober 2014 eine Fahrtdauer von 30 Minuten zur nächstgelegenen Entbindungsklinik als zumutbar angesehen. Andere Quellen geben 40 PKW-Fahrminuten vor. Die Stellungnahme des damaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Prof. Diethelm Wallwiener, Universitätsfrauenklinik Tübingen (s. Landtag Schleswig-Holstein Drucksache 18/3338). Mehrere Studien haben in diesem Zusammenhang auch gezeigt, dass die Entfernung an sich kein wesentlicher negativer Qualitätsfaktor ist, sondern entscheidend ist das Vorhandensein einer Neonatologie. Rossi et al. haben im Deutsche Ärzteblatt 2015 formuliert, dass ein

Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein
Anstalt des
öffentlichen Rechts

Vorstand:
Prof. Dr. Dr. h.c. Jens Scholz, CEO
Peter Pansegrau, CFO
Corinna Jendges, COO
Prof. Dr. Thomas Münte
Prof. Dr. Joachim Thiery

Bankverbindung:
Förde Sparkasse
IBAN: DE14 2105 0170 0000 1002 06
SWIFT/BIC: NOLA DE 21 KIE
Commerzbank AG
IBAN: DE17 2308 0040 0300 0412 00
SWIFT/BIC: DRES DE FF 230



wohnnahes, besonders dichtes und kleinteiliges Netz an geburtshilflichen und neonatologischen Kliniken nicht zwingend mit besonders guten Ergebnissen assoziiert ist (Dtsch Arztebl 2015; 112(1–2): A 18–20). Dies gilt sowohl für die mütterliche als auch die kindliche Versorgung, z.B. in Nordeuropa, wo mit weniger Kliniken pro 100.000 Einwohner bessere Ergebnisse erreicht werden, ist hier paradigmatisch. Die IQTIG-Daten zeigen einen konstanten Anteil an Kindern, die vor der Entbindung in der Klinik entbunden wurden, von 0,15 % in den Jahren 2019 und 2020 für Gesamtdeutschland.

6. Hohe Kosten in der Geburtshilfe durch hohe personelle Vorhaltungskosten bei inadäquater Vergütung

Die Politik hat in den vergangenen Jahren die finanzielle Unterversorgung pädiatrischer und geburtshilflicher Einrichtungen als Problem identifiziert. Die entsprechenden personellen Vorhaltekosten sind hoch und können durch die Erlöse kaum gedeckt werden. Eine normale Geburt dauert im Durchschnitt 946 Minuten (Quelle: S2K-Leitlinien AWMF). Zudem ist die Geburtshilfe in einem hohen Maß durch unvorhersehbare Ereignisse und eine Nicht-Planbarkeit geprägt, die eine Vorhaltestruktur notwendig machen. In Anlage 1 wird auf die erforderlichen Mindeststrukturvoraussetzungen näher eingegangen.