

Dr. Ralf van Heek • Altenholzer Straße 7 • 24161 Altenholz

Katja Rathje-Hoffmann,
Vorsitzende des Sozialausschusses

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/448

Dr. Ralf van Heek

Landesverbandsvorsitzender
Schleswig-Holstein
Altenholzer Straße 7
24161 Altenholz
Telefon: 0431-3292939
Telefax: 0431-3292978
ralf.vanheek@uminfo.de

Kiel, 29.11.22

Ihr Schreiben vom 13.10.22

- 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 Vorsitzende, sehr geehrte Abgeordnete,

dankend für Ihre Einladung zur mündlichen Anhörung am 1.12. komme ich hiermit Ihrer Bitte um eine zusätzliche schriftliche Stellungnahme zu den vorliegenden Anträgen nach:

Die Geburt ist ein natürlicher Vorgang. Sie soll Ausgangspunkt eines glücklichen Lebens des Menschen sein und der Beginn einer beglückenden Beziehung zwischen Kindern und Eltern.

Schon in der Schwangerschaft werden die Grundlagen dieser Beziehung gelegt und Voraussetzungen für Bindung und Gesundheit gelegt. Durch Geburtsmodus und Verfahren in den ersten Lebensminuten, beispielsweise durch Abnabelung und frühes Anlegen, werden das Mikrobiom, die Ernährung und die Mutter-Kind-Bindung und Elternbeziehung geprägt.

Diese kritische Zeit sollte möglichst wenig durch Pathologisierung und Medizinisierung beeinträchtigt werden.

Ideale Bedingungen werden geschaffen durch eine sichere und Sicherheit vermittelnde Umgebung und vertrauensvolle Beziehung zu erfahrenen GeburtshelferInnen.

Gleichzeitig sind die Geburt und die Zeit darum herum die riskanteste Phase im Leben des neuen Menschen und der Mutter. Die Minimierung dieses Risikos ist eine gesellschaftliche Aufgabe, in der die Medizin – neben dem Hebammenwesen die ärztliche Geburtshilfe und die Pädiatrie – eine wichtige Aufgabe hat.

Die dramatischsten akuten Risiken für das Kind sind Sauerstoffmangel (Asphyxie) und Infektion. Darüber hinaus bedrohen nicht oder zu spät erkannte Erkrankungen des Neugeborenen Leben und Gesundheit des Neugeborenen.

Unvorhersehbare dramatische akute Risiken bedrohen auch das Leben der Mutter insbesondere durch schnellen starken Blutverlust.

Kaiserschnitt, andere Eingriffe in den Geburtsablauf, Antibiotika, Traumatisierung und Retraumatisierung der Mutter können die Gesundheit des Kindes nachhaltig beeinträchtigen und müssen vermieden werden, wenn sie unnötig sind.

Es ist gesellschaftliche Aufgabe, diese Risiken insgesamt zu minimieren. Es ist aber auch zu fragen, wieviel Verantwortung die Mutter für sich und für das Kind selber tragen kann und darf und ggf. mütterliche gegen kindliche Interessen zu wägen.

Unbestritten kann die Medizin – Geburtshilfe, Hebammenwesen, Pädiatrie – einen großen Beitrag leisten zur Minimierung der genannten Risiken. Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung, Prozessgestaltung und Qualitätssicherung sind professionelle Aufgaben der professionellen Akteure.

Die erforderliche Strukturqualität ist eine gesellschaftliche Aufgabe von Staat und Krankenversicherung. Sie entscheiden über räumliche, apparative, personelle Ausstattung der handelnden Professionen und deren Vorhaltung im Verhältnis zu Bevölkerungsdichte und die erforderliche und zumutbare Erreichbarkeit.

Im Regelfall beginnt die pädiatrische Arbeit mit der U2, der Untersuchung des Neugeborenen zwischen dem 3. und 10. Lebenstag. Zu dieser Zeit sind U1 nach der Geburt, Sauerstoff-, Hör- und Stoffwechselscreening schon durchgeführt.

Eine Hauptaufgabe der stationären Pädiatrie ist die Erkennung und Behandlung des kranken Neugeborenen. In zuvor bekannten Hochrisikosituationen müssen Kinderärzt*innen oder neonatologisch versierte Ärzt*innen mit spezialisiertem Pflegepersonal bei der Geburt, im Kreißsaal oder Operationssaal anwesend sein und das Neugeborene unmittelbar in Empfang nehmen. Die dann durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Prozeduren sind standardisiert und geübt.

Problematisch ist das Auftreten von unvorhersehbaren Notfällen oder die Verkennung von Risikosituationen. Hier ist die Frage zu beantworten, wer mit welcher Qualifikation in welchem zeitlichen und strukturellen Rahmen das kranke Neugeborene und die durch Komplikationen bedrohte Mutter behandelt. Beim Sauerstoffmangel geht es dabei um wenige Minuten, bei Infektion um wenige Stunden. Bei weiteren Erkrankungen können in den Tagen bis zur U2 irreversible Schäden entstehen.

Es ist von großer Bedeutung, Notfälle zu vermeiden und in Situation mit erhöhtem Risiko die Entbindung in einer Klinik mit pädiatrischer Abteilung durchzuführen.

Pädiater*innen können von einer geburtshilflichen Institution vertraglich an diese gebunden werden und beispielsweise am ersten Lebenstag eine Untersuchung durchführen. Auch die U2 kann im Lebensalter von 3 Tagen im Krankenhaus durchgeführt werden. Dies ist geübte Praxis auch in Schleswig-Holstein, wird aber aufgrund schwindender personeller Ressourcen bei steigenden Anforderungen zunehmend schwierig.

Besonders problematisch ist die pädiatrische Versorgung plötzlich aufgetretener oder nicht rechtzeitig erkannter Notfälle.

Strukturen und Prozesse, die für den Übergang von Geburtshilfe zu Pädiatrie erforderlich sind, sind gesetzlich und durch medizinische Leitlinien geregelt.

Bei der aktuellen Fragestellung der wohnortnahen Geburtshilfe soll hier nur aus pädiatrischer Sicht und nur auf Geburtseinrichtungen ohne Kinderklinik Stellung bezogen werden. In Kliniken, die Geburtshilfe und Neonatologie unter einem Dach haben, gehen wir davon aus, dass die erforderlichen Strukturen und Prozesse gemäß geltenden Richt- und Leitlinien geregelt werden.

Grundlegend ist der Beschluss des **Gemeinsamen Bundesausschusses** über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V vom 20. September 2005. Diese zielt auf die 2. „Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung von Früh- und Neugeborenen, 3. eine nach dem Risikoprofil des Früh- oder Neugeborenen differenzierte Zuweisung und daher optimierte neonatologische Versorgung sowie 4. die Verringerung von Säuglingssterblichkeit und frühkindlichen Behinderungen. Dazu werden in § 3 4 Stufen der neonatologischen Versorgung“ definiert:

- „1. Perinatalzentrum LEVEL 1 für die Versorgung von Patienten mit höchstem Risiko...,
2. Perinatalzentrum LEVEL 2 für die möglichst flächendeckende intermediäre Versorgung von Patienten mit hohem Risiko ...,
3. Perinataler Schwerpunkt ... für die flächendeckende Versorgung von Neugeborenen, bei denen eine postnatale Therapie absehbar ist, durch eine leistungsfähige Neugeborenenmedizin in Krankenhäusern mit Geburtsklinik und Kinderklinik und
4. Geburtsklinik ohne eine mindestens der Nummer 3 entsprechende Kinderklinik, in denen nur noch reife Neugeborene ohne bestehendes Risiko zur Welt kommen sollen.“

Von hoher Wichtigkeit ist die qualifizierte und verantwortlich Risikoeinschätzung und die aufgeklärte Einbeziehung der Schwangeren bei der Auswahl der Entbindungseinrichtung.

Die aktuelle Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Register Nr. 087-001 S2k „**Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland**“ von 2021, an der der Chefarzt der UKSH-Kinderklinik in Lübeck, Prof. Dr. E. Herting, mitgeschrieben hat, stellt höhere Anforderungen als die alte GBA-Richtlinie:

„Bei jeder Geburt soll sichergestellt sein, dass im Falle einer erforderlichen Notfall-Entbindung („Not-Sectio“) die Entscheidungs-Entbindungszeit („E-E-Zeit“) unter 20 Minuten eingehalten werden kann.“ Dazu solle „rund um die Uhr die Anwesenheit mindestens einer Hebamme sowie einer weiteren Hebamme in Rufbereitschaft und die ständige Anwesenheit eines geburtshilflich erfahrenen Arztes (Facharztstandard)“ gewährleistet sein.

Verfügt der anwesende Arzt noch nicht über eine abgeschlossene Facharztweiterbildung, soll zur Sicherstellung der gebotenen fachärztlichen Versorgung ein Facharzt kurzfristig zur Verfügung stehen (5,6).“

In Ausnahmefällen können Hebammen maximal zwei Frauen gleichzeitig während der Geburt betreuen.

Es soll jederzeit eine qualifizierte Pflegekraft oder Hebamme (im Entbindungsbereich und auf der Wochenbettstation) präsent sein, die Störungen in der Neonatalperiode erkennt und gegebenenfalls in Absprache mit dem verantwortlichen Arzt ohne Zeitverlust diagnostische Schritte und/oder eine Verlegung in eine geeignete Kinderklinik initiieren kann.

„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 weitaus meisten Geburten erfüllen prospektiv die Voraussetzungen zur Geburt in einer Geburtsklinik ohne Kinderklinik.

Für die Betreuung dort müssen aus unserer Sicht die Forderungen der AWMF-Leitlinie 024-005 – **„Betreuung von Neugeborenen in der Geburtsklinik“** vom 2.1.22, die im UKSH koordiniert wird (PD Dr. Dr. med. Guido Stichtenoth, Prof. Dr. med. Egbert Herting (GNPI: Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin)) erfüllt sein. Die dafür erforderlichen strukturellen und prozessualen Voraussetzungen und die Kontrolle der Ergebnisqualität müssen von Trägern und Aufsichtsbehörden sichergestellt werden.

Für Notfälle des Neugeborenen ist die Organisation eines zeitgerechten und apparativ und personell qualifizierten **Transportes in eine Kinderklinik** sicherzustellen. Das ist ein kritischer Bereich, der Voraussetzung für den Betrieb geburtshilflicher Institutionen ohne Kinderklinik ist. Die dazu vorliegende Leitlinie ist veraltet, sollte aber mangels besserer Alternativen von den Entscheidern beachtet werden (AWMF S2k-Leitlinie 024-003: Neugeborenen-Transport aktueller Stand: 05/2015).

Gegebenenfalls ist die „Abfahrt des Transportteams ... mit Inkubator innerhalb von 30 Minuten anzustreben“ unter Leitung von einem „Kinderarzt mit Zusatzfach/Schwerpunkt Neonatologie oder neonatologisch versiertem Arzt und (2) Pflegekraft mit Erfahrung in neonatologischer Intensivpflege“.

Das höchste Risiko für Tod und chronische Schädigung des Neugeborenen geht von Frühgeburtlichkeit aus. In der aktuellen AWMF-Leitlinie „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland“ von 2021 (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 087-001 S2k) heißt es:

„Die Rate... an Frühgeborenen aller Reifestufen ist in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern mit hochentwickelten Medizinsystemen relativ hoch und weiter ansteigend, wie bereits im Nationalen Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt" ... problematisiert wird. Daher müssen primär alle Anstrengungen unternommen werden, eine Frühgeburt zu vermeiden. Diesem Ziel dienen die hier geforderten qualifizierten ärztlichen und Hebammen-Besetzungen in der Geburtshilfe und die Verpflichtung zur engen interprofessionellen Zusammenarbeit. Einer drohenden Frühgeburt wird durch konsequente Anwendung der in der AWMF-Leitlinie 015-025 „Prävention und Therapie der Frühgeburt“ gelisteten Präventionsstrategien begegnet. Primärpräventiv müssen körperliche, soziale und psychische Belastungsfaktoren vor und während der

Schwangerschaft sowie Infektionen minimiert und damit die Gesundheit der Frauen gestärkt werden“.

Bezugnehmend auf die vorliegenden Anträge unterstützen wir das Ziel einer möglichst wohnortnahen Versorgung in der Geburtshilfe unter Einhaltung der oben genannten Qualitätskriterien. Allerdings ist zu erwarten, dass selbst bei Verfügbarkeit der erforderlichen finanziellen Ressourcen die flächendeckende Versorgung behindert wird durch Fehlen von Hebammen, Pflegepersonal und Ärzt*innen. Neben der quantitativen Ausweitung der Ausbildung von Hebammen ist eine Ausweitung bekanntermaßen ebenso erforderlich im Bereich Pflege, Medizinstudium und Fachärzt*innenausbildung.

Die Ergebnisqualität verschiedener Versorgungssysteme sollte hinsichtlich des outcome für Mütter und Kinder weiterhin umfassend und hinsichtlich Mobilität vertieft gemessen und wissenschaftlich ausgewertet werden, um kritische Entwicklungen zu erkennen und Entscheidungsgrundlagen für die Zukunft zu generieren.

Dr. med. Ralf van Heek
Arzt für Kinder- und Jugendmedizin, Pneumologie
Landesvorsitzender des BVKJ

**Berufsverband der Kinder-
und Jugendärzte e.V.**

Mielenforster Straße 2
51069 Köln

Fon
Verwaltung (0221) 6 89 09-0
Kongresse (0221) 6 89 09-15/16
Fax (0221) 68 32 04
bvkj.buero@uminfo.de
www.kinderaerzte-im-netz.de
www.bvkj.de/kongresse
www.bvkj.de

Deutsche Apotheker-
und Ärztebank Köln
IBAN: DE91 3006 0601 0001 2737 79
BIC: DAAEDEDXXX

Steuer-Nr.: 218/5751/0668