

An
Katja Rathje-Hoffmann

Vorsitzende des Sozialausschusses
des Schleswig-Holsteinischen Landtags

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/464

Dr. Georg Hillebrand

**Chefarzt, Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin, Neonatologie und
Päd. Intensivmedizin**

**Klinikum Itzehoe
Robert-Koch Str. 2
25524 Itzehoe**

g.hillebrand@kh-itzehoe.de
04821 – 772 2200

Stellungnahme zu den Anträgen

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

Im Rahmen der Sitzung des Sozialausschusses am 01.12.2022

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

sehr geehrte Damen und Herren,

Ich bedanke mich für die kurzfristig eingeräumte Gelegenheit zur Stellungnahme zu den drei Anträgen. In meiner Funktion als Landesdelegierter des Verbandes der leitenden Kinderärzte und Kinderchirurgen (VLKKD) habe ich die Chefarzte der Kinderkliniken des Landes um ein Meinungsbild zur Situation der Geburtshilfe und der Neugeborenenversorgung gebeten. Dieses gebe ich im folgenden kurz zusammengefasst wieder:

Ausgangssituation:

- Die Geburt ist der größte physiologische Umstellungsprozess des gesamten Lebens. In den meisten Fällen gelingt dieses „Wunder“ problemlos und erfordert keine unmittelbare (kinder-)ärztliche Unterstützung. Der Zuwachs an medizinischen Erkenntnissen und große Fortschritte in der multidisziplinären Zusammenarbeit in der Perinatalogie haben zu erheblichen Verbesserungen hinsichtlich Neugeborenen- und Müttersterblichkeit und -

mortalität geführt. So ist z.B. die Sterblichkeit von Neugeborenen in Deutschland auf einem sehr niedrigen Niveau. Es gibt jedoch auch hier noch (geringes) Verbesserungspotential.

- Nach aktuellen Erhebungen benötigen ca. 10% aller Neugeborenen direkt nach Geburt oder in den folgenden Tagen eine kinderärztliche Behandlung im Krankenhaus, darunter wenige Notfälle, die jedoch von unmittelbarer kinderärztlicher/- pflegerischer Versorgung sehr stark profitieren.
- Die Fachgesellschaften der Kinderheilkunde, Neonatologie und die der Geburtshilfe haben eine aktuelle Leitlinie verfasst (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 087-001), welche ergänzend zu den Vorgaben des GBA (Richtlinie QFR-RL) die Struktur einer sinnvollen perinatalogischen Versorgung für Deutschland beschreibt. Hier finden sich u.a. die Definition von differenzierten Versorgungsstrukturen (Level I-IV) sowie Hinweise für eine risikogesteuerte Zuweisung der Schwangeren. Für die höheren **Versorgungsstufen I und II** wird die Anwesenheit eines Kinderarztes in „permanenter Arztpräsenz“ gefordert, in **Stufe III** wird die Verfügbarkeit eines Kinderarztes innerhalb von 10 min erwartet, und für **Stufe IV** (Geburtskliniken ohne angeschlossene Kinderklinik) soll „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 Ressource Personal wird immer knapper, dies gilt für alle perinatalogisch wichtigen Berufe. (Demografische Entwicklung, Arbeitszeitschutzgesetz, veränderte Erwartungen an berufliche Situation, etc.)

Basierend auf dieser Ausgangssituation sind aus kinderärztlicher und neonatologischer Sicht folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Geburtshilfe und Neugeborenenentherapie sollte in einem Konzept gestufter, risikoadaptierter Versorgung vorgehalten werden. Definitionen sind in der AWMF-Leitlinie vorgegeben.
- Aus kinderärztlicher und neonatologischer Sicht sind Perinatalzentren (enge räumliche und inhaltliche Zusammenarbeit von Pädiatrie/ Neonatologie und Geburtshilfe unter einem Dach, entsprechend Stufe I-III) das ideale Konzept und sollten mittel- und langfristig das Standardmodell der Versorgung darstellen.
- Solche Perinatalzentren sollten eine angemessene Zahl von Geburten versorgen, um ausreichend Routine auch bei seltenen Notfällen vorhalten zu können. (Beispiel Portugal: Mindestens 1500 Geburten/ a)
- Die junge Generation der Fachkräfte (ÄrztInnen, Hebammen, PflegerInnen u.a.) fordert neue Arbeitskonzepte, die v.a. durch sinnvolle Zentralisierung zu realisieren sind. Die Aufrechterhaltung von kleinen Geburtshilfen (Level IV) wird v.a. aufgrund dieser neuen Realität in Zukunft kaum mehr gelingen.
- Konzepte für Transporte, Boarding-Häuser etc. sind in einem Flächenland notwendig
- Der Fokus der Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollte auf „regionale Ergebnisqualität“ gelegt werden. Es zählt nicht nur das outcome-Ergebnis einer einzelnen geburtshilflichen Einrichtung, sondern die Gesamtergebnisse einer Region mit allen dort vernetzten Einrichtungen.