

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
 Umdruck 18/5352



**Campus Lübeck**

Telefon:	0451 / 500-	2134 / 6374	
		<b>Telefon</b>	<b>Fax</b>
<b>Pforte:</b>	0451 / 500-	2155 od. 2156	2430
<b>Oberarztsekretariat:</b>		2141	
<b>Poliklinik:</b>		2158	2170
<b>Brustsprechstunde</b>		5275	5276
<b>Chemotherapie-Pavillon:</b>		5075	4613
<b>Geburtshilfliche Ambulanz und Kreißsaal:</b>		2148	2367
<b>Pränatale Medizin:</b>		2149	2430
<b>Sterilitäts- und Hormon- sprechstunde:</b>		4418	5764
<b>Andrologische Interdisziplinäre Sprechstunde:</b>		4418	5764
<b>Privatambulanz:</b>		6374	2139
<b>OA Diensthandy Geburtshilfe</b>		0174-3203143	
<b>OA Diensthandy Poliklinik</b>		0172-3683664	
<b>E-Mail:</b>	achim.rody@uksh.de		
<b>Datum:</b>	15.12.2015		

**Stellungnahme zum Bericht der Landesregierung  
 „Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein“**

Das Land Schleswig-Holstein ist als Flächenland mit zahlreichen Problemen behaftet, die die Rahmenbedingungen für die geburtshilfliche Versorgung erschweren. Auf der Grundlage dieser ungünstigen Rahmenbedingungen muss eine optimale geburtshilfliche Betreuung der Bevölkerung überdacht werden, die in erster Linie nicht einer wohnortnahen Versorgung Rechnung trägt, sondern das uneingeschränkte Wohl von Mutter und Kind im Auge hat. Folgende Voraussetzungen und Entwicklungen sind dabei zu berücksichtigen:

1. Bei einer zunehmend alternden Gesamtbevölkerung wird man in den kommenden Jahren mit einer weiter abnehmenden Geburtenzahl zu rechnen haben. Die Geburtenziffer betrug im Jahr 2013 1,42 Geburten je Frau (Quelle: Statistisches Bundesamt). Dabei wird der Zuzug von Flüchtlingen nach Schleswig-Holstein zunächst nicht zu einer entscheidenden Änderung im Sinne eines signifikanten Geburtenanstiegs beitragen können. Zusätzlich ist zu erwähnen, dass 22 % aller Lebensgemeinschaften kinderlos bleiben, mit steigender Tendenz. Dies bedeutet, dass die Geburtenrate in bevölkerungsschwachen Regionen in Schleswig-Holstein weiter sinken wird. Somit werden auch die Unterhaltskosten für kleine geburtshilfliche Abteilungen weiter steigen.

2. Das Alter von Müttern bei Geburt des ersten Kindes in Schleswig-Holstein betrug im Jahr 2013 laut statistischem Bundesamt 29,1 Jahre und ist deutlich ansteigend. Mit zunehmendem Alter der Schwangeren, sowie einem deutlichen Anstieg von Begleiterkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie oder massivem Übergewicht, nimmt die Rate an



Risikoschwangerschaften zu. Darüber hinaus nimmt die Rate an Mehrlingsschwangerschaften durch den deutlichen Anstieg von reproduktionsmedizinischen Massnahmen zu (Anstieg von Zwillingschwangerschaften im Jahre 2010 bis zum Jahre 2013 um 4,7 % bei gleichbleibender Rate von Drillingschwangerschaften). Durch das zunehmende Alter und entsprechende Begleiterkrankungen werden wir mit einem deutlichen Anstieg von Schwangerschaftskomplikationen wie z.B. intrauterine Wachstumsretardierungen, Präeklampsien, HELLP-Syndrome oder fetalen Makrosomien zu rechnen haben. Im Jahre 1991 wiesen 5,8 % aller Geburten ein Geburtsgewicht von weniger als 2500 g auf. Dieser Anteil ist im Jahr 2010 auf 6,9 % gestiegen<sup>1</sup> (Quelle: statistisches Bundesamt). Alle diese 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 mehr gewährleistet werden, da ansonsten nur Perinatalzentren mit Level I/II-Versorgung vorzuhalten wären.

3. Dies führt in der Folge zu einem Anstieg von Kaiserschnittentbindungen, sowie entsprechenden Komplikationen um die Geburt herum (Blutungen, Uterusrupturen nach Kaiserschnittentbindungen). Dabei ist die Versorgung der entsprechenden Komplikationen nur in dafür ausgestatteten Einrichtungen zeitnah und suffizient möglich (24/7/365 Bereitschaftsteams, angeschlossene intensivmedizinische Versorgung). Eine Verlegung aus einer Einrichtung mit niedrigerer Versorgungsstufe bei eingetretener Komplikation ist mitunter insbesondere bei Blutungskomplikationen mit einer signifikant höheren Rate bzgl. der Morbidität und dem Risiko der Mortalität verbunden. Des Weiteren können durch die primäre Betreuung in der höhergradigen Versorgungseinrichtung auch zusätzliche Kosten vermieden werden.

4. 12-15 % aller reif geborenen Kinder ohne Risiko bedürfen unmittelbar nach Entbindung einer pädiatrischen Betreuung, was zum einen eine Verlegung von Mutter und Kind aus einer Geburtsklinik in die entsprechende Einrichtung mit pädiatrischer Betreuung notwendig macht. Dies führt nicht nur zu zusätzlichen Kosten, sondern stellt auch eine Versorgungslücke dar. Die verzögerte adäquate Betreuung von Neugeborenen in geburtshilflichen Einrichtungen ohne eine pädiatrische Rund-um-die-Uhr-Versorgung erhöht das Risiko einer erhöhten neonatalen Morbidität und Mortalität.

5. Bei ca. 2 % aller Geburten ist mit einer schwerwiegenden mütterlichen Komplikation zu rechnen, die rasches medizinisches Handeln notwendig macht<sup>ii</sup>. 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 können. Notwendige medizinische Massnahmen umfasst z.B. bei Blutungen die rasche Gabe von Blutprodukten, der Ausgleich von Gerinnungsstörungen, konservative und chirurgische Massnahmen, nichtgeburtsmedizinische fachliche Mitbetreuung, sowie eine adäquate intensivmedizinische Versorgung. Insbesondere bei Blutungskomplikationen ist eine zeitnahe adäquate Betreuung entscheidend. Die meisten Geburtskliniken und perinatale Schwerpunkte verfügen nicht über eine Rund-um die-Uhr-Betreuung mit Anwesenheitsdiensten in der Klinik und entsprechenden intensivmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten für Mutter und Kind. Diese Einrichtungen sind somit auf das backup von höhergradigen Versorgungsstufen in der Nachbarschaft angewiesen. Durch Verlegungen in höhergradige Einrichtungen geht allerdings häufig wertvolle Zeit verloren, die dann zu einer signifikanten Verschlechterung des Zustandes der Patientinnen führen kann.

6. Die Rekrutierung von medizinischem Fachpersonal (Ärzte, Hebammen, Fachpflegerinnen und -pfleger) in diesen bevölkerungsarmen Regionen wird es in Zukunft nahezu unmöglich machen, kleine geburtshilfliche Abteilungen adäquat mit medizinischem Personal auszustatten. Kleinere Abteilungen oder Belegabteilungen stellen vorwiegend aus forensischen Gründen nur Fachärzte ein und nehmen somit nicht mehr an der Ausbildung von Medizinern teil, was den Nachwuchsmangel verstärkt. Geburten in Ausbildungskliniken sind aufgrund somit deutlich personalaufwendiger und führen bei gleicher Kostenerstattung für eine unkomplizierte Geburt zu einer defizitären Finanzierung.

7. Die Zentralisierung geburtshilflicher Einrichtungen in anderen europäischen Staaten (z.B. Portugal, Schweden, Finnland) haben zu einer signifikanten Reduktion der perinatalen und mütterlichen Mortalität geführt. Auch wenn die perinatale Mortalität in kleineren geburtshilflichen Einrichtungen Gegenstand aktueller Diskussion ist und die Zahlen, die eine erhöhte perinatale Mortalität gezeigt haben, in Frage gestellt werden, muss die Politik in Zeiten knapper finanzieller Mittel darüber nachdenken, welche Argumente tatsächlich gegen eine Zentralisierung sprechen, da durch eine Bündelung medizinischer Ressourcen und entsprechender fachlicher Expertise nicht nur Geld gespart werden, sondern auch die medizinische Versorgungsqualität verbessert werden kann.

8. Eine Zentralisierung muss mit einem entsprechenden Transportsystem von Patientinnen (Luft und Boden gestützt), guter pränatalmedizinischer Betreuung und Risikoevaluierung durch niedergelassene Frauenärzte und Hebammen, sowie einem Boardingkonzept einhergehen. Dabei sollte sich die geografische Ansiedlung des Boardings an der möglichst höchsten Versorgungsstufe orientieren.

9. In Zeiten zunehmender Ökonomisierung im Gesundheitssektor wird die Zentralisierung spezifischer medizinischer Teilbereiche (z.B. Geburtshilfe oder Onkologie) alternativlos sein. Dies ist in Bezug auf die geburtsmedizinische Versorgung in meinen Augen der Bevölkerung zumutbar (statistisch 1,4 mal im Leben einer Frau).

Die dargestellten Entwicklungen und Voraussetzungen in der geburtshilflichen Versorgung in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein sind Grundlage für die Planung einer optimalen geburtmedizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen. Dabei stellen die Verbesserung der Qualität und ein Erreichen eines Maximums an Sicherheit für Mutter und Kind Ziele dar, die keine Kompromisse zulassen dürfen. Somit kann die Schlussfolgerung der Landesregierung unterstützt werden, dass nicht das Vorhalten kurzer Wege, sondern die Etablierung und Stärkung von geburtshilflichen Einrichtungen mit einer Rund-um-die-Uhr geburtshilflichen und pädiatrischen Versorgung ausschliesslich in der Lage sein wird, die Sicherheit von Mutter und Kind zu erhöhen. Die abnehmende Bevölkerungszahl in ländlichen Regionen, der Mangel an medizinischen Fachkräften in diesen Regionen, der Anstieg von Risikoschwangerschaften und -geburten und der zunehmende ökonomische Druck im Gesundheitswesen zeichnen die Entwicklung einer Zentralisierung in der Geburtshilfe vor und machen sie alternativlos. Dies muss von der Politik und der Bevölkerung Akzeptanz finden, um von der Entwicklung nicht überrollt zu werden, sondern frühzeitig entsprechende Zielvorgaben desto eher zu definieren und frühzeitig daraufhin zu steuern. Je früher diese Prozesse auch der Bevölkerung vermittelt werden, kann diese sich darauf einstellen. Dabei wird man zweifelsohne von der Bevölkerung eine gesteigerte Mobilität verlangen müssen.

Die Verbesserung der medizinischen Qualität ist nach Expertenmeinung und versorgungsmedizinischen Untersuchungen eng mit einer Zentralisierung verbunden. Dabei ist die Zentrumsbildung zur Behandlung spezifischer, komplexer und häufig auch interdisziplinär zu therapierenden Krankheitsbilder alternativlos und durch den medizinischen Fortschritt vorgegeben (z.B. stroke units, Herzzentren, onkologische Zentren). Dabei hat die Einrichtung von Perinatalzentren ganz entscheidend zur Verbesserung der geburtsmedizinischen Versorgungsqualität und Reduktion der mütterlichen und neonatalen Sterblichkeit geführt.

In diesem Zusammenhang ist auch das räumlich enge Nebeneinander von mehreren geburtshilflichen Einrichtungen an einem Ort zu hinterfragen. Um die fachspezifische personelle Ausstattung für die Versorgungsrealität in Schleswig-Holstein aufrecht erhalten zu können, muss ausgebildet werden. Zahlreiche geburtshilfliche Einrichtungen bilden nicht aus und können (weil sie es aufgrund des Versorgungsstatus nicht dürfen), selbst wenn sie es tun, Risikoschwangerschaften nicht betreuen und sind somit ungeübt im Erkennen und Behandeln von Komplikationen.

Die ansteigenden Haftpflichtbeiträge für Ärzte und Hebammen die außerhalb eines Perinatalzentrums geburtshilflich tätig sind, spiegeln auch die Entwicklung im Bereich der Rechtsprechung wider. Dabei werden von den Gerichten im Schadensfall immer zuerst auch die strukturellen Voraussetzungen für das geburtshilfliche Management überprüft.

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass die Zentralisierung der Geburtsmedizin alternativlos ist und frühzeitig von der Politik als solche akzeptiert und gestaltet werden sollte. Eine konzeptionelle Umsetzung dieses Prozesses, eingebettet in einen realistischen Zeitplan sind möglicherweise dabei auch in der Lage, die Akzeptanz in der Bevölkerung zu erhöhen. Dabei gilt es nicht das eigentliche Ziel aus den Augen zu verlieren, nämlich die Erhöhung der Sicherheit von Mutter und Kind und damit Steigerung der Versorgungsqualität in der Geburtshilfe.

---

<sup>1</sup><https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html;jsessionid=FF7ECA7ED0E15814A1A10A4A31645769.cae>

<sup>2</sup> Creanga AA, Berg CJ, Ko JY, et al. Maternal mortality and morbidity in the United States: where are we now? J Womens Health (Larchmt). Jan; 2014 23(1):3–9.

Lübeck, den 15.12.2015

Prof. Dr. med. Aehim Rody

