

Ärztekammer Westfalen-Lippe • Postfach 4067 • 48022 Münster

Gartenstraße 210 – 214
48147 Münster
Tel.: 0251 929 – 0
www.aekwl.de

An den
Präsidenten des Landtags
Nordrhein-Westfalen
Herrn André Kuper
Postfach 10 11 43
40002 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE
**NEUDRUCK
STELLUNGNAHME
17/160**

A01

Geschäftsführung

Fragen an: Dr. med. Markus Wenning
Tel.: 0251 929 – 2032
Fax: 0251 929 – 2039
Mail: gfa@aekwl.de

Münster, 1. Dezember 2017 /We/ Kna

Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 06. Dezember 2017

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen begrüßen es sehr, dass der Landtag sich mit den Problemen der geburtshilflichen Versorgung beschäftigt.

Es gibt einen zunehmenden Mangel an Hebammen, qualifizierten Pflegekräften sowie Frauenärztinnen und -ärzten. Viele geburtshilfliche Kliniken – insbesondere im ländlichen Raum – suchen händeringend qualifiziertes Personal. Zugleich steigen die Geburtenraten (erfreulicherweise) wieder an.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. und der Berufsverband der Frauenärzte e.V. haben in einer gemeinsamen Pressemitteilung¹ Ende Oktober dieses Jahres darauf hingewiesen, dass für die Engpässe in der Geburtshilfe auch Schließungen kleinerer Abteilungen ohne vorherige Kapazitätssteigerung der großen Geburtskliniken eine Rolle spielen.

¹ Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Berufsverbandes der Frauenärzte vom 26. Oktober 2017 „Engpässe in den Geburtskliniken – nicht zu Lasten der Schwangeren!“

Auch der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte hat bereits Mitte September gemeinsam mit dem Berufsverband der Frauenärzte an die Politik appelliert², schnellstens den Hebammenmangel zu bekämpfen. Die Verbände haben darauf hingewiesen, dass seit dem Jahr 2014 auf bundespolitischer Ebene bereits eine Reihe von Maßnahmen ergriffen wurde, unter anderem mit Blick auf Verbesserungen bei der Vergütung und bei der Haftpflichtabsicherung der Hebammen. Die Verbände konstatieren jedoch, dass das Problem der in Klinik und Wochenbettbetreuung fehlenden Hebammen fortbesteht. Die Verbände haben deswegen weitere Verbesserungen mit Blick auf Vergütung und Haftpflichtabsicherung (für Hebammen wie auch für Frauenärztinnen und -ärzte, z.B. über einen Staatsfonds) gefordert. Betont wurde außerdem die Bedeutung einer 1:1-Betreuung unter der Geburt, weil gut betreute Gebärende weniger Schmerzmittel benötigen und weniger Komplikationen auf Seiten des Kindes auftreten und damit auch operative Entbindungen seltener werden.

Es ist deswegen richtig, dass sich der Landtag von Nordrhein-Westfalen mit der Frage befasst, wie die Geburtshilfe in unserem Bundesland nachhaltig, und flächendeckend gleichmäßig auf einem hohen Qualitätsniveau gesichert werden kann. Die Beratungen des Runden Tisches Geburtshilfe bieten dafür eine gute Grundlage.

Bei allen Überlegungen muss eines im Vordergrund stehen: Die Schwangeren müssen für die Betreuung vor und nach der Geburt und für die Geburt selbst auf verlässlich erreichbare und qualitativ hochwertige Versorgungsstrukturen vertrauen können. Oberste Priorität hat die Gesundheit von Mutter und Kind. Daran müssen sich alle Versorgungsansätze messen lassen.

Wir möchten im Folgenden zunächst auf einige fachliche Aspekte eingehen, die im Antrag „Mit Hebammen und Entbindungspflegern gut versorgt von Anfang an“ (Drucksache 17/535) mit Blick auf die Kaiserschnittrate angesprochen werden.

In einem zweiten Teil möchten wir zu den in diesem Antrag sowie im Entschließungsantrag „Zukunft der Geburtshilfe sichern – wir brauchen Hebammen für eine gute Versorgung und die Wahlfreiheit werdender Mütter“ (Drucksache 17/614) aufgeführten Lösungsansätzen Stellung nehmen und einen Vorschlag für das weitere Vorgehen in Nordrhein-Westfalen unterbreiten.

² Pressemitteilung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte und des Berufsverband der Frauenärzte vom 18.9.2017 "Kinder haben ein Recht auf gut betreuten Start ins Leben: Politik muss Hebammenmangel schnellstens bekämpfen!"

I. Fachliche Anmerkungen zur Kaiserschnitttrate

1. Der Eindruck, aus finanziellen Gründen würden mehr Kaiserschnitte durchgeführt als notwendig, trifft nicht zu. Dies ergibt sich z.B. aus den Antworten der Bunderegierung^{3,4} auf zwei Anfragen sowie dem „Faktencheck Gesundheit- Kaiserschnittgeburten“ der Bertelsmann Stiftung⁵. Die Krankenhausgesellschaft NRW und die Ärztekammern hatten einer auf dieser Annahme beruhenden Empfehlung schon im Abschlussbericht zum „Runden Tisch Geburtshilfe“ widersprochen⁶.
2. Im Antrag „Mit Hebammen und Entbindungspflegern gut versorgt von Anfang an“ ist unter „Ausgangslage“ von steigenden Kaiserschnitttraten die Rede. Diese Annahme trifft nicht (mehr) zu. Das statistische Bundesamt hat sowohl für die Bundesrepublik insgesamt als auch für Nordrhein-Westfalen für die Jahre 2015⁷ als auch 2016⁸ ein Sinken der Kaiserschnitttrate festgestellt. Mit 30,9 % Kaiserschnittentbindungen in Nordrhein-Westfalen im Jahre 2016 ist die Kaiserschnitttrate noch immer höher als aus medizinischer Sicht erstrebenswert und unter Idealbedingungen erreichbar. Allerdings ist auch zu berücksichtigen: Die lange Zeit zunehmenden Kaiserschnitttraten sind auch im Zusammenhang mit einer sinkenden Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu sehen⁹. Sinkende Kaiserschnitttraten dürfen nicht um den Preis einer höheren Mor-

³ BT-Drucksache 18/12767 „Die in der Fragestellung unterstellten Anreize zur vermehrten Durchführung von Kaiserschnitten ergeben sich jedenfalls nicht aus der im Vergleich zur normalen Entbindung teilweise höheren Vergütung. Die höhere Vergütung für einen Kaiserschnitt ergibt sich aus dem in der Regel höheren Aufwand (Bereitstellung eines sterilen Operationssaals, Anästhesie, Operationsvorbereitungen, Operation durch zwei Ärzte, zwei Operationsschwestern, Hinzuziehung eines Kinderarztes, postoperative Überwachung...), so dass die Krankenhäuser trotz höherer Erstattungsbeträge nicht automatisch höhere Deckungsbeiträge oder Gewinne erzielen. Im Rahmen des pauschalierenden Entgeltsystems wird die Sachgerechtigkeit der Pauschalen jährlich geprüft, so dass ergänzender Handlungsbedarf nicht vorliegt.“

⁴ BT-Drucksache 18/2365 „Auf Grundlage der Fallpauschalenkatalog 2014 beträgt die Vergütung eines Krankenhauses für eine primäre Sectio ohne Komplikation bundesdurchschnittlich rund 2600 Euro und für eine vaginale Geburt ohne Komplikation rund 1700 Euro. Diese Vergütungen spiegeln den unterschiedlichen Aufwand wider, der bei einem Kaiserschnitt (Bereitstellung eines sterilen Operationssaals, Anästhesie, Operationsvorbereitungen, Operation durch zwei Ärzte, zwei Operationsschwestern, Kinderarzt meist hinzugezogen, postoperative Überwachung...) deutlich höher ist als bei vaginaler Entbindung (Betreuung durch Hebamme, ggf. Hinzuziehung des Arztes zur letzten Phase der Geburt). Wegen der Kosten ist nicht davon auszugehen, dass Krankenhäuser durch Kaiserschnitt trotz einer höheren Vergütung gegenüber vaginalen Entbindungen grundsätzlich höhere Deckungsbeiträge erzielen.“

⁵ „Faktencheck Gesundheit- Kaiserschnittgeburten“ Bertelsmann Stiftung 2012 „Die oft formulierte Hypothese, Kaiserschnitte seien für Kliniken monetär besonders lohnend, ließ sich dabei nicht bestätigen- das fallpauschalierende Vergütungssystem steht einer Quersubventionierung eher entgegen. Allerdings lassen sich geplante Kaiserschnitte besser als vaginale Entbindungen in die organisatorischen Abläufe einer Klinik einbinden und sind aus diesem Grund attraktiv für Kliniken.“

⁶ Abschlussbericht Runder Tisch Geburtshilfe S. 12: „Die Ärztekammern in Westfalen-Lippe und in Nordrhein sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen tragen diese Handlungsempfehlung nicht mit. Die DRGs für Kaiserschnittentbindungen und für vaginale Entbindungen werden auf Basis der tatsächlich in den Krankenhäusern anfallenden Kosten jährlich kalkuliert und bilden den durchschnittlichen Aufwand für diese Leistungen ab. Insofern bestehen keine systematischen finanziellen Fehlanreize. Normative Eingriffe in das Entgeltsystem sind nicht vorgesehen und sollten unterbleiben.“

⁷ „Mehr Krankenhausentbindungen 2015 bei niedrigerer Kaiserschnitttrate“; DESTATIS Pressemitteilung Nr. 355 vom 05.10.2016

⁸ „Mehr Krankenhausentbindungen 2016 bei niedrigerer Kaiserschnitttrate“; DESTATIS Pressemitteilung Nr. 348 vom 04.10.2017

⁹BT- Drucksache 18/12767 „In den letzten 20 Jahren (1995-2015) hat sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes die Säuglingssterblichkeit von 5,3 auf 3,3 Säuglingssterbefälle je 1000 Lebendgeborene verringert, die Müttersterblichkeit von 5,4

talität bei Kindern und Müttern erkaufte werden. Dass dies nicht völlig aus der Luft gegriffen ist, zeigt ein Artikel aus „DER SPIEGEL“ vom 23.11.2017. Dort wird von dem Verdacht gegen einen Arzt aus Bayreuth berichtet, der in mehreren Fällen zu lange auf eine natürliche Geburt gesetzt habe und durch die Entscheidung gegen Kaiserschnitte mehrere Kinder zu Schaden habe kommen lassen¹⁰.

3. Die WHO wird mit der Aussage zitiert, dass ein Kaiserschnitt in nur 10 % aller Fälle notwendig sei. Diese Aussage entspricht nicht mehr dem Stand der wissenschaftlichen Forschung.

Im Jahre 1985 hatte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus Sorge um weltweit steigende Kaiserschnittraten festgestellt, dass mit einer Kaiserschnittrate von mehr als 10 bis 15 % kein zusätzlicher Gesundheitsnutzen für Mutter oder Kind verbunden sei. Diese Angaben basierten auf den Kaiserschnittraten in den Ländern mit den niedrigsten Sterblichkeitsraten. Laut Fachexperten ließen und lassen sich diese Empfehlungen nicht einfach auf Deutschland übertragen, da hier Schwangere entbinden, die in anderen Ländern aufgrund von Vorerkrankungen gar nicht hätten schwanger werden können oder die Schwangerschaft wegen Komplikationen nicht zu einer Geburt geführt hätte (z.B. Frühgeburtsbestrebungen, künstliche Befruchtungen, Autoimmunerkrankungen, Schwangere mit körperlichen Behinderungen).

Schon im Jahr 2002 kam das britische „Parliamentary Office of Science and Technology“¹¹ zu dem Erkenntnis, die WHO würde zu anderen – höheren – Ergebnissen bei der Sectio-Frequenz kommen, würde sie die Untersuchung wiederholen.

Im Jahr 2015 schlussfolgerte eine große Studie der Stanford University, die Empfehlung der WHO müsse aufgrund aktueller Daten neu bewertet werden. Eine Sektiorate von 19 % sei unter Berücksichtigung von mütterlicher und kindlicher Mortalität günstiger.¹²

auf 3,3 je 100 000 Lebendgeborene. Die Kaiserschnittrate betrug 1995 17,6 Prozent und 2015 31,1 Prozent. Insofern gibt es eine statistische Korrelation zwischen der Abnahme der Säuglingssterblichkeit und der Zunahme der Kaiserschnittraten, jedoch sind aus diesen Daten keine direkten kausalen Zusammenhänge ableitbar. Zu den entsprechenden Entwicklungen tragen jeweils eine Vielzahl von Faktoren bei.“

¹⁰ „Vermeidbarer Fehler“ S. 46 in DER SPIEGEL Ausgabe 48 2017

¹¹ Postnote October 2002 Number 184; The Parliamentary Office of Science and Technology

¹² Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality; Molina G; Weiser T, in JAMA. 2015; 314 (21): “National cesarean delivery rates of up to approximately 19 per 100 live births were associated with lower maternal or neonatal mortality among WHO member states. Previously recommended national target rates for cesarean deliveries may be too low.”

4. Die Aussage, in lediglich 10% der Fälle sei ein Kaiserschnitt absolut erforderlich, um das Leben von Mutter und/oder Kind zu schützen, erweckt den Eindruck, die meisten der relativen Indikationen für einen Kaiserschnitt seien unnötig. Das entspricht nicht der Realität. Die Entscheidung gegen eine Sectio und für eine natürliche Geburt bei den relativen Indikationen würde zu mehr toten und geschädigten Kindern und zu einer höheren Müttersterblichkeit führen.¹³ Der Begriff der relativen Indikation besagt nur, dass eine vaginale Geburt nicht von vorneherein ausgeschlossen ist und eine sorgfältige Abwägung der mütterlichen und kindlichen Risiken geboten ist.

5. Als Ursachen für die hohen Sectio-Frequenzen sind verschiedene Gründe zu nennen:

a. Haftungsrecht

Während in Deutschland nicht eine Verurteilung eines Geburtshelfers wegen Schadens infolge eines überflüssigen Kaiserschnittes bekannt ist, existieren zahlreiche Urteile wegen nicht durchgeführter oder zu spät durchgeführter Kaiserschnitte. Der steigende Druck lässt sich an den in den letzten Jahren gestiegenen Haftpflichtprämien für Hebammen sowie Frauenärztinnen und –ärzte ablesen.

Deutlich wird die schwierige Lage in einer Urteilsbegründung des Bundesgerichtshofes vom 06.12.1988¹⁴: *„Der geburtsleitende Arzt braucht daher in einer normalen Entbindungssituation ohne besondere Veranlassung nicht etwa von sich aus die Möglichkeit einer Schnittentbindung zur Sprache zu bringen ... Anders liegt es jedoch, wenn für den Fall, dass die Geburt vaginal erfolgt, für das Kind ernst zu nehmende Gefahren drohen, daher im Interesse des Kindes gewichtige Gründe für eine Kaiserschnittentbindung sprechen und diese unter Berücksichtigung auch der Konstitution und der Befindlichkeit der Mutter in der konkreten Situation eine medizinisch verantwortbare Alternative darstellt. In einer solchen Lage darf sich der Arzt nicht eigenmächtig für eine vaginale Geburt entscheiden.“*

¹³ Leitlinie „Absolute und relative Indikation zur Sectio caesarea“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

¹⁴ BGH Urteil vom 6.12.1988; Az: VI ZR 132/88

b. Vorausgegangene Kaiserschnitte

Ein Anstieg der Kaiserschnitte bei Erstgebärenden hat bei weiteren Geburten ebenfalls einen Anstieg der Kaiserschnittfrequenzen zur Folge. Nach britischen Untersuchungen machen diese sog. Re-Sectiones (Kaiserschnitte nach vorangegangenem Kaiserschnitt) 29 % aller Kaiserschnitte aus. Nach den publizierten Daten der Qualitätssicherung NRW stieg der Anteil der Re-Sectiones an allen Kaiserschnitten von 18,2% im Jahr 2004 auf 23,5% im Jahr 2008, also um mehr als 5%-Punkte.

c. Steigendes Durchschnittsalter von Gebärenden und Zunahme von Mehrlingsschwangerschaften.

Die Zunahme von Mehrlingsschwangerschaften infolge künstlicher Befruchtungen trägt ebenso wie der Anstieg des mütterlichen Durchschnittsalters zur Steigerung der Sectio-Frequenzen bei. Nach den publizierten Daten der Qualitätssicherung NRW gibt es eine Zunahme älterer Gebärender: der Anteil der 40+ jährigen stieg von 3,7% 2004 auf ca. 5 % 2016.

II. Weitere Bewertungen und Lösungsansätze

1. Die mit beiden Anträgen zum Ausdruck gebrachte Wertschätzung für die Tätigkeit von Hebammen und Entbindungspflegern ist ausdrücklich zu begrüßen. Dies gilt für die Tätigkeit bei der Geburt wie für die Begleitung von Frauen vor und nach der Geburt. Auch die wichtige Rolle der Familienhebammen im Rahmen der frühen Hilfen ist in diesem Zusammenhang zu nennen. Diese hohe Wertschätzung sollte für selbstständig tätige wie angestellte Hebammen in gleicher Weise gelten. Hebammen, die sich dafür entschieden haben, im ambulanten Bereich auf die vereinzelte Durchführung von Geburten zu verzichten und sich stattdessen ganz auf die Begleitung von Schwangeren vor und nach der Geburt zu konzentrieren, sollte deswegen keine geringere Wertschätzung entgegengebracht werden. Aus unserer Sicht ist diese Entscheidung im Gegenteil richtig.
2. Zur der Aussage, es existierten keine gesicherten Daten hinsichtlich des tatsächlichen Entbindungsortes, ist auf die Angaben im Abschlussbericht zum Runden Tisch zu verweisen: So finden 99 % der Geburten in Kliniken statt und nur 1% als Hausgeburt bzw. in Geburtshäusern, jede 6. Gebärende bei geplanter Hausgeburt bzw. Geburt in

Geburtshäusern wird zur Geburt in eine Klinik verlegt¹⁵. Wenn es um die Durchführung von Geburten geht, sehen die Ärztekammern daher eine dringende Notwendigkeit, vor allem die Attraktivität dieser Tätigkeit von Hebammen in den Krankenhäusern zu stärken.

3. Zu der Forderung, das Versorgungskonzept „Hebammenkreißaal“ sicherzustellen: Schon im Abschlussbericht zum „Runden Tisch Geburtshilfe“ hatten die Ärztekammern und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen festgestellt, dass Hebammen-Kreißäle nur an wenigen Krankenhäusern in NRW implementiert sind. Da die Auswirkungen dieses Konzeptes auf die Versorgungsqualität nach wie vor noch nicht abschätzbar sind, kann eine flächendeckende Einführung nicht empfohlen werden. Aus unserer Sicht müssten die Transferkriterien im wissenschaftlichen Kontext diskutiert und evaluiert werden. Die vom BMG mit 150.000 Euro unterstützte Entwicklung der professionsübergreifende S3-Leitlinie zum Kaiserschnitt wird hier weitere Erkenntnisse erbringen.
4. Die Entwicklung der Haftpflichtprämien im Allgemeinen und insbesondere in der Geburtshilfe ist ein zunehmendes Problem. Zahlreiche Versicherungen haben sich aus dem Markt zurückgezogen, einzelne bieten nur noch Tarife unter Ausschluss der Geburtshilfe an. Es erscheint daher sinnvoll, alternative Wege zur Finanzierung des Haftpflichttrisikos zu prüfen. Dies kann aber nur für Versorgungsformen in Betracht kommen, die den hohen Qualitäts- und Sicherheitsstandards entsprechen, die im Interesse der Kinder im Mutterleib und ihrer werdenden Eltern unverzichtbar sind.
5. Aus Sicht der Ärztekammern genügt es nicht, die Arbeit von Hebammen und Entbindungspflegern im DRG-System nur besser „abzubilden“, d.h. kalkulatorisch besser zu erfassen. Sinnvoll wäre eine bessere Vergütung, um dadurch die Tätigkeit und die Arbeitsplätze attraktiver zu machen und so das Verbleiben im Kerngebiet der beruflichen Tätigkeit zu fördern.
6. Wir begrüßen den Vorschlag, eine Bestandsaufnahme der geburtshilflichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen vorzunehmen. Dies bietet sich auch deswegen an, weil voraussichtlich im kommenden Jahr die Umsetzung des NRW-Krankenhausplans 2015 abgeschlossen werden wird.

¹⁵ S. 28 des Abschlussbericht zum „Runden Tisch Geburtshilfe“

Der Plan enthält differenzierte Vorgaben und Versorgungsziele im Bereich der Geburtshilfe. Wenn die auf diesem Plan beruhenden regionalen Planungskonzepte im nächsten Jahr flächendeckend abgeschlossen sind, ist es richtig, Bilanz zu ziehen, inwieweit die angestrebten Ziele erreicht werden konnten und welcher Handlungsbedarf sich weiter ergibt.

Im Sinne eines ganzheitlichen, sektorenübergreifenden Ansatzes sollten dann auch die bis dahin vorliegenden Erkenntnisse zur Zahl und zum Tätigkeitsspektrum der Hebammen im ambulanten und stationären Bereich einbezogen werden, ebenso wie die entsprechenden Zahlen zur Tätigkeit von Frauenärztinnen und Frauenärzten.

Auf dieser Basis können dann, wie im Entschließungsantrag vorgesehen, weitere Empfehlungen zur flächendeckenden Sicherstellung und Verbesserung der geburts-
hilflichen Versorgung mit einer sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Perspektive entwickelt werden.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Markus Wenning
Geschäftsführender Arzt
der ÄK Westfalen-Lippe



Ulrich Langenberg
Geschäftsführender Arzt
der ÄK Nordrhein