

Wie viele Geburtenstationen braucht das Land?

2012 wurde die Geburtenstation des LKH Voitsberg (Steiermark) geschlossen. Es folgten lautstarke Proteste, viele Diskussionen, die Gründung eines Unterstützungsvereins, Expertenanalysen – aber es bleibt dabei: Mitte Juli dieses Jahres teilte Gesundheitslandesrat Christopher Drexler mit, dass an der Entscheidung nicht mehr gerüttelt wird. In der Evaluierung wurde auf den „weltweiten Trend“ hingewiesen, geburtshilfliche Abteilungen nur noch ab vielen hundert Geburten jährlich zu führen. Betont wurde auch, dass weiterhin über 90 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 45 Minuten eine geburtshilfliche Abteilung erreichen würden.

Interessant sind in diesem Zusammenhang Ergebnisse eines Projekts des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung Essen und der Universitätsfrauenklinik Ulm aus dem Jahr 2013: Die Zahl der Geburtenstationen in Deutschland könnte demnach um fast ein Drittel von 900 auf 640 reduziert werden, ohne die Versorgungsqualität zu gefährden. Nur in drei Regionen wäre damit eine Anfahrtszeit von unter 30 Minuten nicht mehr gesichert. Von Schließungen betroffen wären Abteilungen mit weniger als 400 Geburten im Jahr.

Im aktuellen Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist eine Mindestfallzahl von 365 Geburten festgehalten, 2012 wurde diese auf 25 Stationen im Bundesgebiet nicht erreicht. Ebenso wird im ÖSG eine Mindestzahl von Kaiserschnitten von 365 empfohlen, um die Behandlungsqualität, die auf Routine basiert, sicher zu stellen. Auch hier liegen viele Häuser weit darunter, wobei sich gleichzeitig die Frage stellt, welche Maßnahmen gesetzt werden, um die weltweit gesehen sehr hohe Rate von fast 30 Prozent Kaiserschnitten in Österreich zu senken.

„Es ist nicht sinnvoll, sehr kleine Gebärtstationen aufrecht zu erhalten, langfristig leidet die Qualität und es ist kostenintensiv“, so Reinhold Kerbl, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde. Die Gesellschaft wehre sich nicht gegen die Schließung von Abteilungen, „wir sind um entsprechende Qualität bemüht. Wie dicht das Netz von Gebärtabteilungen sein muss, richtet sich nach den im

Angesichts sinkender Geburtenraten und steigender Sparvorgaben stellt sich die Frage, wie hochqualitative „wohnortnahe Versorgung“ für Schwangere und Neugeborene sichergestellt werden kann.

Christian F. Freisleben-Teutscher



Welche Geburtenstation ist gut und sicher?

Foto: © mitlaef - Fotolia.com

ÖSG festgeschriebenen Erreichbarkeitszeiten.“ Lokale bzw. politische Interessen würden eine nicht unbedeutende Rolle spielen, sollten aber hinter objektiven Kriterien zurückstehen.

Exponierte Lagen

2012 gab es im Bezirkskrankenhaus Reutte-Ehenbichl (Tirol) 186 Geburten. Jörg Franke, ärztlicher Leiter der Abteilung Kinderheilkunde, Jugendmedizin und Neonatologie, meint: „Dass in der Versorgung von Schwangeren bzw. bei Geburten und Frühgeburten die Fallzahl die Qualität erhöht, ist bisher nur durch amerikanische Studien belegt; die Situation in Deutschland und Österreich ist ganz anders. Studien gibt es aus diesen Ländern nicht wirklich. Fallzahlen sind eine Steuerungsgröße der Gesundheitsökonomie, nicht der Qualität!“ Zudem würden die drei Ärzte in Reutte auch im Vergleich zu sehr großen Häusern mit hohen Fallzahlen – aber auch entsprechend mehr Ärzten – auf ausreichend hohe Expertise durch regelmäßige Betreuung von Geburten kommen.

Das BKH Reutte habe zudem eine geographisch exponierte Lage: „Wir sind hier ein kleiner Bezirk mit ca. 30.000 Einwohnern und einer Geburtenrate von ca. 300 im Jahr, in einer geographischen Sondersituation, nach Deutschland Richtung Füssen offen, aber vom Rest von Tirol nur über den Fernpass erreichbar. Aus Orten im hinteren Lechtal braucht man bis zu einer Stunde bis nach Reutte“, ergänzt Renate Lunze, Oberärztin an der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung in Reutte. „Es sind hier die Möglichkeiten



Kinderarzt Reinhold Kerbl: „Es ist nicht sinnvoll, sehr kleine Gebärtstationen aufrecht zu erhalten.“

eines Schwerpunktkrankenhauses vorhanden, obwohl es nur als Standardversorgung gewertet wird. So können wir auch Frühgeborene ab der 32 Schwangerschaftswoche kompetent versorgen“, sagt dazu Franke. Geburten vor diesem Termin müssten in speziellen Zentren betreut werden. Insgesamt sei in Häusern mit kleinen Fallzahlen eine regelmäßige Fortbildung des Personals sehr wichtig.

Zum Thema Kaiserschnitt sagt Lunze bedauernd: „Wir versuchen durch viel Aufklärung über Komplikationen und Spätfolgen bei weiteren Schwangerschaften, die Frauen ohne erkennbares Risiko von Wunsch-Sectiones abzuhalten. Trotzdem war unsere Sectiorate 2013 34 Prozent. Der große forensische Druck, der auf den Geburtshelfern lastet, ist sicherlich nicht hilfreich, auch nicht Universitätsprofessoren und Gutachter, die Wunschkaiserschnitte propagieren.“

Erfolgsfaktor Risikoscreening und Kooperationen

In der Klinik Diakonissen Schladming, einem öffentlichen Spital, kommen im Jahr etwa 230 Kinder auf die Welt. „Zuletzt gab es auch in Relation zu sinkenden Geburtenzahlen in der Allgemeinbevölkerung einen überdurchschnittlichen Rückgang“, so der Mediensprecher Hannes Stickler. Die niedrigeren Geburtenzahlen in Schladming würden sich durch ein schon länger konsequentes Risikoscreening ergeben: Komplexere Geburten sowie geplante und Wunschkaiserschnitte würden an die nächstgelegene Vollabteilung in Salzburg oder Leoben verwiesen. Darüber wurden auch die zuweisenden Gynäkologen entsprechend informiert. „Durch diesen Spitalswechsel beginnt bei Frauen, die einen Wunschkaiserschnitt planen, ein Nachdenkprozess, ob diese Form der Geburt die richtige ist. Wir empfehlen jedenfalls die Spontangeburt.“ In Schladming liegt, wie Stickler ergänzt, die Kaiserschnitttrate dadurch bei 20 Prozent.

Aus Sticklers Sicht geht es bei der Frage der Erhaltung von Geburtstationen um eine „Kombination aus Fallzahlen und Erreichbarkeit“. Er bezweifelt den Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Qualität in Bezug auf Geburten. „Wir haben keine Geburtstation, sondern ein Geburtshilfemodul, das mit geringeren Personalressourcen auskommt.“ Da im Haus Gynäkologen tätig bzw. rund um die Uhr erreichbar sind, wenn sie auch in anderen Häusern Geburten betreuen, würden diese auf die nötige Routine zurückgreifen können.

Die Entbindungszahlen an den Spitälern der oberösterreichischen gespag würden eine ausreichende Expertise garantieren, sagt gespag-Vorstandsdirektorin Ingrid Federl: „Die Geburt ist die häufigste medizinische Einzelleistung in unseren acht Spitälern. Keines davon ist in Gefahr, die diskutierte Mindestfallzahl von 365 zu unterschreiten, daher stellt sich die Frage nach der Schließung von Abteilungen nicht. Qualität in der Geburtshilfe und der Versorgung der Neugeborenen ist durch eine Zusammenarbeit der regionalen gespag-Spitäler mit den Schwerpunkt- und Sonderkrankenhäusern gewährleistet.“ Fünf Häuser führen keine Risikoentbindungen durch.



Hannes Stickler, Diakonissen Schladming:
„Komplexe Geburten werden an die nächstgelegene Vollabteilung verwiesen.“

Am Beispiel der Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz zeige sich der Weg zu einer Senkung der Kaiserschnitttrate: „Sofern keine Risikofaktoren vorliegen, raten wir zu einer natürlichen Geburt. Neben unseren Erfahrungswerten belegen zahlreiche Studien ganz klar die Vorteile für die Mütter: Der größte Vorteil gegenüber der Kaiserschnitt-Methode liegt dabei im kürzeren Spitalsaufenthalt und in der kürzeren Schmerzperiode“, so Peter Oppelt, Leiter der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe. Die Rate liegt in der Landesfrauenklinik bei 27,9 Prozent (Österreich: 31 %)

Qualität sieht anders aus

Auch Brigitte Theierling, Landesgeschäftsstellenleiterin des niederösterreichischen Hebammengremiums, ist der Meinung, „dass Fallzahlen keinen direkten Zusammenhang mit der Qualität haben“. Es müsse ebenso darum gehen, wo sich Frauen sicher und geborgen fühlen, sagt sie. Die meisten Geburten verlaufen ohne Komplikationen, die Frauen und Kinder könnten – und sollten

– im Sinn der Primary Health Care in den Regionen versorgt werden. „Für Frühgeburten oder pathologische Verläufe ist es sinnvoll, gut ausgestattete Zentren zu haben.“ Eine hohe Sectiozahl könne ebenso kein Qualitätskriterium sein, im Gegenteil. Es bräuchte Outcome-Analysen, die der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden sollten und auch als Entscheidungshilfe für die Wahl des Geburtsortes dienen können. Es gäbe schon viele Hinweise darauf, dass die Folgen einer Sectio heruntergespielt werden.

„Früher waren Frauen nach der Geburt deutlich länger im Spital, heute liegt die Aufenthaltsdauer auch nach Sectio bei drei oder vier Tagen.“ Theierling ortet große Defizite bei der Nachsorge. Eine wichtige Rolle würden Hebammen spielen, dies zeigte sich auch rund um die Expertenanalysen zur Kindergesundheitsstrategie, deren Schwerpunkt auf Frühen Hilfen liegt. „In Wien gibt es 16 Kassenhebammen – auch in anderen Regionen ist es so, dass gerade die Frauen, die es am meisten brauchen würden, also jene in sozial prekären Situationen, mit Migrationshintergrund oder Teenager sich keine adäquate Begleitung durch Hebammen leisten können.“ Ein Problem ist dabei, dass es in Österreich zu wenige Hebammen gibt und die Zahl der Ausbildungsplätze zu gering ist. „Kassenvertrag kann heißen, die so wichtigen Hausbesuche mit über zwei Stunden mit 35 Euro brutto entlohnt zu bekommen – das tun sich immer weniger Kolleginnen an.“ Nötig wäre ein Gesamtkonzept, wobei die Kindergesundheitsstrategie dazu einiges bieten würde – allerdings bisher nur auf dem Papier. ::



Hebamme Brigitte Theierling:
„Konzept nur auf dem Papier.“

Mag. Christian F. Freisleben-Teutscher
freisleben@schaffler-verlag.com