



STELLUNGNAHME

Anmerkungen eines Kinder- und Jugendarztes zur Versorgungsqualität (rund um die Geburt)

„Bestmöglich ist die Qualität der Versorgung, wenn sie im Rahmen der rechtlichen Vorgaben und unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen den optimalen Nutzen für den Patienten erzielt.“

(Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg, Glossar, Seite 18)

Im Rahmen des "Runden Tisches Geburtshilfe" am Sozialministerium tagte eine Unterarbeitsgruppe, die interdisziplinär diskutierte, woran man eine gelungene qualitative Weiterentwicklung in der Versorgungslandschaft rund um die Geburt erkennen könne. Frauenärzte, Hebammen, Elternvertreterinnen und meine Wenigkeit für die Pädiatrie gaben dem Sozialministerium je eine schriftliche Stellungnahme ab, wie sie die Situation sehen und was sie wichtig fänden.

Die Stellungnahmen sollten auf dem Gesundheitsleitbild des Landes (zitiertes Satz am Beginn) aufbauen. Meine Stellungnahme wurde von einzelnen Frauenärztinnen und pädiatrischen Kollegen gegengelesen; deren Anregungen sind eingeflossen. Dennoch bin ich allein für Missverständliches verantwortlich. Ich habe länger überlegt, ob die PädNetzS-Info ein Ort ist, der zur Veröffentlichung dieses zunächst internen Papiers geeignet ist. Ich glaube schon: Mir selber ist vieles beim Nachdenken, Mitdiskutieren und Schreiben klarer geworden, was man auch auf seine eigenen (berufspolitischen) Haltungen in der allgemeinen Pädiatrie übertragen kann. Mein Text an das Sozialministerium vom Oktober 2017 ging so:

„Gesundheitsversorgung findet zwischen Menschen statt, die sich

gegenseitig helfen, gesund zu bleiben oder zu werden. Professionalisierte Gesundheitsversorgung unterliegt dabei vielen rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die diese Gesellschaft sich gibt, um für ein geordnetes Miteinander zu sorgen. „Bestmöglich ist die Qualität der Versorgung, wenn sie im Rahmen der rechtlichen Vorgaben und unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen den optimalen Nutzen für den Patienten erzielt“. (1) In der Geburtshilfe wird gegenwärtig bei leicht steigenden Kinderzahlen erlebt, dass eine „bestmögliche Qualität der Versorgung“ eine Floskel bleibt, wenn Forderungen des Rechtsempfindens nicht mehr mit gesellschaftlich bereitgestellten wirtschaftlichen Ressourcen übereinstimmen. Vermehrt erlebter Stress auf vielen Ebenen führte unter anderem dazu, dass der ehemals beliebte Berufstand der Hebammen um gesellschaftliche Anerkennung und sein Überleben kämpft.

Ebenso ist aus der „Ärztenschwemme“ der 1980er Jahre heute ein „Ärztinnenmangel“ in vielen Bereichen geworden. Der Arzt alten Schlages hatte in der Regel eine Ehefrau, die er mit ernährte und die ihm den Rücken freihielt. Da Versorgungsaufträge mit den Zahlen von 1990 fortgeschrieben werden und nach der Logik der Budgets pro Kopf gerechnet werden, muss der Generationenwandel zu einer ärztlichen Mangelversorgung führen. Ferner wurden seither auch

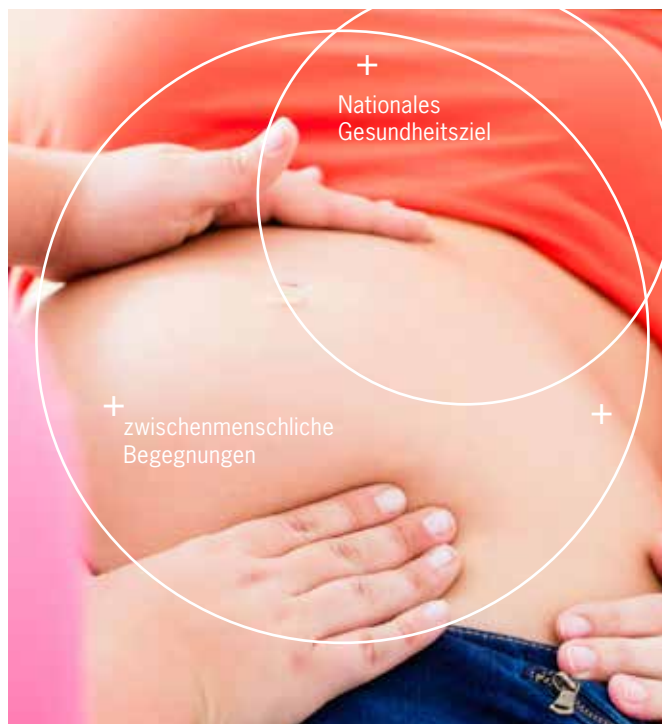
die Kapazitäten der Medizinstudiengänge gekürzt, so dass weniger Nachwuchs ausgebildet wird. Das Problem des Mangels ist also nicht kurzfristig lösbar; umso wichtiger ist es, die Studienplatzkapazitäten wieder zu erhöhen.

Aufgabe ist es also, die Möglichkeiten auszuloten, wie rechtliche Vorgaben der Zusammenarbeit und vorhandene Ressourcen landespolitisch in Baden-Württemberg so verbessert werden können, dass sie wieder zur Gegenwart und Zukunft passen. Aus Sicht der Kinder- und Jugendärzte sollten sich Zielvereinbarungen orientieren an dem Nationalen Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“.(2,3)

Qualität durch Gleichgewichtshaltungen

Des Menschen Physiologie ist gefährlich: Mit dem aufrechten Gang droht er zu stürzen. Seine eigenständige Denkfähigkeit entfernt ihn von Natur und Mitmenschen. Der aufrechte Gang und sein großes Denkgorgan erschweren seine Geburt im Vergleich zu allen Tieren. (4) Biologisch erfolgreich ist der Mensch, wenn er sich zunehmend eigenständig mit sich und der Welt verbindet.

Aus Jugendlichen werden Eltern. Daher haben Kinder- und Jugendärzte zwei Verbindungen zur Geburtshilfe: Sie erleben die Folgen der Art des Gebärens an den Kindern und sie hoffen, durch die Art ihrer Versorgung in den ersten 18 Lebensjahren einen kleinen Teil dazu beizutragen, wie junge Eltern in ihre Fähigkeiten vertrauen und damit auch auf die Geburt eigener Kinder zugehen.



Angst und Vertrauen

Das Gegenteil von Angst ist nicht Mut sondern Übermut bzw. Leichtsin. Mut beinhaltet Selbst- und Schicksalsvertrauen im Bewusstsein existierender Gefahren. Er wird gestärkt durch mitmenschlichen Beistand und sachlichen, auch technisch unterstützten Umgang mit existierenden Gefahren. Durch gute Aufklärungsgespräche kann aus Angst vertrauensvoller Mut werden. Dies benötigt Zeit und persönliche Kontinuität mit vertrauten professionellen Helfern, die mit ihrem eigenen Mut im Gleichgewicht sind.

Mitmenschlicher Beistand und technische (und juristische) Absicherung

Angst macht eng und erhöht die Wahrscheinlichkeit für notwendige technische Interventionen unter der Geburt. Eine gute, erfahrungstragende Wahrnehmung der aktuellen Situation unter der Geburt gibt Sicherheit. Mitmenschlicher Beistand entängstigt. Die Wahrnehmungsbreite kann technisch unterstützt werden.

Mitmenschlicher Beistand beinhaltet Verantwortungsübernahme auf Seiten des professionellen Helfers. Er kann für Schäden haftbar gemacht werden und muss im Zweifelsfall beweisen, verantwortlich gehandelt zu haben. Dies wiederum kann ihn ängstigen und so zu einer „Defensivmedizin“ führen. Technische Interventionen führen zu „beweisbar dokumentierbaren“, objektiven Daten, während ohne Technik nur die selbstberichtete, klinische Befundbeschreibung übrig bleibt. Beispielsweise kann nach einer Hausgeburt in einem Vorsorgeheft nur ein APGAR angegeben werden und nie ein Nabelarterien-pH, was in einem Kreißsaal undenkbar wäre. Notwendig auf Seiten des Versorgers ist ferner eine gute Aufklärung. Damit eine Aufklärung juristisch unanfechtbar wird, muss sie viele Risiken nennen, was erstens viel Zeit kostet und zweitens selber wieder ängstigen kann. Als Nebenwirkung können so aus Risiken sich selbst erfüllende Prophezeiungen werden.

Als Kinder- und Jugendarzt kann man sich nur demütig verneigen vor der kontroversen fachlichen Diskussionen zwischen kompetenten Hebammen und kompetenten Geburtshelfern, die immer wieder um diese Balancefragen zu kreisen scheinen. Mit dem „Nationalen Gesundheitsziel: Rund um die Geburt“ wünscht man den Familien einen guten Austausch zwischen allen beteiligten Berufsgruppen.

Wohnortnähe und Zentralisierung

Auf übergeordneter Ebene erhofft man sich von einer Zentralisierung eine verbesserte Qualität einer Versorgung, die „im Rahmen der rechtlichen Vorgaben und unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen den optimalen Nutzen für den Patienten erzielt“. Ein unplanbares Ereignis wie eine Geburt ist aber zumeist nicht vergleichbar mit einer geplanten Operation durch den bestmöglichen Spezialisten. Wenn eine dezentrale Geburtshilfe durch steigendes (technisch zu unterstützendes) Sicherheitsbedürfnis gesellschaftlich nicht mehr vorhaltbar erscheint, müssen die Mütter in Boardinghäusern fernab ihrer gewohnten Umgebung nahe eines Geburtszentrums auf die vom Kind eingeleitete Geburt warten oder unter Wehen längere Anfahrtswege in Kauf nehmen (weswegen sie im Zweifelsfall früher losfahren werden). In einem Zentrum werden sie von im Schichtbetrieb wechselnden Menschen, die sie nicht kennen, betreut. Diese können im größeren Team besser auf parallel auftretende Notfälle reagieren.

Die Mitarbeit in kleinen geburtshilflichen Abteilungen oder in der Hausgeburtshilfe erfordert dagegen sehr viel mehr Selbstverantwortung und ständige Dienstbereitschaft mit kurzen Alarmierungszeiten. Die gesellschaftlichen Bedingungen sind so, dass dies zunehmend als nicht mehr gewertschätzte Selbstaussbeutung erlebt und dann aufgegeben wird (nicht nur, aber auch in finanzieller Hinsicht).

Freiberuflichkeit und Versorgungsplanung

Deutschland baut seine ambulante Gesundheitsversorgung traditionell auf freiberuflich tätige Gesundheitsfachberufe. Dies geschieht aus dem Gefühl heraus, dass tragende und freie zwischenmenschliche Beziehungen für eine gute Gesundheitsversorgung essentiell sind. Daher gibt es (theoretisch) das Recht einer freien Arztwahl

oder Hebammenwahl, welches sich in der Realität jedoch häufig nicht umsetzen lässt, da viele Hebammen und Ärzte ihre Kapazitätsgrenzen erreicht haben. Ein Freiberufler kann und muss sich seinen Arbeitsplatz und sein Arbeitsumfeld selber gestalten, steht persönlich für seine Leistungen und sein Versagen rechtlich und wirtschaftlich ein und sollte nach bestem fachlichen Wissen und Gewissen arbeiten. Für optimale Arbeitsergebnisse im Sinne der Patienten ist er auf Kollegialität angewiesen.

Konkurrenz unter Freiberuflern belebt einerseits das Geschäft, kann andererseits aber auch dazu führen, opportunistisch so zu handeln, dass man Patienten mehr „bindet“ als dies distanziert und selbstkritisch betrachtet für den Patienten sinnvoll erscheint. Dies gilt insbesondere bei Überversorgung. Bei Unterversorgung werden die Ergebnisse suboptimal, weil alle komplizierteren Fälle vorschnell schon aus Zeitgründen in die nächste, teurere und aufwändigere Versorgungsstruktur „abgeschoben“ werden oder Patienten gar nicht mehr im Bedarfsfall zeitnah aufgenommen werden können. Beides ist zum Nachteil des Patienten. So ist eine gut balancierte Versorgungsplanung („Bedarf“ hingegen kann man nicht planen) ein wichtiges Instrument, Stress aus dem medizinischen Alltag herauszunehmen.

Freiberufler können aber nur bedingt „verplant“ werden. Sie brauchen zuvörderst gute Bedingungen und gesellschaftliche Anerkennung, um ihr Potential auch zu entfalten. Erlebbar ist auf ihrer Seite eine zunehmende Bürokratisierung, die ein versorgungsplanerisches Pendant zur Technisierung der Geburtshilfe ist, wo Vertrauen durch vermeintlich bessere Kontrolle nicht nur ergänzt sondern manchmal auch ersetzt wird.

Spannungsfeld für leitende Klinikärzte

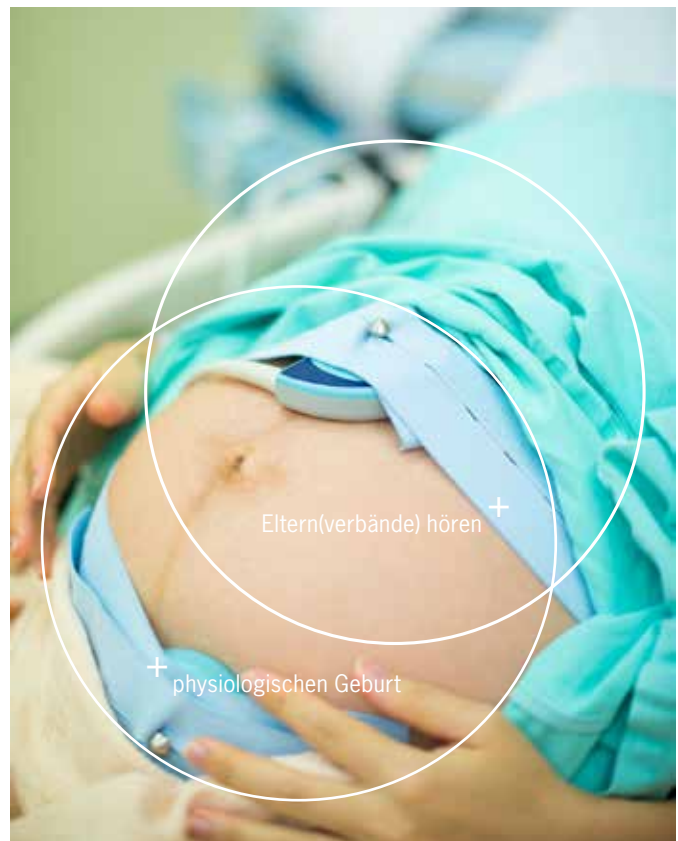
Wir leben in einer Zeit, in der „leitende Ärzte“ oft „leidende Ärzte“ genannt werden, weil sie in einem konfliktiven Feld zwischen Patientinneninteresse, Mitarbeiterinneninteresse und dem Interesse ihres Geschäftsführers balancieren müssen. Dies ist insbesondere dann spürbar, wenn wirtschaftliche Defizite die jeweilige Institution bedrohen. Einerseits ist Gesundheitsversorgung ähnlich wie Leitungswasser in unserer Gesellschaft kein frei handelbares Wirtschaftsgut. Andererseits wird sie aber politisch teilweise so behandelt.

Gesunde Schwangerschaft

Insbesondere die erste Schwangerschaft ist ein Einschnitt im Leben der (werdenden) Eltern. Es gilt, sich in der Partnerschaft neu zu finden und das Leben zwischen Beruf und Familie neu zu justieren. Aus pädiatrischer Sicht auf die werdenden Kinder freuen wir uns über eine Abstinenz von Nikotin und Alkohol, genügend Bewegung, eine maßvolle Gewichtszunahme und wenig mütterlichen Distress in der Schwangerschaft (da dieser die Wahrscheinlichkeit für Regulationsprobleme des Säuglings erhöht), eine natürliche Geburt ab der 39. SSW in ein Umfeld hinein, in dem auch die Mutter sich geborgen fühlt.

Schwangerenvorsorgeuntersuchungen sind normalerweise monatlich und ab der 32. SSW 14-tägig vorgesehen oder häufiger je nach Risikokonstellation. 2% der Schwangeren nutzten weniger als 5 Vorsorgeuntersuchungen, 42% hingegen mehr als 11.(5) Werdende Eltern werden dabei auch mit zahlreichen Optionen der Pränataldiagnostik konfrontiert und müssen entscheiden, wie sie ggf. mit einem auffälligen Befund umgehen. Einigen nützt dies, andere verunsichert es, die Schwangerschaft potentiell infrage gestellt zu sehen. Vor dem Hintergrund rasch weiterentwickelter Verfahren wird es immer komplexer, hier individuell, verständlich und nichtdirektiv so

zu beraten, dass man gleichzeitig nicht verängstigt in einer Zeit, die man früher „guter Hoffnung sein“ nannte. Grundsätzliche ethische, anthropologische und gesellschaftspolitische Fragen spielen in die Beratungen rund um vorgeburtliche Diagnostik untergründig herein. Eltern, die ein behindertes Kind auf solcher Grundlage klar annehmen können aus einem vorgeburtlichen Entschluss heraus, tun sich wesentlich leichter, es gut zu versorgen. Wenn sie dann erleben, dass sie von der Gesellschaft unangemessen alleine gelassen werden, werden sie unter anderem in Selbsthilfegruppen und Verbänden politisch aktiv. Dies ist eine Erfahrung, die Kinder- und Jugendärzte mit ihnen teilen.



Eine Hebammenversorgung kann parallel zu der ärztlichen Schwangerenvorsorge nach der Mutterschaftsrichtlinie stattfinden; gynäkologisch darf trotzdem die 01770 abgerechnet werden.(7) Wahrscheinlich schon früh (oder sogar schon vor der Schwangerschaft) prägen sich Einstellungen zum Geburtsmodus und zum Stillen möglicherweise abhängig von der Art der Beratung, die die Schwangeren bekommen. Am Institut für Frauengesundheit in Tübingen läuft hierzu derzeit eine Umfragestudie unter verschiedenen Berufsgruppen und Eltern.

Physiologische Geburt

Bei einer physiologischen Geburt werden möglichst wenige, gut begründete Interventionen durchgeführt.(6) Dies stärkt die körperliche Gesundheit und die subjektive Lebensqualität von Mutter und Kind. Hierbei hilft ein frauenzentriertes Betreuungskonzept, bei dem soziale, emotionale, körperliche, psychosoziale und kulturelle Bedürfnisse und Erwartungen der Frauen einbezogen werden und ihre Expertise anerkannt wird, eigene Entscheidungen treffen zu können.

Erleichtert wird dies durch eine kontinuierliche 1:1 Betreuung rund um die Geburt. Dies war früher in der außerklinischen Geburtshilfe die Regel und ist heute in den Abläufen eines Klinikkreißsaales zur Ausnahme geworden. Aber es entängstigt und macht so Geburten weniger traumatisch und interventionsärmer und wirkt sich positiv aus für eine tragfähige Bindung zum Kind.(8)

Entspanntes Wochenbett

Evt. Geburtsverletzungen heilen, die Mutter erholt sich, schwangerschaftsbedingte körperliche Veränderungen bilden sich zurück, Milchfluss und Stillen beginnen. Es entsteht eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind. Jede Frau, die geboren hat, hat Anspruch auf tägliche Besuche einer Hebamme in den ersten zehn Tagen nach der Geburt, weitere Hebammenbetreuung bis zum Ende der zwölften Woche nach der Geburt sowie auf zusätzliche Unterstützung bei auftretenden Problemen bis zum Ende der Stillzeit – bzw. bei Ernährungsproblemen bis zum Ende des neunten Lebensmonats. (Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach 134a SGB V vom 25.09.2015).

Zwischen Tag drei und 10 findet die U2 statt. Nicht alle Kollegen können oder wollen es sich zeitlich leisten, die U2 als Hausbesuch zu machen. Es gibt Kollegen, die die manchmal suboptimalen Untersuchungsbedingungen in den Wohnhäusern nicht schätzen (Beleuchtung etc.). Für andere Kollegen liegen hier aber wesentliche Chancen für einen Kontakt zur Familie, wie er sich in der weiteren Folge der Betreuung nicht mehr ergibt und der oft noch lange trägt. Rein wirtschaftlich muss man dies als quer zu subventionierende „Investition“ betrachten. Viele Eltern sind schon vor der Geburt



entspannter, wenn sie wissen, dass der Kinder- und Jugendarzt nach der Geburt zur U2 heim kommt.

Insbesondere Erstgeborenen führen zu einer familiär „kritischen Lebensphase“: Viele Eltern profitieren von Unterstützung, frühzeitig familiäre Rituale zu entwickeln („Doing family“). Diese sind langfristig gesundend wirksam. Auch hier gilt, dass Beratende balancieren müssen zwischen Ermutigung und Stärkung der Eigenressourcen der Familien sowie Hilfsangeboten psychologischer, medizinischer und sozialer Art. Eine gute Betreuung im Wochenbett trägt – z. B. durch die Förderung intuitiver Elternkompetenzen – wesentlich dazu bei, Probleme wie Stillschwierigkeiten, exzessives Schreien des Kindes und Überlastungen abzumildern.

Zusammenfassung

Wie oft hilft auch für eine optimale Geburtshilfe ein Denken in Gleichgewichten zwischen polaren Idealen. Eine Versorgung aus jeweils einer Hand in Zentren ginge auf Kosten der flächendeckenden Versorgung und evt. der Freiberuflichkeit mit freien persönlichen Beziehungen über einen längeren Verlauf etc.

Ein übergeordnetes Ziel müsste die Frage sein, wie man Bedingungen schaffen kann, die geeignet sind, Angst und Stress aus allen Ebenen heraus zu nehmen und das Vertrauen zu fördern in die gute Arbeit aller Beteiligten: Die Geburtsarbeit von Frau und Kind und die Arbeit der Helfenden. Juristisch einklagbare Ansprüche müssen auch mit den gesellschaftlich bereitgestellten Ressourcen im Gleichgewicht sein. Das Streben nach Vermeidung seltener aber schwerer Komplikationen kann in der Breite einen Preis haben, der für viele kleiner ist aber dennoch besteht und in der Praxis oft vergessen wird, weil er nicht so direkt erlebbar ist (z. B. erhöhte CED-Raten oder Asthmaraten etc. nach Sektio).

Die derzeitige Atemlosigkeit, die in der Geburtshilfe empfunden wird und vor der viele der Beteiligten in bequemere Nischen fliehen, hängt mit zu knappen zugeteilten Ressourcen bei gestiegenen Ansprüchen zusammen. (Ein Karotisstent bringt einer Klinik ca. soviel Ressourcenzuteilung wie 10 Geburten). In der Fläche wird genauso wie der Hebammenmangel ein Ärzteamangel am Patienten eher zunehmen, was mit anderen Rollenverständnis (siehe oben) und den Auswirkungen gekürzter Medizinstudienplätze in der Vergangenheit zu tun hat (hier hat das Land Gestaltungsspielraum) und mit der Tatsache, dass die Ansprüche an bürokratischen Aufwand und Dokumentation immer weiter steigen (Gendiagnostikgesetz, Patientenrechtegesetz, eHealth-Gesetz etc.). Im Zeitalter zunehmend sitzender Tätigkeit hinter Bildschirmen (was landespolitisch ja teilweise schon im Kindergartenalter gefördert wird, in einer Zeit, der man sich seines Körpers bemächtigen muss) wird die Souveränität weiter abnehmen, mit der Menschen körperliche Vorgänge bewältigen und diesbezügliche Ängste werden weiter zunehmen. Auch dies wird gesundheitliche Folgen haben, die unser Thema auch in Zukunft nicht einfacher machen.

Vorgeschlagene Maßnahmen

- Persönliche zwischenmenschliche Begegnungen in der Gesundheitsversorgung fördern und mit Ressourcen ausstatten.
- Hebammenberuf attraktiv machen und halten (auch wirtschaftlich).
- Die Versorgungsplanung in der ambulanten Medizin zu einer solchen machen und sich nicht von angeblichen Überversorgungen auf dem Papier blenden lassen ohne genau hinzuschauen. Auch eine Unterversorgung ist teuer.
- Vernetzungsprojekte über die Säulen der Sozialgesetzgebung hinweg fördern.
- Insbesondere auch auf Eltern(verbände) hören, hier gegebenenfalls noch eine Umfrage entwickeln/fördern/unterstützen.
- Im Schulbereich ein Bewusstsein dafür haben, dass Jugendliche irgendwann Eltern werden.

- Eine gute Technikfolgenabschätzung auch mit gesundheitswissenschaftlichem Sachverstand vornehmen, wenn es um große Digitalisierungsprojekte in der Bildung geht. Hier drohen unbeabsichtigt zukünftige Baustellen im gesundheitlichen und sozialen Bereich zu entstehen.
- Noch etwas längst Überfälliges: Tabakwerbung endlich verbieten (Gruß an Herrn Kauder). Das senkt auch die Raucherinnenrate unter den Schwangeren. Und dann überlegen, ob nicht selbiges auch für Alkoholkwerbung fällig wäre.

Till Reckert



Literatur

1. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014): Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg. http://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Download/Downloads_Publikationen/Gesundheitsleitbild_Broschuere_Web.pdf
2. Bundesministerium für Gesundheit (2017): Nationales Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf
3. Reckert T (2017): Nationales Gesundheitsziel: Rund um die Geburt. PädNetzS Info 2017/2:6–12.
4. Warkentin B (1991): Die Evolution der menschlichen Geburt: Medizinische, biologische und anthropologische Aspekte. Springer, Berlin.
5. AQUA-Institut GmbH (2015): Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2014. 16/1 - Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren. https://sqa.de/downloads/Bundesauswertungen/2014/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2014.pdf
6. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Verbund Hebammenforschung (2014): Auszug aus der abschließenden Veröffentlichung zum Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Hochschule Osnabrück, Osnabrück. https://www.hebammenforschung.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Hebammenforschung/Geburt_Auszug.pdf
7. KBV (2017): EBM-Ratgeber: Schwangerenbetreuung – Hebammenhilfe und ärztliche Betreuung. Deutsches Ärzteblatt 114(24):A-1202.
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C (2013): Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews.