

Eine gute Schwangeren-Betreuung ist die Voraussetzung für eine gesunde Geburt

Die allermeisten Geburten verlaufen noch problemlos, doch die Versorgung von Schwangeren wird immer schwieriger: Geburtskliniken schließen in großem Ausmaß, die Wege werden immer weiter und die Kliniken, die noch Geburtshilfe betreiben, kommen an ihre Personal- und Kapazitätsgrenzen. Und: Sie können in den geburtshilflichen Abteilungen kaum noch kostendeckend arbeiten.

Die ökonomische Bewertung der DRGs ist völlig veraltet und bildet die tatsächliche ökonomische Basis nicht mehr ab. Rund 3.500 Euro bekommt eine Klinik pro Geburt. Zur Deckung der Personalkosten (Fachärzte, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Labor und OP-Personal) reicht das nicht. Vor allem kleine Krankenhäuser in ländlichen Gebieten können hier nicht mithalten.

Doch eine wohnortnahe Versorgung kann lebenswichtig sein. Wenn kleine Häuser in den ländlichen Regionen aus der Geburtshilfe aussteigen müssen, ergeben sich für die werdende Mutter lange Anfahrtswege von zum Teil bis zu 45 Minuten zu einer nächsten Klinik. Für eine gute Versorgung von Mutter und Kind ist es jedoch wichtig, dass mit Beginn regelmäßiger Wehen oder nach einem Blasensprung die Herztöne des Babys regelmäßig überwacht werden. Denn je länger die Fahrt in die Klinik dauert, desto länger ist das Baby nicht überwacht und umso größer wird das Risiko für Mutter und Kind.

Geburtshilfe ist basisversorgungsrelevant

In Rheinland-Pfalz gibt es inzwischen eine Landesverordnung zum Sicherstellungszuschlag nach dem Krankenhausentgeltgesetz, mit der Finanzhilfe für kleinere Kliniken möglich ist. Voraussetzung: Die bundeseinheitliche Vorgabe für solche Zuschläge sieht vor, dass im Versorgungsgebiet einer Klinik weniger als 100 Einwohner auf einen Quadratkilometer kommen. Die rheinland-pfälzische Landesverordnung hat diese Vorgabe modifiziert und gibt vor, dass eine Bevölkerungsdichte von 200 Einwohnern je Quadratkilometer ausreichend, um den Sicherstellungszuschlag zu erhalten. Als basisversorgungsrelevant gelten auch die Fachabteilungen für Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe.

Die seit Jahren bekannte schlechte Bezahlung der Hebammen in den Kliniken ist darüber hinaus ein großes Ärgernis, weil sich hier nichts tut. Es kann nicht sein, dass eine Hebamme, die im Schichtdienst arbeitet, so wenig verdient, dass

sie sich eine Wohnung in der Nähe ihrer Klinik nicht leisten kann. Es gibt eine ganz einfache Lösung, die man sofort umsetzen könnte: Der Stundenlohn einer Hebamme wird um fünf Euro erhöht. Das wäre angemessen für die Leistung, die sie täglich erbringt. Und sie hätten auch eine Chance, ihren Lebensunterhalt mit ihrem hochqualifizierten Beruf zu bestreiten.

Ein zusätzliches Problem ist die Akademisierung der Hebammen als einziger Ausbildungsweg. Wir Frauenärztinnen und Frauenärzte zusammen mit den klinisch tätigen Hebammen haben dies immer kritisiert. Wir haben den Personalmangel in den Geburtskliniken vorausgesagt. Den dualen Weg der Hebammenausbildung - also der alte, an dem wir nichts auszusetzen hatten, und den neuen Studiengang - haben wir für richtig gehalten. Die Hebammen waren hochqualifiziert gut ausgebildet - insbesondere auch in der Praxis. Und im EU-weiten Zusammenhang hätte man den alten Weg der Hebammenausbildung auch als Bachelor-Studiengang anerkennen können, wie dies in anderen Berufszweigen auch möglich war. Wir - Hebammen aus der Klinik und Klinikärzte - haben dies aufgrund der realen Kenntnis der Kreißsäle gefordert und die jetzige Situation vorausgesagt.

Hebammenexodus wegen schlechter Bezahlung

Wer hätte denn sich vorstellen können, dass Kreißsäle komplett schließen müssen?

Alleiniger Grund: Hebammenmangel. Viele gut ausgebildete Hebammen verlassen die Klinik wegen schlechter Arbeitsbedingungen und geringe Anerkennung durch die Arbeitgeber. Das Gleiche gilt insbesondere auch für die Intensivstationen, aber auch für die gesamte Pflege. Hier müssen den in die Hände klatschenden Foren konkrete Taten folgen.

Ein weiterer Grund für die Stationsschließungen: Geburtshilfe ist teuer. Laut einer Berechnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus dem Jahr 2014 kosten rund



Foto: Adobe Stock/Zffoto

Foto: Engelmoor



Im Mutterpass sind alle wichtigen Daten der Schwangerschaft und die Untersuchungsergebnisse dokumentiert.

60 Prozent der geburtshilflichen Abteilungen mehr als sie einbringen. Erst ab 600 bis 800 Geburten pro Jahr könne eine Klinik wirtschaftlich arbeiten. Beispiel die Hunsrück Klinik in Simmern, die zur Stiftung Kreuznacher Diakonie gehört. Hier kamen im Jahr 2020 rund 500 Baby in der geburtshilflichen Abteilung zur Welt. Zu wenige, um die Abteilung kostendeckend zu betreiben, sagt die Klinik.

Hinzu kommen bei allen in der Geburtshilfe steigende Versicherungskosten insbesondere der Haftpflichtversicherung. Ein schwerwiegender Fehler während der Entbindung geschieht zwar selten, aber wenn etwas passiert, wird es meist teuer. Besonders, wenn das Kind zu Schaden kommt und ein Leben lang Ausgleichszahlungen geltend machen kann.

70.000 Euro Versicherungsprämie pro Jahr

Teuer ist die Haftpflichtversicherung auch für die niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte, die Geburtshilfe machen wollen. Zurzeit beträgt die Einstiegssumme für diese Versicherung rund 70.000 Euro pro Jahr – und es gibt aktuell auch bundesweit nur einen Anbieter. Für eine Geburt können Frauenärzte rund 300 Euro abrechnen. Das bedeutet: Pro Jahr müssen weit über 200 Geburten durchgeführt werden, um die Haftpflichtprämie zu kompensieren.

Unser oberstes Ziel ist es natürlich, dass nach der Geburt Mutter und Kind gesund und wohlauf sind. Es ist wichtig, dass neben einer schnellen Entbindungsmöglichkeit auch die Behandlung von schwerwiegenden Komplikationen möglich ist. Und gerade auch während der Pandemie ist es für die Schwangeren-Vorsorge wichtig, dass wir Ärzt*innen und Hebammen gut informiert sind, damit wir unsere Schwangeren gut betreuen können und sie beispielsweise geimpft in

die Geburt schicken können. Denn eine gute Schwangeren-Betreuung ist die Voraussetzung für eine gute und gesunde Geburt.

Seit COVID stehen auch die Schwangeren mit im Blickfeld der Pandemie. Aus Israel, den USA und England erreichen uns gut dokumentierte Studien, die eindeutig belegen, dass der Verlauf einer COVID-Erkrankung in der Schwangerschaft schlimmer verläuft als zum Beispiel bei nicht-schwangeren Frauen, die älter und kränker sind.

Corona-kranke Schwangere brauchen mehr intensivmedizinische Versorgung

Es ist eine gesellschaftliche Katastrophe, wenn eine gesunde junge Frau während ihrer Schwangerschaft schwer an COVID erkrankt und vielleicht sogar stirbt. Im Vergleich zu Nicht-Schwangeren ist sechsmal häufiger eine intensivmedizinische Betreuung der Schwangeren notwendig. Mütterliches Alter über 35 Jahren mit Vorerkrankungen zum Beispiel Hypertonus oder Diabetes stellen dabei ein 26fach erhöhtes Risiko der Gesamtmortalität, im Vergleich zu altersentsprechender niedriger Mortalität, dar. Dies sind erschreckende Ergebnisse wie die Pre-Print-Studie aus Oxford vom Juli 2021 eindrücklich belegt. 3.371 Schwangere waren in Großbritannien in stationärer Behandlung. Jede zehnte Schwangere musste intensiv medizinisch behandelt werden. Vollständig geimpft war keine Patientin. Die Autoren dieser Studie empfehlen die Impfung mit mRNA-basiertem Impfstoff.

Auch die Frühgeburtlichkeit bei erkrankten Schwangeren ist erschreckend. 39,5 Prozent der Schwangeren brauchten eine intensiv medizinische Behandlung im Vergleich zu



nicht-schwangeren Frauen, die älter und kränker waren. 85,7 Prozent der Schwangeren hatten einen kritischen Krankheitsverlauf und 66,7 Prozent sogar einen schweren Verlauf. Wegen der Verschlechterung des mütterlichen Zustandes war die Sectio-Indikation (fast allein mütterliche Indikation) in der 33. bis 35. Schwangerschaftswoche gegeben (Debold-Studie USA). Zusammenfassend war die Rate an Totgeburten erhöht. Es bestand ein 4,5fach erhöhtes Risiko, thromboembolische Erkrankungen sowie ein 80 Prozent erhöhtes Risiko, eine Praeeklampsie zu bekommen. Neugeborene wurden dreimal häufiger auf eine neonatologische Intensivstation verlegt (Hauptgrund Frühgeburtlichkeit).

Aus diesen Gründen haben die wissenschaftliche Gesellschaft DGGG und der Berufsverband der Frauenärzte schon im Mai in der Zeitschrift „Frauenarzt“ zur Impfung von Schwangeren aufgerufen.

Corona-Impfung auch für Schwangere und Stillende

Auch stillende Frauen sollen unbedingt geimpft werden - mit mRNA-Impfstoff.

Der mRNA-Impfstoff weist eine gleichwertige Antikörperbildung und ein ähnlich geringes Nebenwirkungsprofil in der Schwangerschaft wie bei nicht-schwangeren Frauen auf. Der mRNA-Impfstoff kann eine Nestimmunität hervorrufen, da impfinduzierte Antikörper in der Muttermilch nachgewiesen werden können. Die Impfung erfordert keine Stillpause oder Stillverzicht, da die mRNA-Impfstoffe nicht in der Muttermilch nachweisbar sind.

Die ständige Impfkommission hat nach Bewertung der Evidenz (17. September 2021) allen Schwangeren eine Impfung ab dem zweiten Trimenon empfohlen. Das Impfschema: BioNTech im Abstand von drei bis sechs Wochen und Moderna im Abstand von vier bis sechs Wochen. Die Datenlage bei an COVID-erkrankten Schwangeren ist erschreckend. Dies kann nur eine Konsequenz haben: möglichst alle Schwangeren und Stillenden zu impfen.

Schwangere sollen grundsätzlich als Hoch-Risiko-Gruppe betrachtet werden. Sie tragen ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe und ungünstige Schwangerschaftsergebnisse. Es gibt leider zahlreiche Fälle mit tödlichem Ausgang.

Trotz Corona ist Spontangeburt möglich

Eine Spontangeburt wird trotz COVID-19-Erkrankung empfohlen. Eine Geburtseinleitung oder ein Kaiserschnitt sollte bei einer SARS-Co-2-positiven Schwangeren nur dann durchgeführt werden, wenn sie medizinisch begründet ist. Außerdem besteht keine Kontraindikation zur Regionalanästhesie und diese sollte zu einem frühen Zeitpunkt schon in Erwägung gezogen werden.

Hintergrund ist die Tatsache, dass eine frühe Schmerzlinde- rung die Belastung von Herz und Lunge unter der Geburt reduzieren kann. Eine Trennung von erkrankter Mutter und gesunden Kind ist dann nicht erforderlich, wenn Hygieneregeln und Maßnahmen zur Vermeidung einer Virus-Übertragung eingehalten werden. Haut-zu-Haut-Kontakt zwischen Mutter und Kind soll unter Einhaltung der Hygieneregeln und -maßnahmen ermöglicht werden. Hierzu zählen Mund- und Nasenschutz und kein Schleimhäute-Kontakt wie etwa Küssen.

Und: Auch an Corona erkrankte Mütter können stillen. Das Risiko einer Übertragung von Sars-CoV-2 durch Muttermilch ist bei Einhaltung der Hygieneempfehlungen als sehr gering einzustufen. Wichtig ist eine praktische Anleitung zu den speziellen Hygieneregeln beim Stillen. Hierzu zählt neben Maßnahmen der Atemhygiene (Mund-Nasenschutz) vor allem die Reinigung von Händen, Brust und Milchpumpe. Das Abpumpen und anschließendes Füttern durch eine gesunde Betreuungsperson zum Beispiel bei räumlicher Trennung ist eine mögliche Alternative. Neben den bekannten Vorteilen des Stillens ist ein möglicher passiver Immunschutz denkbar.

Literatur bei den Autoren



San.-Rat Dr. Werner Harlfinger
stellvertretender Landes-
vorsitzender des Berufs-
verbandes der Frauenärzte
Rheinland-Pfalz



Dr. Rüdiger Gaase
Landesvorsitzender des
Berufsverbandes der
Frauenärzte Rheinland-
Pfalz

Fotos: KV RLP

Veränderte Kreißsaallandschaften fordern stationäre Geburtshilfe heraus

Die geburtshilfliche Versorgung hat insbesondere im stationären Bereich in den vergangenen Jahren einen tiefgreifenden Wandel erlebt, der auch an Rheinland-Pfalz nicht vorbeigegangen ist. Die veränderten Bedingungen der stationären Geburtshilfe haben zum einen mit soziodemografischen, zum anderen aber auch mit strukturellen Faktoren zu tun: Während seit dem Wendejahr 1990 deutschlandweit mehr als anderthalb Jahrzehnte die Geburtenzahlen zurückgingen, erleben wir seit einer guten Dekade wieder einen Anstieg der Geburten. Auf Rheinland-Pfalz bezogen stiegen die Geburten von 31.574 im Jahr 2010 auf 37.632 im Jahr 2020. Das entspricht einer Steigerung der Geburtenrate um 19 Prozent.

Gleichzeitig zeigte sich auf der strukturellen Ebene ein gegenläufiger Effekt, da die Veränderung der Kliniklandschaft („Kliniksterben“) in ganz besonderem Maße die Kreißsäle unseres Bundeslandes betraf. Seit 2008 schlossen in Rheinland-Pfalz vierzehn geburtshilfliche Haupt- und Belegabteilungen (Cochem 2008, Worms (Hochstift) 2010, Landau 2014, Boppard, Nastätten 2012, Saarburg, Gerolstein, Hermeskeil 2013, Lahnstein, Trier (Elisabeth-Krankenhaus), Diez, Traben-Trarbach 2015, Bingen 2017, Daun 2018).

In der bundesweiten Diskussion wurde durchaus auch auf die positiven Effekte einer Zentralisierung in Bezug auf die geburtshilfliche Versorgungsqualität hingewiesen. Trotzdem steht das Schließen der kleineren Kreißsäle in einem recht dünn besiedelten Bundesland wie Rheinland-Pfalz die werdenden Eltern vor erhebliche Herausforderungen. Insbesondere im zentralen Rheinland-Pfalz verlängern sich die Anfahrtswege erheblich. Dies führte gerade nach der letzten Kreißsaalschließung in Daun zu erheblicher medialer Diskussion.



Foto: Adobe Stock/Jasmin Merdan

Verlegungen, Abweisungen und überfüllte Kreißsäle

Inzwischen hat sich der Fokus verschoben und rückt die Schwierigkeiten in größeren geburtshilflichen Zentren des Landes zunehmend in den Mittelpunkt. Die veränderte Kreißsaallandschaft führt hier zu einem Zuwachs an Geburten, und dies zunehmend unter dem Vorzeichen einer knappen personellen Situation. Eigentlich, so sollte man erwarten, könnte die Geburtshilfe des Landes mit insgesamt elf Perinatalzentren der Level 1 und 2, darunter einem universitären Zentrum, alles abdecken, was das Spektrum der heutigen Geburtshilfe und Perinatalmedizin verlangt. Aber die Realität sieht anders aus: Verlegungen von werdenden Müttern, Abweisungen von angemeldeten Schwangeren und überfüllte Kreißsäle gehören zum Bild der geburtshilflichen Realität.

Als das IGES-Institut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 2019 die Situation der stationären Hebammenversorgung begutachtete, gaben ein Drittel der befragten Kliniken an, regelmäßig Schwangere abgewiesen zu haben. Rheinland-Pfalz stellt dabei gegenüber der bundesweiten Situation sicherlich keine Ausnahme dar.



Foto: Adobe Stock/Kati Finell



Selbige Studie zeigte, dass es über vierzig Prozent der befragten Kliniken nicht zeitnah gelang, unbesetzte Hebammenstellen nachzubetzen. Erwartbar wird sich die personelle Situation auf Hebammenseite nicht so schnell entspannen, waren doch im Untersuchungszeitraum dreißig Prozent der stationär tätigen Hebammen über 50 Jahre alt.

Personalmangel macht zu schaffen

Die personelle Problematik wird nicht auf den Berufsstand der Hebammen beschränkt bleiben, gerade im Bereich der Neugeborenenmedizin machen sich analoge Entwicklungen bemerkbar. Überbelegung auf neonatologischen Intensivstationen und Verlegungen von Schwangeren „at risk“ (getreu dem Grundsatz: lieber intrauterin als extrauterin Verlegen) sind die Folge. Dies kann sich durchaus in der Verlegung von Schwangeren mit drohender Frühgeburt über hundert Kilometer hinaus äußern; leicht vorstellbar eine alles andere als wünschenswerte Situation.

Natürlich betreffen Nachwuchssorgen auch geburtshilflich tätige Ärztinnen und Ärzte - nicht überraschend wird die Stellenbesetzung im ärztlichen Dienst schwieriger, je weiter man sich von den urbanen Ballungszentren wegbewegt.

Wer nun hofft, die demografische Entwicklung möge zur Entspannung der Situation der rheinland-pfälzischen Geburtskliniken beitragen - schließlich prognostiziert die IGES für Rheinland-Pfalz bis 2030 einen Geburtenrückgang um neun Prozent gegenüber 2017 -, der sitzt leicht einem Denkfehler auf, denn auch mit diesem Rückgang läge die Geburtenrate immer noch zehn Prozent über dem Level der 2010er Jahre, der Hochphase der Klinikschließungen in Rheinland-Pfalz.

Höchste Zeit also, aktiv zu werden und zumindest zu versuchen, in den vergangenen Jahren Versäumtes wieder wettzumachen. Dazu zählt:

- dem Patientenzuwachs und dem veränderten Versorgungsprofil gerade der geburtshilflich-perinologischen Zentren im Hinblick auf die personelle Ausstattung endlich gerecht zu werden,
- sich aktiv mit dem Prozess der Akademisierung des Hebammenberufes auseinanderzusetzen und Anreize für die kommende, akademisch ausgebildete Hebammen-Generation zu schaffen, ihr Herzblut in die stationäre Geburtshilfe zu investieren,
- die Geburtshilfe, auch im Hinblick auf Arbeitszeitmodelle, für Ärztinnen und Ärzte attraktiver zu machen,
- Bewusstsein für die Wichtigkeit hochwertiger pädiatrisch-neonatalogischer Versorgung zu schaffen.

Der steinige Weg der Aufrechterhaltung qualifizierter stationärer Geburtshilfe muss gegangen werden, und das nicht nur, weil uns das Fach der Geburtshilfe am Herzen liegt, sondern in erster Linie, weil wir es den werdenden Eltern und dem Wohlergehen der Kinder schuldig sind.



Autor
Dr. Joscha Steetskamp
Oberarzt / Bereichsleitung Geburtshilfe
Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und
Frauengesundheit
Universitätsmedizin Mainz

Foto: Thomas Boehm/Universitätsmedizin Mainz

Hebammenhilfe und Geburtshilfe in Rheinland-Pfalz – eine Bestandsaufnahme

Seit 2009 sank die Zahl der Geburtskliniken in Rheinland-Pfalz von 52 auf 29 Standorte. Zeitgleich stieg die Geburtenzahl um 25 Prozent auf 37.632 im Jahr 2020. Auch ambulante Leistungen (Abklären akuter Beschwerden, CTG-Kontrollen an Sonn- und Feiertagen) finden in der Klinik statt. Im ländlichen Raum dauert die Fahrt zur nächsten Geburtsklinik mitunter über 40 Minuten.

Wenn die Geburtsklinik schließt, steigt die Nachfrage nach Geburtshilfeleistungen anderorts; oft ohne zeitnahe Anpassung von Personal und Raum. Die problematischen Arbeits- und Betreuungsbedingungen der Geburtshilfestationen verschärfen sich. Die hohe Arbeitsbelastung ist ein Rekrutierungshindernis, um freie Hebammenstellen zu besetzen. Insgesamt sind 18 Prozent der freien Stellen unbesetzt.

Schließt eine Geburtsklinik, tönt der Ruf nach einem Geburtshaus (HGE). Im Jahr 2019 kamen in Rheinland-Pfalz 3,5 Prozent der Kinder zuhause oder in einem der fünf HGE zur Welt. Berichte der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe zeigen, dass bundesweit etwa 90 Prozent der HGE im Zehn-Kilometer-Radius zur nächsten Geburtsklinik stehen. Notfallmäßige Verlegung ist ein Grund. Je weiter die nächste Klinik entfernt liegt, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, eine HGE zu finden. Im Nordwesten von Rheinland-Pfalz gibt es beispielsweise gar keine HGE.

In den vergangenen 20 Jahren sank die postpartale klinische Verweildauer bundesweit von sechs auf durchschnittlich drei Tage. Nur bei geregelter, insbesondere häuslicher Wochenbettbetreuung durch Hebammen werden gesundheitliche Probleme (Mastitis, Ikterus neonatorum und vieles mehr) frühzeitig aufgefangen. Neben medizinischen und psychosozialen Aspekten bieten Hebammenleistungen ein großes Spektrum professioneller Beratung. Doch die Bedarfe für diese Gesundheitsleistungen können aufgrund des Hebammenmangels nicht überall gedeckt werden.

In den betroffenen Regionen sollen Hebammenzentralen die Vermittlung von ambulanten Hebammenhilfeleistungen unterstützen. Sie bieten Raum und Hebammen unter anderem für die Akutbetreuung. So entstanden in Trier und der Eifel um 2019 die ersten Hebammenzentralen in Rheinland-Pfalz. In Mainz steht die Gründung einer solchen bevor. Im Hunsrück gründete die Kreuzbacher Diakonie wegen des Hebammenmangels das Projekt „Telehebamme“. Hier werden Frauen per Videositzung beraten.

Der Hebammenmangel ist in allen Leistungsbereichen deutlich zu spüren. In Rheinland-Pfalz wurde er im „Branchenmonitoring Gesundheitsberufe 2016“ sichtbar. Nicht einbezogen in die Erhebung waren die Mehrbedarfe zur Erfüllung des neuen Hebammengesetzes: Lehre und Wissenschaft benötigten Hebammen in Praxisanleitung und Hochschule.

Hebammenhilfe und Geburtshilfe sind wichtige Gesundheitsleistungen. Sie müssen gut erreichbar sein. Die kostendeckende Finanzierung zum Erhalt der Geburtskliniken und ausreichend Studienplätze zur Sicherung des Hebammenbedarfes sind dringend nötig.

Literatur bei der Autorin

Hebammenhilfe und Geburtshilfe sind wichtige Gesundheitsleistungen. Sie müssen gut erreichbar sein. Die kostendeckende Finanzierung zum Erhalt der Geburtskliniken und ausreichend Studienplätze zur Sicherung des Hebammenbedarfes sind dringend nötig.



Foto: privat

Ingrid Mollnar
Vorsitzende Hebammenlandesverband
Rheinland-Pfalz

Toni von der Tankstelle

Illustrationen: Adobe Stock/hisa-nishiya

Man schreibt den 5. November 2021, und es geschehen noch Zeichen und Wunder: Endlich mal ein positives Signal für Belegärzte und Belegkliniken! Dieses Signal kommt nicht aus irgendwelchen Niederungen oder dubiosen Quellen. Nein: Die 94. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat mit 16 zu 0 Landesgesundheitsministerstimmen ein Vier-Punkte-Papier zur Stärkung der belegärztlichen Versorgung beschlossen.

Die Initiative kam aus Bayern - traditionsgemäß das Bundesland mit dem höchsten Anteil an Belegärztinnen und -ärzten. Das Papier schließt mit dem Satz: „Die GMK bittet das BMG zu prüfen, ob die Rahmenbedingungen des Belegarztwesens ... verbessert werden können.“

Für die Matadoren des Bundesverbandes der Belegärzte und Belegkliniken ist dies nach Jahrzehnten des Kampfes endlich ein unverhohlenen und einstimmiges Signal, ein Etappensieg auf einem noch weiten Weg: zunächst die Hoffnung auf die Koalitionsverhandlungen und danach die Hoffnung auf die dringend notwendige, zeitnahe Umsetzung in praktische Gesundheitspolitik.

Dass keine Zeit bleibt, zeigt sich eindrücklich am Beispiel der Geburtshilfe: Hier hat man das Kind bereits mit dem Bade ausgeschüttet und die wohnortnahe Basisversorgung an vielen Stellen zerstört.

Wenn Mami weit fahren muss

In der Ärztezeitung vom 26. Januar 2019 hieß es mit Blick auf Rheinland-Pfalz noch: „Wenn Mami weit fahren muss“. Es folgte ein langer Beitrag über den geburtshilflichen Versorgungsnotstand in der Vulkaneifel nach ansatzloser Schließung der letzten dort verfügbaren Geburtsabteilung in Daun - ein Beschluss der Klinikadministration, nicht etwa der dortigen Belegärzte oder Hebammen. In dieser bundesweiten Publikation wurde dies zum Anlass genommen, darauf hinzuweisen, dass die Situation in der Eifel nur einen von vielen bundesweiten Brennpunkten darstellt und dass die geburtshilfliche Versorgung nicht nur in ländlichen Gebieten, sondern ebenso in urbanen Zusammenhängen bis hin zur Hauptstadt bedrohliche Engpässe aufweist.

Nach diesem warnenden Artikel vergingen nur neun Monate, bis Tonis Mama Christine Müller den Weg von ihrem nahe Daun gelegenen Wohnort bis ins entfernten Bitburg nicht mehr geschafft hat. So kam es zu einer qualitätsgesicherten Geburtshilfe durch den Ehemann, der geistesgegenwärtig

von unterwegs noch die 112 ausgelöst hatte und den Treffpunkt Tankstelle vereinbaren konnte. Christine Müller erzählt im Beitrag der SWR-Landesschau Rheinland-Pfalz vom 29. September 2019 freimütig, welche Ängste man aussteht - besonders wenn die erste Geburt ein Notkaiserschnitt war und wenn das Dritte nach der Entbindung von allein nicht atmen wollte und ärztlicher Unterstützung bedurfte. Das Glück war Familie Müller hold, Papi hat die Nerven behalten und der Beifahrersitz musste unfreiwillig zum Gebärhocker mutieren: Toni hat gleich kräftig Laut gegeben!

Als Kommentar zur Lage der Geburtskliniken in Rheinland-Pfalz hieß es in der Rhein-Zeitung im April des Jahres: „Geburt braucht überall die gleichen Chancen.“ Diese Forderung gilt es bundesweit auszudehnen. Dies hat sich der gemeinnützige Verein Mother Hood e.V. auf seine Fahnen geschrieben und fordert im Interesse der werdenden Eltern einen ganzen Katalog von Maßnahmen ein, um flächendeckend die geburtshilfliche Versorgung zu stärken - neben einem strukturierten Notfallmanagement unter Einbeziehung der Hebammen auch durch eine neue und vertiefte Verankerung im Grundgesetz.

Hohe Haftpflichtversicherung ist K.-o.-Kriterium

Der Autor - selbst betroffen von der Schließung einer belegärztlichen Geburtshilfe - hat die Lage 2015 in einem längeren Beitrag analysiert und in Abstimmung mit dem Bundesverband der Belegärzte (BdB) Lösungsvorschläge unterbreitet. Einer der wichtigsten Aspekte aus der damaligen Zusammenstellung und einer der Punkte, warum es gerade die Geburtshilfe im Unterschied zu anderen Bereichen so markant und zeitnah zerschmettert, ist: Die astronomischen Haftpflichtversicherungssummen machen eine kleine, wohnortnah betriebene Geburtshilfe schlechterdings unmöglich. Dies gilt besonders für Belegärzte und freiberuflich tätige Hebammen, weil hier wettbewerbsverzerrend jede einzelne Person einen individuellen Versicherungsbeitrag zahlen muss. In Summe exorbitant mehr als die Versicherung eines Kreißsaales anhand der Geburtenzahl. Dennoch stoßen auch Hauptabteilungen selbst in großen Kliniken hier an finanzielle Grenzen. Manche Städte als Träger von Kliniken sollen hier die Versicherung schlichtweg gekündigt haben und regeln den etwaigen Schadensfall selbst über den kommunalen Schadensausgleich.

Funktionierende Geburtshilfe ist so wichtig wie Impfen

Der Lösungsvorschlag des Verbandes: Eine funktionierende Geburtshilfe ist für unser Gemeinwesen ebenso essenziell und unverzichtbar wie das Impfen. Das Impfen hat man aus dem Versorgungsbereich der Haftpflichtversicherer herausgenommen und hier mit dem Ziel, Hindernisse aus dem Weg zu räumen, die eine gewünschte Durchimpfung der

Bevölkerung stören könnten, eine bundesweite Regulierung gesetzlich verankert. Wir fordern eine analoge Regelung für alle Leistungserbringer in der Geburtshilfe.

Die zeitnahe Umsetzung dieses Vorschlages in praktische Gesundheitspolitik ist nicht die einzige Maßnahme, die wir zur Rettung der Versorgung und Sicherheit in der Geburtshilfe ergreifen müssen. Ohne eine solche Regelung werden alle anderen Projekte ins Leere laufen, da sprichwörtlich keine Akteure im System verbleiben können, welche die Kraft noch auf die Straße bringen können.

Auf dem Bundeskongress der Frauenärztinnen und Frauenärzte im Oktober 2018 in Berlin hat der Autor zu belegärztlichen Themen moderiert. Bei einer Diskussion trug ein älterer Kollege das Argument vor, junge Ärzte wollten sich ohnehin nicht mehr solche zeitintensiven Aufgaben wie belegärztliche Tätigkeit aufladen und mit der zunehmenden Übernahme des Fachgebietes durch Ärztinnen sei ja nun alles zu Ende. Daraufhin erhob sich eine junge Kollegin, Ärztin und Mutter aus Nord-Hessen. Sie schilderte: Ganz im Gegenteil habe sie sich aktiv gegen die Oberarztstelle im weiter entfernt gelegenen Großklinikum entschieden und eine wohnortnahe Belegarztstelle besetzt. Durch geschickte Maßnahmen in der Familie und dienstliche Absprachen mit den Kollegen sei dies problemlos auch für sie mit den drei Negativkriterien jung, weiblich und Mutter realisierbar und deutlich befriedigender als der unpersönliche Umgang in der „Gesundheitsfabrik“.

Belegärzte leisten integrierte Versorgung

Für alle noch einmal zur Verdeutlichung: Belegärzte leisten durch entsprechende gesetzliche Grundlagen bereits seit den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts definitionsgemäß und mühelos eine integrierte Versorgung über die Sektorengrenze ambulant/ stationär hinweg und können ihren Patientinnen und Patienten so eine unvergleichliche Rundumbetreuung anbieten.

Aus eigener jahrzehntelanger ärztlicher Tätigkeit sowohl in einer Hauptabteilung als auch später in einer Belegklinik kann ich nur bestätigen, dass dies auch für mich als Leistungserbringer deutlich befriedigender ist als die immer nur punktuelle Auftragserfüllung in den anderen Versorgungsformen. Man macht beispielsweise den Brustultraschall, punktiert/stanzt den Tumor, erklärt der Patientin ihre Krebserkrankung, operiert, kümmert sich um die weitere Behandlung, führt eine etwaige Chemotherapie durch und begleitet die Patientin über Jahre in der Nachsorge. Solche Abläufe haben viele Vorteile für die Patienten: keine Informationsverluste durch ständige Behandlerwechsel, keine unnötigen Doppeluntersuchungen und Vertrauen, welches sich auf die langjährige Verbundenheit gründen kann.

Belegärztliche Geburtshilfe ist nachhaltig

Nach vielen Irrungen und Wirrungen scheint man nun auch auf politischer Ebene wieder die Nachhaltigkeit dieser gesetzlich so tief und gut verankerten Versorgungsform zu erkennen.

Für die Zukunft gilt - auch in den übrigen belegärztlichen Disziplinen: Ärztlichen Nachwuchts für die wohnortnahe ärztliche Versorgung besonders im ländlichen Raum bindet man nur durch eine langfristige organisatorische und ökonomische Sicherstellung (wie sie im Belegarztwesen in der Vergangenheit über Jahrzehnte gelungen war) verbunden mit einer neuen Plastizität besonders auf Seiten der Landes-KVen, um Hindernisse zu beseitigen, welche Teilzeitregelungen erschweren, welche die junge Generation nun einmal einfordert.

Im Fall der Geburtshilfe ist - auch in Rheinland-Pfalz - der gordische Knoten doppelt dick.

Am deutschen Eck in Koblenz steht nach einer Pause von 1945 bis 1993 wieder eine Statue von Kaiser Wilhelm I. Er trieb die Einheit Deutschlands in seiner Zeit voran und führte sie zum Erfolg.

Vielleicht gelingt ja Rheinland-Pfalz eine Initiative mit Bundeswirkung, um diesen dicken gordischen Knoten mit geschichtsträchtigem Hieb zu durchtrennen, damit Toni von der Tankstelle nicht zur Blaupause wird und wir uns nicht auf eine ganze Gang mit Biggi vom Baumarktparkplatz und Karl von der Kreuzung und weiteren derartigen Geburtsortskumpels einstellen müssen.

Literatur beim Autor



Foto: privat

Dr. Peter Heß-Erdmann
Viele Jahre lang belegärztlich tätiger Frauenarzt
und bis 12/21 Vorstandsmitglied im Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser

Geburten- und Fehlbildungsregister in Deutschland: 25 Jahre Mainzer Modell



Foto: Adobe Stock/Idiia

Angeborene Fehlbildungen und ihre Folgen sind ein wesentliches Problem der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und die Güte ihrer Erfassung und Behandlung ist ein Indikator für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die jährliche Prävalenz für alle Fehlbildungen liegt quantitativ im Bereich der häufigsten Krebsneuerkrankungen. Bis zu etwa einem Drittel der Fehlbildungen sind schwer und teilweise mit dem Leben nicht zu vereinbaren, bei etwa einem Drittel der Kinder ist das Leben mit einer mehr oder minder ausgeprägten Einschränkung verbunden und beim letzten Drittel „verwachsen“ sich die Fehlbildungen im Verlauf (Beispiel: VSD). Die Ursachen für angeborene Fehlbildungen sind etwa zur Hälfte bekannt und verteilen sich in multifaktoriell (etwa 20 Prozent), Einzelgendefekte (10 bis 20 Prozent), chromosomale Defekte (10-15 Prozent), Folgen angeborener Infektionen (2 bis 5 Prozent) sowie physikalische, chemische Noxen, Medikamente-Einnahme in der Schwangerschaft, berufsspezifische Risiken und mütterliche Erkrankungen (zum Beispiel Diabetes mellitus) mit 50 bis 60 Prozent.

Geburtenkohorte MaMo; 1990-2015		
	n	%
Gesamterfassung	96.918	100
Davon populationsbezogen	84.904	87,6
25 Jahre- Kollektiv 1991-1995	81.491	100
↳ Lebendgeborene	80.203	98,4
↳ Totgeborene	391	0,5
↳ Spontanaborte >15.SSW	482	0,6
↳ Induzierte Aborte	413	0,5

Tabelle 1

Bei der Fehlbildungserfassung ist das Berechnen der Basishäufigkeiten die primäre Aufgabe, um bei einem Verdacht auf Veränderungen valide Vergleichswerte zu haben. Folgen bekannter teratogener Medikamente (Contergan, Vitamin A-Säure) aber auch vorher ungekannte Risiken wie 1990 Tschernobyl oder invasive künstliche Befruchtungsmethoden seit den 90er Jahren und nicht zuletzt vor wenigen Jahren die ZiKa-Infektion sowie Ende 2019 das vermehrte lokale Auftreten von Reduktionsfehlbildungen der Hand. Es könnten auch die möglichen Folgen einer SARS-COV-2-Infektion oder Impfungen in der Schwangerschaft wissenschaftlich aufgearbeitet und Strategien für die Zukunft entwickelt werden. In aktiven Erfassungssystemen - wie dem Geburtenregister Mainzer Modell (MaMo) - werden bei 5 bis 7 Prozent aller Neugeborenen und in passiven Meldesystemen zumeist 2 bis 4 Prozent große Fehlbildungen diagnostiziert, darunter auch die eher seltenen Reduktionsfehlbildungen der oberen Extremitäten mit einer Prävalenz von 7/10.000 Kindern, wie sie exemplarisch als Verdachtshäufung 2019 in Buer (NRW) und zuvor schon in Frankreich aufgefallen sind.

Letztendlich kann ein Register, wenn es Basisdaten zu Risiken erhebt, Hypothesen generieren. Diese können, wenn eine Vergleichsgruppe miterfasst wurde, auch direkt quantifiziert und in gezielten Anschlussstudien einfacher überprüft werden. Voraussetzung für diese kontinuierliche, standardisierte Erfassung ist, dass in Genetik und Neonatologie erfahrene Untersucher für diese Aufgabe einheitlich vorbereitet und trainiert wurden.

Basiszahlen aus 25 Jahren MaMo

Das MaMo wurde 1990, nach der „Tschernobyl Katastrophe“, zur Erfassung von Fehlbildungen, bei sehr gut abzuschätzendem Populationsbezug, initiiert. Die primäre Aufgabe war Basishäufigkeiten zu berechnen, die als Ausgangszahlen für die Evaluierung von überzufälligen Häufungen und gegebenenfalls zur Identifikation möglicher Ursachen dienen können. Bis 2016 wurden Daten von nahezu 100.000 Kinder/Feten erhoben. (Tabelle 1)

Alle in den Mainzer Geburtskliniken geborenen Kinder mit und ohne Fehlbildungen wurden bis 2016 standardisiert von speziell qualifizierten Ärzten untersucht. Der Populationsbezug liegt bei > 95 Prozent. (Tabellen 2, 3) Weiterhin ist es wichtig, ob eine einzelne Fehlbildung oder mehrere, gegebenenfalls kombiniert mit kleinen morphogenetischen Defekten (zum Beispiel 4-Finger-Furche), vorliegen. Diese können dem geübten Untersucher Hinweise auf Fehlentwicklungen, die Einwirkung exogener Noxen oder syndromale Hintergründe geben. Sogenannte Mehrfachfehlbildungen bedürfen zur eindeutigen Einordnung einer besonderen Expertise und Kodierung.

Durch die Erfassung aller Neugeborenen können die nicht fehlgebildeten Kinder und deren Angaben als Vergleichsgruppe dienen. Dies ist ein Vorteil gegenüber reinen Fehlbildungsregistern. Bei regelmäßigen Routineanalysen können Trends und Häufungen der Fehlbildungen und Risikofaktoren, über einer Minimalschwelle, statistisch im Vergleich zum relevanten Zeitpunkt/Ort oder auch über die Zeit, ermittelt werden. (Tabelle 4) Die OR (Odds Ratio) ist der Risikoschätzer. Eine 1 bedeutet gleiches Risiko, 1,5 entspricht einer Erhöhung von 50 Prozent, 0,5 einem protektiven Effekt von 50 Prozent. Statistische Signifikanz ist gegeben, wenn die 1,0 nicht im 95 Prozent Konfidenzintervall liegt.

Fehlbildungsprävalenzen der Organkategorien; MaMo 1991-2015; n=81.491

Organkategorie	Prävalenz / 10.000	Häufigste FB der Kategorie
Muskel- und Skelettsystem	173	Hüftdysplasie, Klumpfuß
Internes Urogenitalsystem	153	Harntransportstörungen
Kardiovaskuläres System	118	VSD
Chromosomale Aberrationen	60	Trisomie 21

Tabelle 2

Prävalenzen der häufigsten Fehlbildungen; MaMo 1991-2015; n=81.491

Fehlbildung	n	Prävalenz / 10.000
Ventrikelseptumdefekt (VSD)	570	70
Hüftdysplasie	347	43
Hypospadie	305	37
Down-Syndrom	253	31
Megaureter	189	23
Klumpfuß	185	23
Uretero-Pelvine-Stenose	184	23
Vesico-Uretraler-Reflux	181	22
Atriumseptumdefekt (ASD)	158	19

Tabelle 3

Risikofaktoren (Auswahl) und Effektstärke auf die Gesamt-FB Prävalenz im MaMo

	Odds Ratio	95%- Konfidenzintervall
Konsanguinität der Eltern	2,7	2,0 – 3,7
Mütterliche Antiepileptikaeinnahme	2,6	1,5 – 4,4
Mütterliche Sympathomimetikaeinnahme	2,2	1,1 – 4,4
Mütterlicher Alkoholabusus	2,0	1,1 – 3,9
Kinderwunschbehandlung: ICSI (Ja)	1,8	1,4 – 2,4
Mütterlicher Diabetes mellitus	1,5	1,1 – 2,3
Mütterliches Alter (≥ 35 Jahre) *	1,1	1,0 – 1,2

* für die Diagnose Trisomie 21: OR 2,1 (KI-Intervall 1,1-4,2).

Tabelle 4

Anamnestische und demografisch relevante Parameter im MaMo; 1991-2015										
Jahre N	1991-1995 17.809		1996-2000 15.228		2001-2005 15.901		2006-2010 16.185		2011-2015 16.362	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mutter/Schwangerschaft										
Alter ≥ 35 J.	1.945	10,9	2.508	16,5	3.448	21,7	4.273	26,4	4.334	26,5
Migrationshintergrund	3.794	21,3	3.830	25,2	4.840	30,4	5.028	31,1	5.217	31,9
Gestationsdiabetes	54	0,3	179	1,2	735	4,6	1270	7,8	1521	9,3
Diabetes mellitus	79	0,4	62	0,4	51	0,3	68	0,4	99	0,6
Dauermedikation ¹	903	5,1	922	6,1	1.168	7,3	1.771	10,1	3.157	19,3
Adipositas (BMI ≥30)	818	4,6	646	4,2	1353	8,5	1635	10,1	1797	11,0
Rauchen	2.866	16,1	2.471	16,2	2.633	16,5	1.776	11,0	1.287	7,8
Kaiserschnittentbindung	3.484	19,6	3.534	23,2	4.840	30,4	5.177	32,0	4.850	29,7

¹ Medikamenteneinnahme vor und während der Schwangerschaft
Tabelle 5

In dem Datensatz der Mainzer Geburtenkohorte werden nicht nur Fehlbildungen als Zielgröße verwendet, vielmehr lassen sich Veränderungen der Demografie sowie der Therapie und medizinische Methoden, auch der „Zeitgeist“, gut abbilden. Zunahme mütterlichen Alters, des Schwangerschaftsdiabetes, des Wunschkaiserschnitts, aber auch neuer Medikamente wie zum Beispiel Psychopharmaka (aktuelles Projekt). (Tabelle 5)

Deutschland, Europa und die Welt

In Deutschland ergänzen sich die MaMo-Angaben mit denen des Fehlbildungsmonitorings Sachsen-Anhalt an der Universitätsklinik Magdeburg, das aus dem gesamten Bundesland (rund 18.000 Geburten im Jahr) Kinder mit Fehlbildungen gemeldet bekommt und in der Magdeburger Universitätsklinik erfasst. Auch das FB-SA meldet an EUROCAT (European Registration on Congenital Anomalies and Twins) und auch an ICBDMs (International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring System).

Die allermeisten Länder in Europa haben regionale Register, Ausnahme ist Skandinavien, wo insgesamt alle Gesundheitsdaten auf hohem Niveau registriert werden, aber nur kumuliert weitergegeben werden dürfen. EUROCAT sammelt seit 1979 standardisiert die Daten der teilnehmenden Register, die die Mindest-Qualitätskriterien erfüllen. Eine ICD-10 Verschlüsselung ist heute bei EUROCAT gegeben, wobei der Umgang mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Diagnosen eine Herausforderung auch aufgrund der anderen Ausrichtung darstellt. Heute sind bei EUROCAT 77 Register zusammengeschlossen, die meist als passive Erfassung zwischen 0,5 und 100 Prozent der Kinder mit Fehlbildungen eines Landes überblicken. Bei bekannter Erhebungshetero-

genität werden gemeinsam (Datenbankzentrum der Europäischen Union in ISPRA, Italien) die Datensammlung und Analysen der Register durchgeführt. Jährlich werden Trends und Cluster auch auf Registerniveau, aber auch politische und inhaltliche Ausrichtungen für die nahe Zukunft diskutiert. Leider lassen die unterschiedlichen Erhebungen zusammenfassende Analysen nur eingeschränkt beziehungsweise mit großem mathematischem Aufwand zu. Oft werden zum Beispiel Herzfehlbildungen mit genetisch bekannten Syndromen verglichen, wenn es beispielsweise um das Risiko eines Medikamentes geht.

Auch die WHO unterstützt mit ICBDMs ein „Register von Registern“, welches weltweit Daten sammelt. Allerdings werden wegen der dort noch fulminanteren Heterogenität „nur“ definierte Indikatorfehlbildungen verglichen. Somit kann es als Qualitätskontrolle dienen, jedoch nur eingeschränkt bei der Fahndung nach neuen Faktoren helfen.

Beispiel Handfehlbildungen

Das Beispiel Handfehlbildungen und der „wiederkehrende“ Wunsch nach einer einheitlichen wissenschaftlichen Registrierung von Fehlbildungen in Deutschland: Durch die in einem kurzen Zeitraum dokumentierten drei Fälle von Handfehlbildungen ist regional in der Öffentlichkeit durch Beobachtungen einer Hebamme ein „Alarm“ ausgelöst worden, dies ist auch - wie schon damals bei Contergan - überaus wichtig und richtig. Zunächst sollte eine Häufung klar verifiziert werden, bevor als nächster Schritt mögliche exogene Ursachen untersucht werden. Wissenswert ist, dass es bis 1993 in Deutschland eine gesetzliche Meldepflicht gab, die - im Vergleich mit dem Mainzer Modell - aufgrund der geringen Anzahl an Meldungen (Untererfassung) und fehlender Standardisierung eingestellt wurde.

Gibt es ein bundesweit einheitliches Register für Fehlbildungen?

Aufgabe der Gesundheitspolitik ist unter anderem, die Bevölkerung über Basisversorgung und Präventionsprogramme zu informieren, die explizit der Vorbeugung von Erkrankungen dienen. Hier sind am bekanntesten Impfprogramme und auch das Vermeiden von Kanzerogenen zu nennen. Im Bereich der Fehlbildungs-Forschung führt die Folsäureprophylaxe zur primären Prävention von Neuralrohrdefekten (Spina bifida). Das postnatale Neugeborenen-Stoffwechsel-Screening, das Ultraschall-Hüftscreening und das Hörscreening sind Beispiele für die Vermeidung/Eingrenzung von Folgeschäden. Deutschland hat eine überdurchschnittliche, flächendeckende Qualität in der medizinischen Versorgung, welche schon in der Begleitung der Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenen sichtbar ist. Auch hat Deutschland eine besondere Geschichte, welche zu hohen ethisch-moralischen Ansprüchen geführt hat. Deutschland muss - wie nahezu alle Europäischen Länder - gerüstet und vorbereitet sein, in Zeiten voraussichtlich zunehmender Einflüsse aus der Umwelt (zum Beispiel Mikro-Plastik, etc.) Teil des europäischen Datenpools zu sein, um dieser gemeinsamen Aufgabe und Fragestellungen nachgehen zu können. Verdachtsmomente müssen bestätigt und eingegrenzt werden, so dass mögliche Noxen schnellstmöglich und quantifizierbar identifiziert oder eben der Verdacht ausgeräumt werden können.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zu diesem Zwecke 2020 eine Arbeitsgruppe „Erhebung von Fehlbildungen bei Neugeborenen“ einberufen. Dies soll die Wichtigkeit des Themas unterstreichen, ein Zeichen für vertrauenswürdige Basiswissenschaft setzen und eine adäquate Versorgung ermöglichen. In diesem Zusammenhang können nur valide Daten einen Mehrwert für die Gesundheit der Betroffenen, deren Familien, sowie die gesamte Bevölkerung generieren. Durch eine bundesweite systematische Erhebung/Meldepflicht und eine direkte Erfassung von Neugeborenen im Sinne eines Geburtenregisters in definierten Regionen könnten auftretende Verdachtsfälle unmittelbar einer zeitnahen ersten Einschätzung unterzogen werden.

Es ist notwendig und folgerichtig, die Expertise funktionierender und bewährter Fehlbildungserfassungssysteme zu erhalten und nicht aus finanziellen Gründen einzustellen. Das MaMo hat im Jahr 2016 den wichtigen Teil seiner Arbeit - die aktive Untersuchung von Neugeborenen - leider einstellen müssen. Der Grund: Die Finanzierung als Modellprojekt wurde nicht weiter unterstützt.

Die Behandlung von Neugeborenen mit Fehlbildungen sind primär Schwerpunkt der Arbeit von Kinderkliniken und niedergelassenen Kinderärzten. Epidemiologische Fragestellungen, die notwendige Registerarbeit und das Umsetzen von Maßnahmen gehören aber - wie auch international üblich - in den Arbeitsbereich von „Public Health“.

Dies ist explizit für aufkommende Fragen in Bezug auf die Sicherheit Schwangerer und deren Kinder bei COVID19-Infektionen und entsprechenden Impfungen festzustellen, wobei COVID derzeit ein aktuelles Problem ist, aber für zukünftige Herausforderungen steht. Nur mit eingehender Strategie und einem medizinischen/epidemiologischen Zusatzaufwand werden sich Fragen zur Fruchtbeschädigung abschließend klären lassen. Ein reines Miterfassen von Fehlbildungen führt zu ungezielten Daten und hohen Folgekosten bei konfirmatorischen Anschlussstudie und ist somit letztendlich die schlechteste und teuerste Variante.



Autorin
PD Dr. Annette Queißer-Wahrendorf
bis 2021 Leitung des Geburtenregisters
Leitung der Kleinwuchssprechstunde
Oberärztin des Zentrums für Kinder und Jugendmedizin der Universitätsmedizin Mainz



Autor
Dr. Awi Wiesel,
EU-MSe Epidemiologische Leitung des Geburtenregisters

Fotos: privat