

Interpellation Nr. 13 (Februar 2016)

betreffend eingeschränkter Geburtshilfe und hoher Kaiserschnitttrate im Bethesda-Spital

16.5073.01

Seit Sommer 2015 ist bekannt, dass die Frauenklinik Bruderholz des Kantonsspitals Baselland am 1. Februar 2016 schliessen wird und dass in der Folge das private Bethesda-Spital rund 400 der 700 jährlichen Geburten der Frauenklinik Bruderholz übernehmen soll.

Fachpersonen und GesundheitspolitikerInnen äussern sich besorgt über diese Privatisierung der Geburtshilfe und befürchten einen Versorgungsnotstand. Dies aus folgenden Gründen:

Gemäss Spitalliste Baselland leistete die Frauenklinik Bruderholz Geburtshilfe bereits ab der 32. Schwangerschaftswoche und einem Geburtsgewicht ab 1'250 g. Auf der Pränatalstation des Bruderholz wurden Risikoschwangerschaften vollumfänglich betreut und versorgt. Um eine medizinisch verantwortungsvolle Versorgung bei Risikoschwangerschaften und drohenden Frühgeburten zu gewährleisten, muss unter anderem ein 24 –Stunden-Labor vorhanden sein sowie eine jederzeit anwesende Anästhesie.

Das Bethesda-Spital darf, laut der Indikationsliste für die pränatale Verlegung (vertragliche Regelung zwischen dem Bethesda-Spital und dem Universitätsspital Basel) nur Geburten ab der 34. Schwangerschaftswoche und ab einem Gewicht von 2'000 g betreuen und entbinden (Grundversorgung). Bei Schwangerschaften mit einer chronischen oder instabilen Erkrankung der Mutter besteht eine relative Indikation zur Verlegung der Schwangeren in die Frauenklinik des Universitätsspitals Basel (USB). Das heisst, das Bethesda-Spital darf keine Pränatalstation anbieten, wie sie von der Frauenklinik Bruderholz bis jetzt angeboten wurde.

Die Frauenklinik Bruderholz führte weiter eine Neugeborenenüberwachungsstation Level IIa mit vier Betten, die immer voll ausgelastet waren. Das Bethesda-Spital hat nur eine normale Wochenbettstation.

Die Frauenklinik Bruderholz war der „Überlauf“ für die Gebärsäle des USB. Dieser fällt nun weg, da das Bethesda keine komplexen Geburten durchführen darf.

Zum eingeschränkten Angebot des Bethesda-Spitals in Geburtshilfe und den unklaren baulichen Voraussetzungen kommt die viel zu hohe Kaiserschnitttrate. In einem Beitrag der „TagesWoche“ vom 3.11.2015 wurde bekannt gemacht, dass diese 2013 und 2014 bei 45,1 Prozent lag. Dieser hohe Anteil an Kaiserschnitten ist umso bedenklicher, da das Bethesda keine Risikoschwangerschaften betreut und entbindet. Der Bericht der „TagesWoche“ hat aufgezeigt, dass dahinter wirtschaftliche Interessen stehen: Ein Kaiserschnitt bringt deutlich mehr Einnahmen als eine natürliche Geburt, der Personalbedarf ist kleiner und planbar.

Am Universitätsspital Basel betrug die Kaiserschnitttrate 2013 knapp 35 Prozent. Der Wert ist deutlich tiefer als im Bethesda, obwohl am USB die komplexen und risikoreichen Geburten durchgeführt werden. Die Kaiserschnitttrate der Schweiz betrug 2009 32,4 Prozent. (Quelle: BAG, Kaiserschnittgeburten in der Schweiz, 27.2.2013).

Eines der Aufnahmekriterien auf die Spitalliste ist die Qualität. Die Qualität einer Klinik ist stark in Frage gestellt, wenn mit unnötigen Operationen Frauen und Kinder den Risiken nicht indizierter Operationen ausgesetzt werden.

Verschiedene Untersuchungen zeigen auf, dass Kinder, die mit Kaiserschnitt auf die Welt kommen, eher riskieren, an Asthma, Allergien, Diabetes etc. zu erkranken. Für die Mütter steigen die Risiken bei späteren Schwangerschaften. Offenbar setzt das Bethesda-Spital werdende Mütter und ihre Kinder durch unnötige Operationen gesundheitlichen Risiken aus, damit die Geburtshilfe rentabel ist.

Laut meinen Recherchen gibt es einen Vertrag, mit welchem die Belegärzte am Bethesda ihre wirtschaftlichen Interessen absichern. Nach diesem Vertrag ist es dem Nicht-Beleg-Personal untersagt, bei Patientinnen von Belegärzten zu intervenieren. Eine solche Regelung würde Gebärende weiteren Risiken aussetzen, wenn eine Geburt zu Komplikationen führt und der Belegarzt nicht im Hause ist.

In diesem Zusammenhang bitte ich die Regierung um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie gedenkt der Regierungsrat die erweiterte Grundversorgung in Geburtshilfe sicherzustellen? Die Frauenklinik des USB ist bereits heute am Limit und kann in Zukunft bei voller Auslastung keine Geburten mehr an die Frauenklinik Bruderholz abgeben. Das Bethesda-Spital wird nur die einfachen Geburten durchführen können. Wohin sollen sich Gebärende mit Risikoschwangerschaften und voraussichtlich komplexen Geburten wenden?
2. Offenbar wurden niedergelassene Ärzte angeschrieben und gefragt, ob sie bereit wären, Patientinnen des ehemaligen Ärzteteams der Frauenklinik Bruderholz bis ca. April mit zu betreuen und zu entbinden, da es zurzeit noch personelle und räumliche Engpässe am Bethesda-Spital gibt. Stimmt es, dass das neue geburtshilfliche Team am Bethesda-Spital am 1. Februar noch nicht vollständig ist und in den ersten Wochen noch nicht vollumfänglich arbeiten kann?
3. Stimmt es, dass der oder die zusätzliche/n Gebärsaal/Gebärsäle am Bethesda sich derzeit noch im Bau befinden?
4. Entsteht durch die Schliessung der Frauenklinik Bruderholz nicht ein Versorgungsnotstand bezüglich der Überwachungsbetten von Neugeborenen? Müssen bei Engpässen die Neugeborenen nach Bern oder Zürich verlegt werden oder gibt es andere, ortsnähere Möglichkeiten?
5. Ist der Regierungsrat bereit, das Bethesda-Spital zu einer deutlich tieferen Kaiserschnitttrate zu verpflichten und Kaiserschnitte nur bei absoluter Indikation (Querlage des Kindes, Nabelschnurvorfall, drohender Gebärmutterriss oder Fehllage der Plazenta) vornehmen zu lassen? Solche Indikationen liegen gemäss einer Schätzung in Deutschland bei ca. 10 Prozent der Gebärenden vor, dementsprechend empfiehlt die WHO eine Kaiserschnitttrate von 10 bis 15 Prozent.
6. Ist der Regierungsrat bereit, zum Schutz von Mutter und Kind das Bethesda-Spital für die Geburtshilfe von der Spitalliste zu streichen, falls die Kaiserschnitttrate nicht deutlich gesenkt wird?
7. Ist dem Regierungsrat bekannt, ob ein Vertrag der Belegärzte mit dem Bethesda-Spital für die ausschliessliche Behandlung ihrer Patientinnen besteht? Falls dieser tatsächlich existiert: Sieht der Regierungsrat darin nicht auch Risiken für Mutter und Kind im Fall von auftretenden Komplikationen?
8. Wie ist die grundsätzliche Haltung des Regierungsrats gegenüber Privatisierungen von Teilen der öffentlichen Gesundheitsversorgung? Ist er gewillt, von den Privatspitälern gleiche Leistungen und gleiche Qualität zu verlangen wie von den öffentlichen Spitälern, nachdem diese nun mit der neuen Spitalfinanzierung zu mindestens 55 Prozent öffentlich finanziert werden?

Heidi Mück