



HELMUT RUEFFER / PICTURE PRESS / EUTERN

Frühchen im Inkubator: Kleinste Fehler führen zur Katastrophe

KRANKENHÄUSER

Geboren am falschen Ort

Lobbyistenverbände im Gesundheitssystem streiten erbittert darüber, in welchen deutschen Kliniken Frühgeborene behandelt werden dürfen. Es geht um sehr viel Geld – und das Leben einiger tausend Babys im Jahr. Die Gesundheitsministerin ist machtlos.

Leonie ist ein unfassbar winziges Baby. Die Händchen sind so groß wie der Daumennagel ihrer Mutter, die Füßchen fänden Platz in einer Streichholzschachtel. Unter der papierdünnen Haut schimmern bläulich die Adern, Schläuche und Kabel schlängeln sich von dem mageren Körper zu Monitoren und Infusionspumpen; über dem rechten Knöchel misst eine Mini-Manschette den Blutdruck. Leonies Zuhause ist ein Inkubator, ein Brutkasten aus Plexiglas, in dem konstant eine Temperatur von 33,5 Grad und eine Luftfeuchtigkeit von 65 Prozent gehalten werden.

Normalerweise dürfte Leonie noch gar nicht auf der Welt sein, ihr Geburtstermin war um Weihnachten herum ausgerechnet. Aber Romy Schönfeld, 29, aus Ernsbach in Schwaben bekam am 2. September vorzeitig Wehen – und so ist ihre Tochter ein sogenanntes Frühchen geworden, eine Frühgeburt, die in der 24. Schwangerschaftswoche zur Welt kam: 27,5 Zentimeter groß und 480 Gramm leicht. Neben ihr auf der Kinderintensivstation der Ulmer Universitätsklinik liegen 26 solcher Frühchen.

Normalerweise hätte Romy Schönfeld zur Weihnachtszeit zwei Kinder entbunden. Doch Leonies Zwillingsschwester hat

die vorzeitige Geburt nicht überlebt. Der Tod des Mädchens ist auf fatale Weise typisch für den Umgang mit Risikoschwangerschaften in Deutschland.

Frühchen auf die Welt zu bringen ist ein lukratives Geschäft. Wenngleich vielen kleineren Krankenhäusern die Erfahrung bei der Behandlung so zarter Lebewesen

fehlt, wollen sie auf diese Einnahmequelle nicht verzichten. Die Mini-Babys bringen einer Klinik bis zu 90 000 Euro ein – je kleiner, desto mehr. Das Honorar bemisst sich nach dem Gewicht und dem Schweregrad des Falls, nicht nach dem Erfolg der Behandlung.

Mit diesem oft verhängnisvollen System leistet sich Deutschland einen Sonderweg. In anderen Industrieländern werden Mütter, denen eine Frühgeburt droht, von Spezialisten in dafür eigens ausgestatteten Kliniken behandelt. Hierzulande verhindern Lobbyisten eine solche Konzentration. „Jahr für Jahr werden Hunderte Babys auf dem Altar der Gier von Krankenhäusern und Chefarzten geopfert“, klagt der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach.

Dabei ist seit mindestens 20 Jahren wissenschaftlich belegt, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der Anzahl solcher Risikogeburten in einer Klinik und den Behandlungserfolgen gibt: Je erfahrener die Ärzte und je höher die Zahl der Fälle, desto größer ist die Chance dieser Kinder, zu überleben und ohne Spätfolgen davonzukommen.

Weil die Ergebnisse so eindeutig sind, wollte Bundesgesundheitsministerin Ulla

Kampf um die Kleinsten

Sterblichkeit bei Frühgeborenen in Baden-Württemberg 2003/2004, in Prozent

■ die fünf größten Perinatalzentren (Freiburg, Heidelberg, Tübingen, Ulm und Stuttgart)

■ übrige Kliniken



Schmidt (SPD) bereits 2003 bei der Einführung von Fallpauschalen den Krankenhäusern Mindestmengen abverlangen: Besonders unreife Babys, mit einem Gewicht von unter 1500 Gramm, sollten danach nur noch in Kliniken entbunden werden dürfen, die pro Jahr mindestens 50 solcher Fälle behandeln.

Die Entscheidung darüber trifft aber nicht die Politik, sondern die Selbstverwaltung im Gesundheitssystem: Im sogenannten Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sitzen unter anderen Vertreter der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Und Letztere hat eine sehr eigene Sicht auf das Problem. Es ist eine ökonomische Sicht. Die Geburtenzahl sinkt seit zehn Jahren, die Zahl der zu früh geborenen Säuglinge unter 1500 Gramm steigt indes steil an, seit 1990 um über 20 Prozent auf 8047 im vergangenen Jahr. Die Gründe dafür sind bekannt: Immer mehr Frauen rauchen während der Schwangerschaft, was der Plazenta schadet; immer mehr bekommen ihre Kinder erst im fortgeschrittenen Alter; und schließlich spielen auch die künstlichen Befruchtungen eine Rolle. Angesichts dieser gegenläufigen Statistiken sind die Frühchen für viele Hospitäler als Umsatzbringer notwendig, um wirtschaftlich überleben zu können.

Von derartigen finanziellen Hintergründen ahnte Romy Schönfeld nichts, als sie im August zum ersten Mal Wehen bekam. „Vielleicht sind das ja nur ganz harmlose Bauchschmerzen“, versuchte sie ihren Mann zu beruhigen. Ihren fünfjährigen Sohn Justin hatte die gelernte Bäckerin ganz problemlos geboren.

Sie ging in ein Krankenhaus, das die Hebamme empfohlen hatte. Von dort schickte man sie im Krankenwagen mit Blaulicht weiter in das nächstgrößere Krankenhaus in der schwäbischen Provinz. „Heute würde ich darauf bestehen, dass man mich in die Uni-Klinik bringt“, sagt sie, „aber ich war doch so ahnungslos.“

Ein Arzt verordnete ein Anti-Wehenmittel, sie bekam noch ein paar Tabletten und den guten Rat, „zu klingeln, wenn die Fruchtblase springt“. Sie lag in ihrem Zimmer, hatte Herzrasen und dachte immer nur: Das ist zu früh, das ist zu früh. Sie hatte bereits im Februar eine Fehlgeburt und das Kind in der sechsten Woche verloren.

Morgens um drei Uhr platzte die Fruchtblase einer ihrer Zwillingstöchter, in der 20. Schwangerschaftswoche. Kinder in diesem Stadium sind nicht lebensfähig, frühestens ab der 22. Woche haben sie eine Chance – aber auch nur, wenn die Mutter



Eltern Schönfeld, Tochter Leonie: Ein Zwillingssbaby verloren

ein, besser noch zwei Tage vorher Kortison bekommen hat, damit die Lungen des Frühchens ausreifen können. Romy Schönfeld hat kein Kortison erhalten.

Im Provinzkrankenhaus hatte man mit einer derart vorzeitigen Geburt keine Erfahrung. Die Frau wurde in den Kreißsaal geschoben, bekam weiter wehenhemmende Mittel und hörte die Herztöne ihrer beiden Kinder. Das eine Mädchen steckte im Geburtskanal fest, der sich durch die Medikamente immer weiter zusammenzog. Als das Baby herausgeholt wurde, schlug sein Herz noch, doch nach ein paar Minuten blieb es stehen.

Danach musste Romy Schönfeld strikte Bettruhe einhalten, um ihre andere Tochter zu retten. Sie lag in einem Durchgangszimmer, erlebte wie andere Frauen ihre Kinder bekamen, gesunde Säuglinge. Irgendjemand erzählte ihr, dass sie eigentlich nach Ulm müsste; dort sei man auf riskante Schwangerschaften eingerichtet.

Drei Wochen später bekam Romy Schönfeld wieder starke Wehen, sie war jetzt in der 23. Schwangerschaftswoche und bestand darauf, nach Ulm verlegt zu werden. Erst in der dortigen Universitätsklinik fiel auf, dass sie einen schweren Schwangerschaftsdiabetes entwickelt hatte und kurz davor war, ins Koma zu fallen.

Den Ulmer Spezialisten gelang es, das Baby noch drei Tage zu halten. „24 Wochen und ein Tag“, sagt Romy Schönfeld und streichelt Leonie, die einmal täglich ihr gläsernes Zuhause verlassen darf und sich sichtlich wohl fühlt, wenn sie mit all ihren Kabeln und Schläuchen auf die Brust der Mutter gelegt wird. Sieht Romy Schön-

feld Leonie, dann sieht sie automatisch auch deren Zwillingsschwester, und sie ist sicher: „Wäre ich gleich nach Ulm gekommen, würden beide Kinder leben.“

Ein paar Brutkästen neben Leonie liegt ein vergleichsweise großer Junge, erst ein paar Tage alt. Sein ganzer Körper ist aufgedunsen, ein deutliches Zeichen von Nierenversagen. „Einer unserer Katastrophenfälle“, erklärt Sektionsleiter Helmut Hummler. Er ist Neonatologe, das sind Kinderärzte mit dem Spezialgebiet Frühgeborenenmedizin. Alle paar Wochen erhalten er und sein Team Hilferufe aus der Provinz. Die Krankenhäuser mag Hummler nicht öffentlich kritisieren, „sonst schicken sie mir keine Notfälle mehr“. Aber wütend ist er schon, wenn der Rettungshubschrauber wieder losfliegt und ein Kind per Transportinkubator geholt werden muss, das besser gleich in Ulm geboren worden wäre.

Dabei klappt die Arbeitsteilung mit einigen Provinzhäusern ausgesprochen gut. Die Risikobabys

werden in Ulm geboren und, sobald sie stabil sind, zur weiteren Behandlung in die wohnortnahen Kliniken zurückverlegt. Nur wenige Ärzte trauen sich, offen über die falsche Behandlung von Frühchen zu sprechen. Ihnen sitzen die Verwaltungschefs im Nacken, die möglichst viele dieser lukrativen Geburten für ihre Häuser reklamieren.

Mathilde Maier muss nicht so viel Diplomatie üben wie der Neonatologe Hummler. Die rothaarige Schwäbin ist erste Vorsitzende des Verbands „Früh- und Risikogeborene Kinder in Baden-Württemberg“. Seit 22 Jahren engagiert sie sich, seit ihre Tochter mit 28 Wochen geboren wurde. Maier regt sich über kleine Krankenhäuser auf, die Frühchen entbinden, um Geld zu verdienen – und die Probleme hinterher bei den Spezialisten abliefern. Der Transport solcher Babys sei „lebensgefährlich“, sagt Maier, sie kennt Fälle von Babys, die in Krankenwagen über holprige Straßen transportiert wurden und wegen schwerer Gehirnblutungen lebenslang behindert bleiben.

Frühchen sind Hochrisikopatienten, kleinste Fehler in der Behandlung führen zur Katastrophe. Falsch dosierte Antibiotika machen die Frühchen taub, zu viel Sauerstoff schädigt die Netzhäute, und sie werden blind. Hochkompliziert ist auch die Ernährung, fast die Hälfte aller Frühgeborenen entwickelt Darmentzündungen, oder ein Teil des Darms wird nicht richtig durchblutet; solche Babys bekommen vorübergehend einen künstlichen Darmausgang. Auch das Abnabeln ist eine Wissenschaft für sich: Geht es so schnell wie



WOLFRAM SCHIEBLE

Kinderintensivstation (in der Uni-Klinik Ulm): Streit um Mindestmengen

bei normal entwickelten Babys, kann es zu erheblichen Hirnschäden kommen, weil der ohnehin schwache Blutdruck dieser Frühchen noch einmal absinkt.

Christian Poets, Ärztlicher Direktor der Uni-Klinik Tübingen, ist Deutschlands oberster Neonatologe, gerade wurde er als Präsident der Fachgesellschaft wiedergewählt. Er verzweifelt an der Unfähigkeit der Verantwortlichen, Mindestmengen in Deutschland einzuführen. „Wenn ich etwas jede Woche mache, kann ich das besser, als wenn ich es nur einmal im Jahr mache.“ In Deutschland kennt er kleine Krankenhäuser, die fünf oder zehn solcher Frühgeborenen per annum behandeln, denen fehle folglich die nötige Praxis.

In den USA wurde die Behandlung solcher Babys bereits in den siebziger Jahren auf wenige Kliniken konzentriert, was zu einer erheblichen Steigerung der Überlebensrate geführt hat. Anlass war, dass Präsident John F. Kennedy und seine Frau Jackie ein Frühchen verloren hatten.

In Deutschland dagegen herrscht weitgehend Unwissenheit. „Die Frauen werden über die Problematik von Frühgeburten überhaupt nicht aufgeklärt, viele Gynäkologen weisen sie in falsche Kliniken ein“, sagt Silke Mader, „und dann endet es in einem Alptraum.“ Die 35-Jährige aus der Nähe von München hat das bei der Geburt ihrer Zwillinge 1997 selbst durchgemacht.

Ihre Tochter Lena, die nur 290 Gramm gewogen hatte, als sie zur Welt kam, starb nach einer Woche. Lukas, damals 515 Gramm schwer, ist inzwischen zehn Jahre alt und geht demnächst aufs Gymnasium.

Silke Mader ist Vorstandsvorsitzende des Bundesverbands Das frühgeborene Kind. Sie vertritt 60 000 Eltern, und in deren Namen verlangt sie die schnelle Einführung von

Mindestmengen, „die viel menschliches Leid verhindern würden“.

Uni-Professor Poets ist überzeugt, dass „jedes fünfte in Deutschland verstorbene Kind mit sehr niedrigem Geburtsgewicht noch leben könnte, wenn es in der richtigen Klinik behandelt worden wäre“. Das sind mehrere hundert Kinder pro Jahr, dazu kommen fast genauso viele Kinder, die mit schweren Behinderungen leben müssen, weil sie am falschen Ort geboren wurden.

Poets Kollege Hummler hat dazu eine eindrucksvolle Studie vorgelegt. Darin wurden Behandlungsergebnisse der fünf größten Kliniken (Freiburg, Heidelberg, Stuttgart, Tübingen und Ulm) mit denen der kleineren Geburtskrankenhäuser in Baden-Württemberg verglichen: Demnach ist die Sterblichkeit von Kindern, die vor der 26. Schwangerschaftswoche geboren wurden, in kleinen Krankenhäusern mehr als doppelt so hoch wie in den spezialisierten (Grafik Seite 48). Auch die Rate von Hirnblutungen, die zu Behinderungen führen, ist signifikant niedriger. Erst bei den größeren Frühchen ab der 28. Woche nähern sich die Ergebnisse an.

Hummlers Studie deckt sich mit dem, was weltweit Stand der Wissenschaft ist – und was etwa in skandinavischen Ländern konsequent umgesetzt wurde. In Finnland gibt es nur fünf Kliniken, in denen Frühchen geboren werden dürfen. Weil sich 90 Prozent aller Frühgeburten vorher ankündigen, schaffen es auch die Frauen aus dem dünnbesiedelten Norden rechtzeitig in die Geburtskliniken im Süden.

70 bis 80 Kliniken würden nach Ansicht von Chefarzt Poets auch in Deutschland ausreichen. Doch nutzen viele Bundesländer die Hängepartie im G-BA zu einer Kirch-

turmpolitik aus und lassen immer mehr spezielle Geburtskliniken zu, sogenannte Perinatalzentren. Über 200 sind es inzwischen, nicht alle leisten gute Arbeit, viele liegen weit unter den von Fachleuten geforderten Mindestmengen.

Die Hardliner vom G-BA finden nichts dabei. Wenn Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, das Wort Mindestmengen hört, reagiert er harsch: Wer das fordere, der diene damit nur den großen Uni-Kliniken, die sowieso die Angewohnheit hätten, „alles an sich reißen zu wollen und die Fläche blankzuziehen“. Kösters, der als Vorstandsvorsitzender der St. Franziskus-Stiftung in Münster auch Chef einiger Krankenhäuser ist, hält die Einführung von Mindestmengen für „Placebos“. Sie gaukelten Sicherheit vor, böten sie aber nicht. Auch bei der Frühchenversorgung müsse man Wettbewerb zulassen.

Ähnlich argumentiert auch Rudolf Henke, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer: „Die, die Mindestmengen fordern, machen es sich viel zu leicht“, glaubt er. Der nordrhein-westfälische CDU-Landtagsabgeordnete aus Aachen, Facharzt für Innere Medizin, sieht den Ruf kleinerer Häuser bedroht: Einige Kliniken mit niedrigen Fallzahlen, die nachweislich gute Arbeit bei der Frühchenversorgung leisten, würden bei der Festlegung von Mindestmengen vermutlich für immer von der „Marktteilnahme“ ausgeschlossen.

„Unverantwortlich“ nennt Gesundheitsministerin Schmidt solche Argumente. In kaum einem anderen Bereich der Medizin sei „der Zusammenhang zwischen Qualität und Mindestmengen so eindeutig bewiesen wie bei den Frühchen“. Angesichts der Realitätsverweigerung würde sie zu gern jene Staatsmedizin machen, die ihr von Kritikern oft vorgeworfen werde: „Dann könnte ich die Mindestmengen sofort per Gesetz anordnen.“

Stattdessen kann der Streit noch ewig weitergehen – und sich die Selbstverwaltung einmal mehr ad absurdum führen: An diesem Mittwoch wird der G-BA wieder mal über Studien diskutieren. Die vorliegenden sind den Mindestmengen-Gegnern entweder zu alt, oder sie bezweifeln, dass man Ergebnisse aus den USA auf Deutschland übertragen kann. Bei Mindestmengen für Knieprothesen hat sich der G-BA hingegen ausdrücklich auf amerikanische Erfahrungen verlassen.

Woran es liegt, dass diese Frühchen und ihre Familien so gar keine Lobby haben? Kinderarzt Poets hat darauf eine harte Antwort: „Es gibt immer noch das Vorurteil, dass Frühgeborene behindert sind. Und um so etwas soll man keine Umstände machen.“ Dabei überlebten 70 Prozent selbst der ganz kleinen Frühchen ohne Behinderung – wenn sie nur am richtigen Ort geboren werden.

GUIDO KLEINHUBBERT,
UDO LUDWIG, BARBARA SCHMID



WOLFRAM SCHIEBLE

Kinderarzt Hummler
Eindrucksvolle Studie