SCHLESWIG-HOLSTEINISCHER LANDTAG **Drucksache 19/3263**

19. Wahlperiode 08.09.2021

Bericht

der Landesregierung Schleswig-Holstein

Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ... 4
Abbildungsverzeichnis ... 5
Abkürzungsverzeichnis ... 6
1. Vorbemerkungen ... 7
2. Rechtliche Grundlagen ... 9
2.1 Allgemein ... 9
2.2 Wahlfreiheit der Schwangeren ... 10
3. Qualitätssicherung in der Geburtshilfe ... 11
3.1 Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – QFR-RL ... 11
3.1.1 Mindestvorgaben in der Pflege ... 12
3.1.2 Mindestmengen in der Versorgung ... 13
3.2 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren ... 14
3.3 Krankenhausplanung Schleswig-Holstein ... 15
3.4 Leitlinien der Fachgesellschaften ... 16
4. Demographische Entwicklung in Schleswig-Holstein ... 17
5. Geburtshilfe in Schleswig-Holstein ... 22
5.1 Außerklinische Geburten ... 23
5.2 Klinische Geburten ... 26
5.2.1 Zahl der Geburten in Schleswig-Holsteinischen Krankenhäusern ... 27
5.2.2 Bedeutung der Perinatalzentren für die Versorgung ... 30
5.2.3 Bedeutung geburtshilflicher Abteilungen ... 32
5.3 Säuglings- und Neugeborenensterblichkeit ... 33
5.4 Geburtshilfe im ländlichen Raum sowie auf den Inseln und Halligen ... 38
5.5 Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Geburtshilfe ... 40
6. Hebammen ... 43
6.1 Angestellte Hebammen ... 43
6.2 Freiberufliche Hebammen ... 45
6.3 Aktueller Sachstand zur Haftpflichtsituation und Vergütung der Hebammen ... 46
6.4 Ausbildungssituation der Hebammen ... 49
7. Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Geburtshilfe Schleswig-Holsteins ... 51
7.1 Boarding-Angebote ... 51
7.2 Hebammenrufbereitschaft und zentrale Stelle ... 52

7.3 Schulungen Rettungsdienst und Geburtshilfesimulator 53
7.4 Hebammenkreißsaal 54
8. Perspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein 55
8.1 Bedarfsplanung 55
8.2 Entwicklung der Versorgung 56

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Übersicht Level 1 Zentren und erbrachte Mindestmengen 2017 – 2020 14

Tab. 2 Lebendgeborene und Gestorbene in den Kreisen und kreisfreien Städten 2019 18

Tab. 3 Zahl der Hausgeburten und Geburten in Hebammen geleiteten Einrichtungen 26

Tab. 4: Entwicklung der Geburtenzahlen in Schleswig-Holstein nach Krankenhaus 2015 bis 2020 28

Tab. 5 Früh- und Neugeborene in den Perinatalzentren Level 1 2017 - 2020 31

Tab. 6 Früh- und Neugeborene in den Perinatalzentren Level 2 2017 - 2019 31

Tab. 7 Fallzahlen in der Kinderheilkunde 2019 32

Tab. 8 Übersicht Totgeborene und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene je 100.000 Lebend- und Totgeborene 34

Tab. 9 Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene 37

Tab. 10 Zahl der Geburten auf den Inseln und des jeweiligen Kreises 39

Tab. 11 Ungeplante Hausgeburten auf Sylt und Föhr 40

Tab. 12 Zahl der Geburten in den Insel-Krankenhäusern auf Sylt und Föhr (geburtshilfliche Notfälle) 40

Tab. 13 Geburten 1. Quartal 2021 41

Tab. 14 Festangestellte Hebammen nach Vollkräften 43

Tab. 15 Übersicht geplante Einstellungen von unterstützendes Personal 45

Tab. 16 Übersicht Beleghebammen 46

Tab. 17 Berechnungsbeispiele Berufshaftpflicht 47

Tab. 18 Übersicht Vergütung Hebammen für die Geburt (Beispiele) 48

Tab. 19 Beispiel Hebammenabrechnung 48

Tab. 20 Übersicht Boarding-Angebote 52

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zahl der geborenen Kinder zwischen 2000 und 2020 17

Abb. 2: Zahl der geborenen Kinder im „Hamburger Rand“ zwischen 2000 und 2019 19

Abb. 3: Zahl der geborenen Kinder in den Kreisen zwischen 2000 und 2019 20

Abb. 4: Zahl der geborenen Kinder in den kreisfreien Städten zwischen 2000 und 2019 21

Abb. 5: Geburtshilfliche Einrichtungen 22

Abb. 6: außerklinische Geburten 24

Abb. 7: Hausgeburten 25

Abb. 8: Geborene Kinder 2014 und 2020 nach Versorgungsstufe 29

Abb. 9: Zahl der Kaiserschnitte nach Versorgungsstufe 30

Abb: 10: Vergleich Totgeborene und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene je 100.000 Lebend- und Totgeborene Deutschland und Schleswig-Holstein 35

Abb. 11: Entwicklung der Neugeborenensterblichkeit 36

Abb. 12: Entwicklung der Neugeborenensterblichkeit als 3-Jahres-Wert 36

Abb. 13: Vergleich Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene Deutschland und Schleswig-Holstein 38

Abb. 14: Übersicht geplante Einstellungen von Hebammen 44

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Aufl.	Auflage
BeckOK	Beck Online Kommentar
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
Ed.	Edition
FEK	Friedrich-Ebert-Krankenhaus
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
HebG	Hebammengesetz
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
MSGJFS	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren
NF	Nordfriesland
OFR-RL	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
QUAG	Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe
Rn.	Randnummer
SGB	Sozialgesetzbuch
SOZR	Sozialrecht
s.o.	Siehe oben
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
WKK	Westküstenklinikum
z.B	zum Beispiel

1. Vorbemerkungen

Im August 2020 hat der Landtag beschlossen, das zuständige Ministerium zu bitten, einen Bericht zur Situation der Geburtshilfe vorzulegen (Drucksache 19/2324 (neu)). Die Vorlage dieses Berichtes sollte ursprünglich im 1. Quartal 2021 erfolgen. Da in den letzten 15 Monaten die Pandemiebekämpfung Vorrang hatte, musste die Vorlage dieses Berichtes auf das 3. Quartal 2021 verschoben werden. Diesem Auftrag des Landtages wird mit dem hier vorgelegten Bericht entsprochen.

Soweit möglich wurden dafür aktuelle Daten einbezogen, so dass auch schon eine erste Analyse der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Geburtshilfe möglich ist.

In vielen Bereichen schließt dieser 3. Bericht an die Ergebnisse des 1. Berichtes „Perspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein“ (Drucksache 18/2027 (neu)) und insbesondere an den 2. Bericht „Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein“ (Drucksache 18/3338) an. Daher wurde im aktuellen Bericht auf eine erneute Anhörung von Expertinnen und Experten verzichtet, da diese umfänglich im 2. Bericht erfolgte und viele der damaligen Aussagen grundsätzliche Fragestellungen betrafen, die auch heute noch gültig sind.

Bei der Entwicklung der Geburtszahlen bietet der Vergleich mit dem Bericht aus dem Jahr 2015 eine gute Möglichkeit zu prüfen, ob die damals aufgezeigten Entwicklungen sich fortgesetzt haben. Bei der Vergütung der Hebammen und der Personalausstattung lassen sich ebenso die Entwicklungen der letzten Jahre darstellen.
Gleiches gilt für den Bereich der Qualitätssicherung. Hier ist es in den letzten Jahren zu erheblichen Veränderungen gekommen. Deren mögliche Auswirkungen auf die Strukturen in der Geburtshilfe werden in den entsprechenden Kapiteln diskutiert.

Die Geburtshilfe ist weiterhin ein Thema, das viele Menschen – über die medizinischen und versorgungspolitischen Aspekte hinaus – bewegt. In der Geburtshilfe kommt es wie in kaum einem anderen Bereich immer wieder zu Zielkonflikten zwischen der Notwendigkeit einer qualitativ sehr hochwertigen Versorgung von werdenden Müttern und Neugeborenen mit einer entsprechenden personellen, technischen und räumlichen Ausstattung und dem Wunsch eines möglichst wohnortnahen und familienfreundlichen Angebotes in der Geburtshilfe.

Die notwendigen – zum Teil restriktiven - Vorgaben in der Corona-Pandemie haben dabei nochmals deutlich gemacht, welche Bedeutung z. B. die Begleitung der werdenden Mutter durch den Partner oder eine Begleitperson hat.

Anders als noch im ersten und zweiten Bericht zur Geburtshilfe prognostiziert, ist die Zahl der geborenen Kinder zwischen 2015 und 2018 gestiegen, stagniert seitdem jedoch deutlich unter dem Wert des Jahres 2000. Dabei gibt es in den Kreisen sehr unterschiedliche Entwicklungen: In vier Kreisen sank die Zahl der geborenen Kinder seit dem Jahr 2000 um mehr als 20%, nur die Städte Kiel und Flensburg können eine deutlich gestiegene Zahl an Neugeborenen vermelden.
In den nächsten Jahren wird aufgrund der demografischen Entwicklung mit weiter sinkenden Geburtenzahlen zu rechnen sein. Inwieweit diese durch eine Zuwanderung junger Familien nach Schleswig-Holstein ausgeglichen werden kann, bleibt abzuwarten.

2. Rechtliche Grundlagen

2.1 Allgemein

Die rechtliche Grundlage für die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind findet sich im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) wieder.

In § 24c SGB V sind die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft geregelt. Diese umfassen:

1. ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
3. Entbindung,
4. häusliche Pflege,
5. Haushaltshilfe,
6. Mutterschaftsgeld.

Die Leistungen der §§ 24d–24i SGB V können in dem Zeitraum des Bestehens von Schwangerschaft und Mutterschaft erbracht werden. Die Schwangerschaft beginnt mit der Beendigung der Empfängnis, also der Befruchtung der weiblichen Eizelle. Dieser Zeitpunkt wird kalendarisch bestimmt, in dem der Zeitpunkt des Schwangerschaftsbeginns ausgehend von dem durch ärztliches Zeugnis oder Feststellung einer Hebamme ermittelten mutmaßlichen Tag der Entbindung errechnet wird. Dafür wird von diesem Tag ausgehend, die durchschnittliche Zeitdauer vom ersten Tag der letzten Regel bis zur Entbindung von 280 Tagen zurückgerechnet. [1]

Die Schwangerschaft endet im Regelfall mit der Entbindung, in Ausnahmefällen aber auch durch Fehlgeburt oder Schwangerschaftsabbruch.

Die Art der Entbindung ergibt sich aus § 24f SGB V, wonach die Versicherte Anspruch auf eine ambulante oder eine stationäre Entbindung hat. *„Die Versicherte hat Anspruch auf ambulante oder stationäre Entbindung. Die Versicherte kann ambulant in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden. Wird die Versicherte zur stationären Entbindung in einem Krankenhaus oder in einer anderen stationären Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft,*

[1] Spickhoff/Nebendahl, 3. Aufl. 2018, SGB V § 24c Rn. 3

Pflege und Verpflegung. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. § 39 Absatz 2 gilt entsprechend.“

Weitere Rechtsgrundlagen für die Geburtshilfe finden sich sowohl in Bundesgesetzen, Landesgesetzen als auch in zahlreichen untergesetzlichen Regelungen. Der Hintergrund hierfür liegt unter anderem in verschiedenen berufsrechtlichen Regelungen, die entweder der Bundes- oder der Länderkompetenz liegen.

So ist die Geburtshilfe im Hebammengesetz legaldefiniert. Geburtshilfe im rechtlichen Sinne umfasst die Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufs (§ 4 Abs. 2 HebG).

Die Schwangere entscheidet selbst darüber, ob sie die Geburtshilfe einer freiberuflich tätigen Hebamme oder ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen will. Entscheidet sich die Schwangere für die Hebamme, besitzt diese die Erstkompetenz, die ihre Grenze findet, sobald sich Komplikationen abzeichnen, zu deren Beherrschung ärztliche Hilfe nötig ist. Im Fall der Inanspruchnahme ärztlicher Geburtshilfe entscheidet die Ärztin oder der Arzt über die Arbeitsteilung mit der Hebamme. Hebammen sind von Ärztinnen und Ärzten bei einer Entbindung grundsätzlich hinzuzuziehen (§ 4 Abs. 1 HebG).

2.2 Wahlfreiheit der Schwangeren

Eine Schwangere hat die Wahl zwischen verschieden Entbindungsmöglichkeiten. Gemäß § 24 f SGB V (s.o.) hat die Versicherte einen Anspruch auf eine ambulante oder stationäre Entbindung. Im Rahmen der ambulanten Entbindung kann die Schwangere zwischen verschiedenen Möglichkeiten wählen, wie z.B. der Entbindung in einem Krankenhaus, in einer Einrichtung, die von einer Hebamme geleitet wird (Geburtshaus), in einer ärztlichen geleiteten Einrichtung (Arztpraxis), in einer Hebammenpraxis oder eine Hausgeburt.

Die Versicherte kann den Entbindungsort frei wählen. Es ist weder eine ärztliche Einweisung erforderlich, wenn sie im Krankenhaus entbinden möchte, noch muss die stationäre Entbindung medizinisch indiziert sein (ErfK/Rolfs Rn. 1; Krauskopf/Wagner Rn. 3, 8; BeckOK SozR/Kießling, 60. Ed. 1.3.2021 Rn. 1, SGB V § 24f Rn. 1).

Aus diesem Wahlrecht ergibt sich jedoch nicht, dass an dem Wohnort der Schwangeren alle genannten Optionen vorzuhalten sind. Das SGB V regelt die Finanzierungsverpflichtung für die grundsätzliche Wahlmöglichkeit, die eine Schwangere gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse hat. § 2 Abs. 1 SGB V stellt klar, dass es sich bei den in Kapitel 3 des SGB V genannten Leistungen, zu denen auch die Entbindung gehört, um Leistungen handelt, deren Erbringung von den Krankenkassen für ihre Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu finanzieren ist.

3. Qualitätssicherung in der Geburtshilfe

In der Geburtshilfe gibt es zahlreiche Vorgaben, die der Qualitätssicherung dienen. Hierzu gibt es sowohl bundesgesetzliche wie auch landesspezifische Vorgaben. Hinzu kommen untergesetzliche Regelungen, z. B. durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die eine hohe Verbindlichkeit haben. An deren Erfüllung ist die Vergütung durch die Krankenkassen geknüpft. Für die tägliche Praxis wesentlich sind auch die Vorgaben der Fachgesellschaften, die auch von Gerichten herangezogen werden, um zu beurteilen, ob ein Krankenhaus angemessen gehandelt hat.

Im 2. Geburtshilfebericht wurde das Thema Qualitätssicherung im Kapitel 1.3 ab Seite 13 der Drucksache 18/3338 bereits ausführlich behandelt. Daher stehen im Folgenden die Bereiche im Fokus, die neu hinzugekommen sind bzw. bei denen es wesentliche Änderungen gegeben hat.

3.1 Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – QFR-RL

Die Richtlinie[2] wird von den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erarbeitet und im Plenum des Ausschusses beschlossen.

Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure bindend. Die Nicht-Erfüllung der Vorgaben ist in der Regel mit Sanktionen belegt. Bei der QFR-RL ist die Vergütung der Leistungserbringung an die Erfüllung der Vorgaben der Richtlinie geknüpft.

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie des G-BA für Früh- und Reifgeborenen hat mit ihren Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in einem erheblichen Ausmaß zur Verbesserung der Versorgungssituation von Frühchen beigetragen. Die Perinatalzentren Level 1 und Level 2 sind hinaus gemäß QFR-Richtlinie des G-BA verpflichtet, die Daten der frühen und späten Ergebnisqualität ihrer Leistungen in der Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm auf ihrer eigenen Webseite und auf der Internetplattform Perinatalzentren.org[3] zu veröffentlichen.

Die Richtlinie des G-BA definiert ein Stufenkonzept der perinatologischen Versorgung in Krankenhäusern. Sie regelt verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen und Zuweisungskriterien von Schwangeren

[2] Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene - Gemeinsamer Bundesausschuss (g-ba.de)
[3] https://www.perinatalzentren.org

nach dem Risikoprofil der Schwangeren oder des Kindes. Das Konzept sieht vier Versorgungsstufen vor:

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1
- Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2
- Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt
- Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik

Nur in Level 1 Zentren dürfen Frühchen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 g versorgt werden und nur für diese Zentren gibt es hierfür Mindestmengen.

Zentrale Instrumente der QFR-RL sind die Vorgabe einer Mindestmenge für die Versorgung von sehr kleinen Frühchen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 g sowie detaillierte Vorgaben zur Qualifikation und Vorhaltung von pflegerischen und ärztlichem Personal.

3.1.1 Mindestvorgaben in der Pflege

Das erste wichtige Instrument sind die Personalmindestvorgaben in der Pflege. Im Fokus steht dabei eine jederzeit sicherzustellende 1:1 Betreuung intensivtherapiepflichtiger Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g sowie eine Fachkraftquote von ausgebildeten pädiatrischen Intensivpflegefachkräften. Eine schichtgenau dokumentierte Erfüllungsquote von mindestens 95% aller Schichten bezüglich der 1:1 Betreuung des jeweils vergangenen Kalenderjahres gilt als Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Personalschlüssel.

Diese Vorgaben sind zum 01.01.2017 in Kraft getreten. Bereits in der Übergangsphase wurde jedoch deutlich, dass diese Vorgaben von der weit überwiegenden Zahl der Perinatalzentren Level 1 und 2 nicht erfüllt wird werden können und dieses auch nicht bis zum Ende der Einführungsphase im Jahr 2022 zu leisten sein wird.

Wesentliche Gründe hierfür sind u.a. der Fachkräftemangel, stark schwankende Zahlen bei den Frühgeborenen, notfallmäßige Zuverlegungen von Frühgeborenen insbesondere in großen Zentren, Notfall-Mehrlingsgeburten und plötzlicher Ausfall von Pflegepersonal durch Krankheit oder anderen Gründen, wie z.B. Schwangerschaft.

Der G-BA hat daher einen sogenannten klärenden Dialog eingeführt, in dem in einem komplexen Verfahren die Perinatalzentren mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Landeskrankenhausgesellschaften und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bei Nicht-Erfüllung der Vorgaben die Gründe sowie die zu ergreifenden Maßnahmen in einer Zielvereinbarung festlegen müssen. Während

dieser Phase, die im Jahr 2022 endet, drohen den Krankenhäusern noch keine Sanktionen bei Nichterfüllung der Vorgaben.

Derzeit wird die Situation noch weiter erschwert durch Abgrenzungsprobleme mit der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen (PpUGV) für die pädiatrische Intensivmedizin. Mit dieser Verordnung zu den Personaluntergrenzen des Bundesgesundheitsministeriums und der QFR-RL des G-BA gibt es nun zwei Regelungen verschiedener Verordnungsgeber mit unterschiedlichen Vorgaben.

Die mögliche Folge dieser Vorgaben ist: Es besteht die Gefahr, dass sich Zentren von der (notfallmäßigen) Versorgung von schwangeren Frauen mit drohender Frühgeburt abmelden. Das würde für die betroffenen Frauen und dem Rettungsdienst eine zeitraubende Suche nach einem aufnahmebereiten Level 1 Zentrum und deutlich längere Wege bedeuten. Die Länder dringen daher immer wieder auf mehr Flexibilität bei den sehr starren Regelungen um drohende Versorgungslücken zu verhindern. Zudem müssen die Vorgaben des G-BA und des Bundesgesundheitsministeriums aufeinander abgestimmt werden und dürfen den bürokratischen Aufwand nicht noch weiter nach oben treiben.

3.1.2 Mindestmengen[4] in der Versorgung

Das zweite wichtige Instrument sind die Vorgaben zu den Mindestmengen. Diese beziehen sich ausschließlich auf die Versorgung von Frühchen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 g und betreffen damit nur die Level 1 Zentren.

Mit der Mindestmengenregelung des G-BA wurden im Jahr 2020 neue Vorgaben für die Mindestmengen zur Behandlung von Frühchen unter 1.250 g beschlossen. Mit in Kraft treten der neuen Regelung wurde die Mindestmenge von 14 auf 25 jährlich zu versorgender Frühchen erhöht. Allerdings gilt für die Jahre 2021 und 2022 eine Übergangsfrist von weiterhin 14 Frühchen pro Standort eines Krankenhauses. Im Kalenderjahr 2023 gilt übergangsweise eine Mindestmenge von 20 Leistungen und ab dem Kalenderjahr dann die Mindestmenge von 25 jährlich zu behandelnden Frühchen.

Schleswig-Holstein verfügt derzeit über fünf Level 1 Zentren für die diese neue Regelung gilt.

[4] Es wird hier der Begriff der Mindestmenge verwendet wie er den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelung, Mm-R) definiert ist.

Tab. 1 Übersicht Level 1 Zentren und erbrachte Mindestmengen 2017 – 2020

Krankenhaus	2020	2019	2018	2017
	<1.250g	<1.250g	<1.250g	<1.250g
WKK Heide	13	13	8	19
Diakonissen Krankenhaus Flensburg	19	25	16	22
UKSH Campus Kiel	29	27	43	52
UKSH Campus Lübeck	39	46	39	45
Klinikum Itzehoe	15	16	19	16
Gesamt	**115**	**127**	**125**	**154**

Quelle: MSGJFS; Angaben der Krankenhäuser

Diese Übersicht macht deutlich, dass voraussichtlich nicht alle Level 1 Zentren die geforderten Mindestmengen von 20 im Jahre 2023 und 25 ab dem Jahr 2024 erreichen werden. Zukünftig wird es so sein, dass die Länder nur noch mit Zustimmung der Kostenträger Ausnahmen von den Mindestmengen genehmigen können. Diese Ausnahmen müssen gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss angezeigt und begründet werden. [5]

Das Ministerium wird im Herbst 2021 Gespräche mit allen Level 1 Zentren und den Kostenträgern führen, um über die Auswirkungen der neuen Vorgaben auf die Versorgungsstruktur in Schleswig-Holstein zu beraten.

3.2 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden erstmals sogenannte planungsrelevante Qualitätsindikatoren gesetzlich festgeschrieben. Sie sollen es den Planungsbehörden der Bundesländer ermöglichen, bei Planungsentscheidungen die Qualität der in einem Krankenhaus erbrachten Leistungen zu beurteilen.

Die Erarbeitung der Indikatoren ist ein äußerst komplexer Prozess der vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)[6] durchgeführt und betreut wird. Aktuell sind 11 solcher Indikatoren für die Qualitätssicherungsverfahren Gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie definiert. Für diese Indikatoren müssen die Krankenhäuser quartalsweise Daten an das IQTIG liefern. Diese werden dann nach einem komplizierten Validierungsprozess den Planungsbehörden übermittelt.

Für die Geburtshilfe wurden folgende Indikatoren festgelegt:

[5] Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG; Ziffer 41, Buchstabe d; BGBl Jhg. 2021 Teil I Nr. 44 vom 19.07.21
[6] https://iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/

- Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
- Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
- E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
- Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
- Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

In den letzten drei Jahren hat sich allerdings gezeigt, dass die Anwendung dieser Indikatoren wenig praxistauglich ist. In Schleswig-Holstein hat es zwar 2018 zwei bis drei Auffälligkeiten gegeben −bei mehr als 22.000 Geburten – diese ließen sich im Laufe des Verfahrens aber klären.

Die Länder haben daher den federführenden Gemeinsamen Bundesausschuss nochmals aufgefordert, Indikatoren zu definieren, die sich stärker an der Strukturqualität orientieren. Das derzeitige Verfahren ist für die Krankenhäuser außerordentlich aufwändig und beinhaltet aus Sicht der Krankenhausplanung keinen Mehrwert.

3.3 Krankenhausplanung Schleswig-Holstein

Der aktuelle Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein[7] enthält bereits Vorgaben zur Strukturqualität für die Perinatal- und Neonatalversorgung, die sich an der entsprechenden Richtlinie des G-BA orientieren. Im Krankenhausplan wird den Geburtskliniken (Level 4)[8] zudem aufgegeben, dass die jeweils aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften zu berücksichtigen sind.
Für den neuen Krankenhausplan ist vorgesehen, die Anforderungen an die Strukturqualität in den Geburtskliniken zu konkretisieren. Dazu soll zukünftig u.a. gehören:

- Schriftlich dokumentierte Aufklärung der Frauen über Risiken
- Strikte Risikoselektion der schwangeren Frauen anhand einer Checkliste auf Basis der Mutterschaftsrichtlinie und ggf. Weiterverlegung in ein geeignetes Level-Zentrum
- Standardprozeduren für eine notfallmäßige Versorgung von Neugeborenen (insbesondere Intubation und Beatmung) und der schwangeren Frauen bzw. der Mütter

[7] https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Krankenhausplan.html
[8] Vgl. Kapitel 5.1.1, Tabelle 4

- Regelmäßige Schulungen des Personals (Hebammen, Geburtshelfer/innen und Anästhesisten) insbesondere in Bezug auf die notfallmäßige Versorgung von Neugeborenen.

Durch die Corona-Pandemie verzögert sich die Erstellung des neuen Krankenhausplanes und ist jetzt für das Jahr 2022 vorgesehen.

3.4 Leitlinien der Fachgesellschaften

In den Krankenhäusern spielen die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften sowohl für die Praxis wie auch für die Ausbildung eine wichtige Rolle. In der Geburtshilfe sind dieses die aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.[9] Auch wenn die Nicht-Beachtung nicht sanktionsbewehrt ist, so stellen diese Richtlinien eine wichtige Richtschnur für ärztliches Handeln dar.

[9] https://www.dggg.de/leitlinien-stellungnahmen/leitlinien/

4. Demographische Entwicklung in Schleswig-Holstein

Im Bericht zur „Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein (Drucksache 18/3338) wurde ausführlich auf die demographische Entwicklung eingegangen. Im Folgenden wird daher nur die aktuelle Entwicklung seit 2014 skizziert.

Die Situation der Geburtshilfe ist auch im Jahr 2021 weiterhin von der demographischen Entwicklung geprägt. Alles weist daraufhin, dass die Zahl der Geburten in den nächsten Jahren sinken wird. Dabei gibt es auch in Schleswig-Holstein erhebliche regionale Unterschiede.

Abb. 1: Zahl der geborenen Kinder zwischen 2000 und 2020

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Darstellung

Auch wenn die Zahl der Geburten zwischen 2015 und 2018 gestiegen ist, so ist doch grundsätzlich von sinkenden Geburtenzahlen auszugehen.

Bezogen auf 1.000 Einwohner hat der Kreis Ostholstein mit 6,5 Lebendgeborene den niedrigsten Wert in Schleswig-Holstein. Auch wenn die Geburtenzahl von vielen Faktoren abhängig ist, ist dieses doch ein deutlicher Hinweis auf die Altersstruktur des Kreises.

Tab. 2 Lebendgeborene und Gestorbene in den Kreisen und kreisfreien Städten 2019

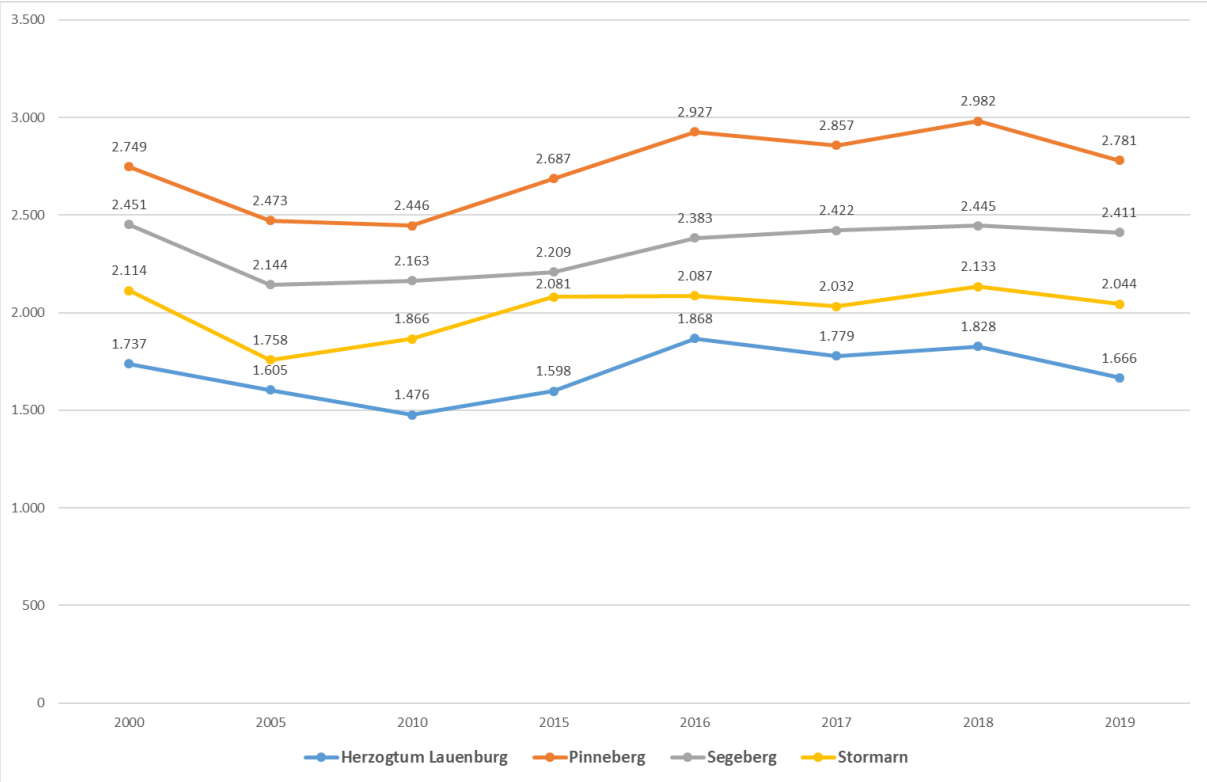
KREISFREIE STADT Kreis	Lebendgeborene		Gestorbene		Überschuss der Geborenen (+) bzw. Gestorbenen (-)	
	insgesamt	je 1 000 Einw.	insgesamt	je 1 000 Einw.	insgesamt	je 1 000 Einw.
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
FLENSBURG	992	11,0	1 059	11,7	- 67	- 0,7
KIEL	2 464	10,0	2 577	10,4	- 113	- 0,5
LÜBECK	1 881	8,7	2 842	13,1	- 961	- 4,4
NEUMÜNSTER	756	9,4	1 013	12,6	- 257	- 3,2
Dithmarschen	1 041	7,8	1 835	13,8	- 794	- 6,0
Herzogtum Lauenburg	1 666	8,4	2 381	12,0	- 715	- 3,6
Nordfriesland	1 277	7,7	2 130	12,8	- 853	- 5,1
Ostholstein	1 307	6,5	2 802	14,0	- 1 495	- 7,5
Pinneberg	2 781	8,8	3 587	11,3	- 806	- 2,5
Plön	954	7,4	1 532	11,9	- 578	- 4,5
Rendsburg-Eckernförde	2 276	8,3	3 317	12,1	- 1 041	- 3,8
Schleswig-Flensburg	1 748	8,7	2 466	12,3	- 718	- 3,6
Segeberg	2 411	8,7	2 980	10,8	- 569	- 2,1
Steinburg	1 055	8,1	1 744	13,3	- 689	- 5,3
Stormarn	2 044	8,4	2 695	11,0	- 651	- 2,7
Schleswig-Holstein	**24 653**	**8,5**	**34 960**	**12,0**	**- 10 307**	**- 3,5**
Zum Vergleich 2018	**25 236**	**8,7**	**35 921**	**12,4**	**- 10 685**	**- 3,7**

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

Die Tabelle 2 zeigt die Differenz zwischen den geborenen Kindern und den verstorbenen Menschen in den Kreisen und kreisfreien Städten. Die negativen Werte des „Überschusses“ zeigen an, dass in allen Kreisen und kreisfreien Städten die Bevölkerung schrumpft – ohne Einbeziehung der Zuwanderung. Am stärksten sind diese Effekte in Ostholstein, Dithmarschen, Nordfriesland und Steinburg.

In den folgenden Abbildungen wird die Zahl der geborenen Kinder seit dem Jahr 2000 dargestellt.
Bei den in der Abbildung 2 zusammengefassten Kreisen des Hamburger Randes – Segeberg, Stormarn, Herzogtum-Lauenburg − ist der Geburtenrückgang nur schwach ausgeprägt oder die Zahl der geborenen Kinder stagniert. Dieses ist mit hoher Wahrscheinlichkeit durch den Zuzug junger Familien aus Hamburg zu erklären.

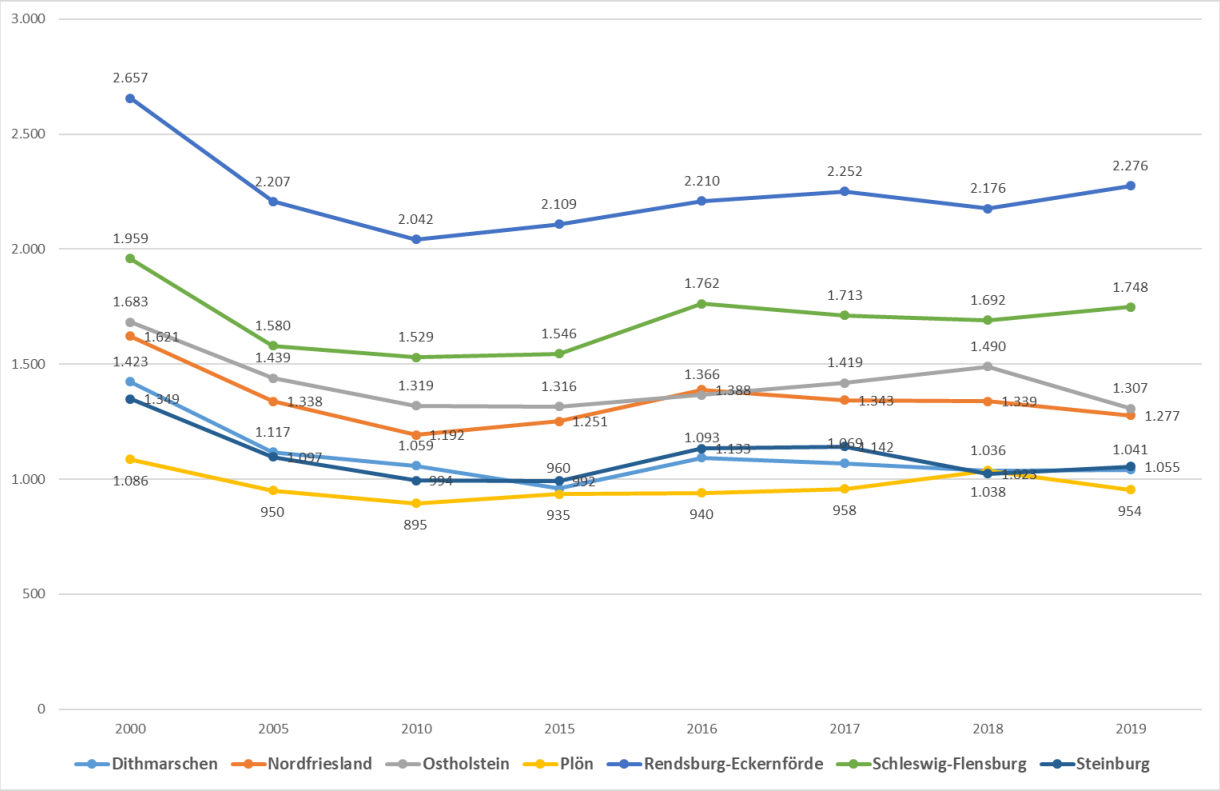
Abb. 2: Zahl der geborenen Kinder im „Hamburger Rand“ zwischen 2000 und 2019



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Darstellung
Anmerkung: Die Zahlen für das Jahr 2020 standen bei Fertigstellung dieses Berichtes noch nicht zur Verfügung.

Aus der Abbildung 3 wird ersichtlich, dass in den Kreisen Dithmarschen (-26,8%), Nordfriesland (-21,2%) und Steinburg (-21,8%) die Zahl der geborenen Kinder – im Vergleich zum Jahr 2000 – besonders stark gesunken ist.

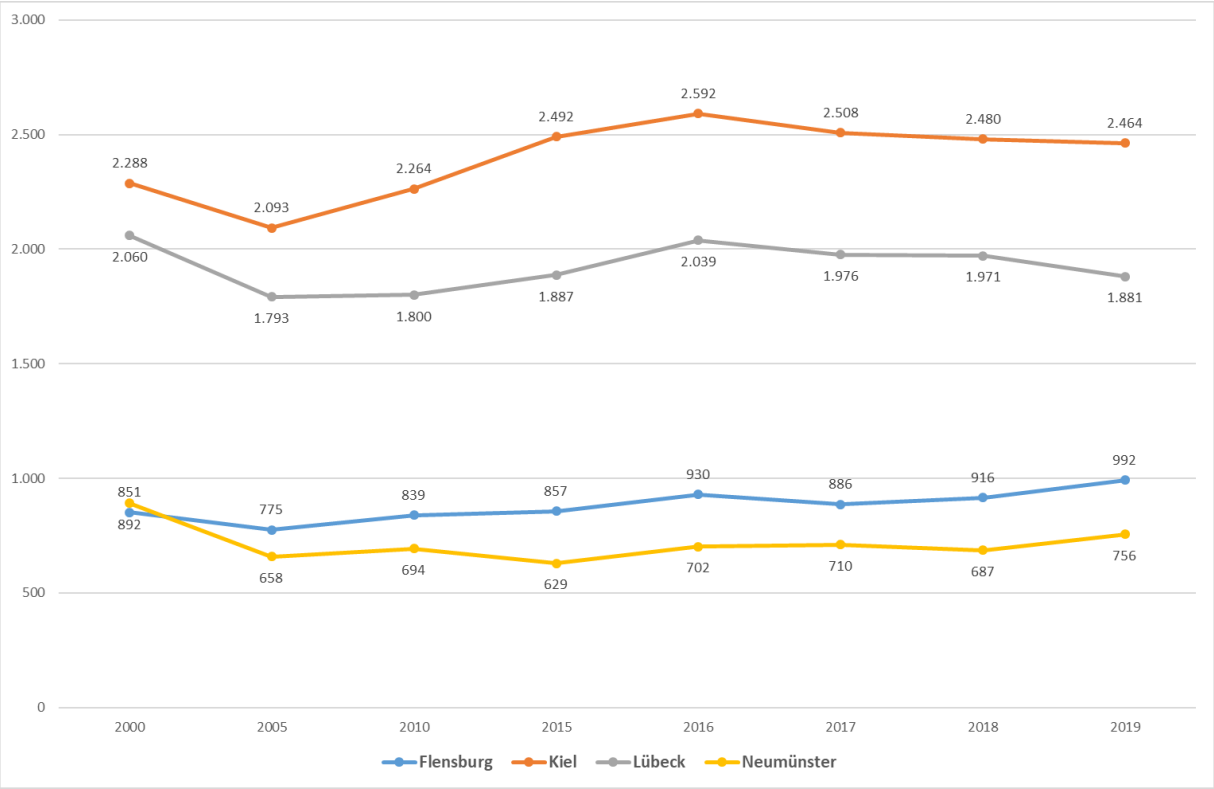
Abb. 3: Zahl der geborenen Kinder in den Kreisen zwischen 2000 und 2019



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Darstellung
Anmerkung: Die Zahlen für das Jahr 2020 standen bei Fertigstellung dieses Berichtes noch nicht zur Verfügung.

In den kreisfreien Städten hat Flensburg den stärksten relativen Zuwachs, während Lübeck und Neumünster sinkende Geburtenzahlen aufweisen.

Abb. 4: Zahl der geborenen Kinder in den kreisfreien Städten zwischen 2000 und 2019

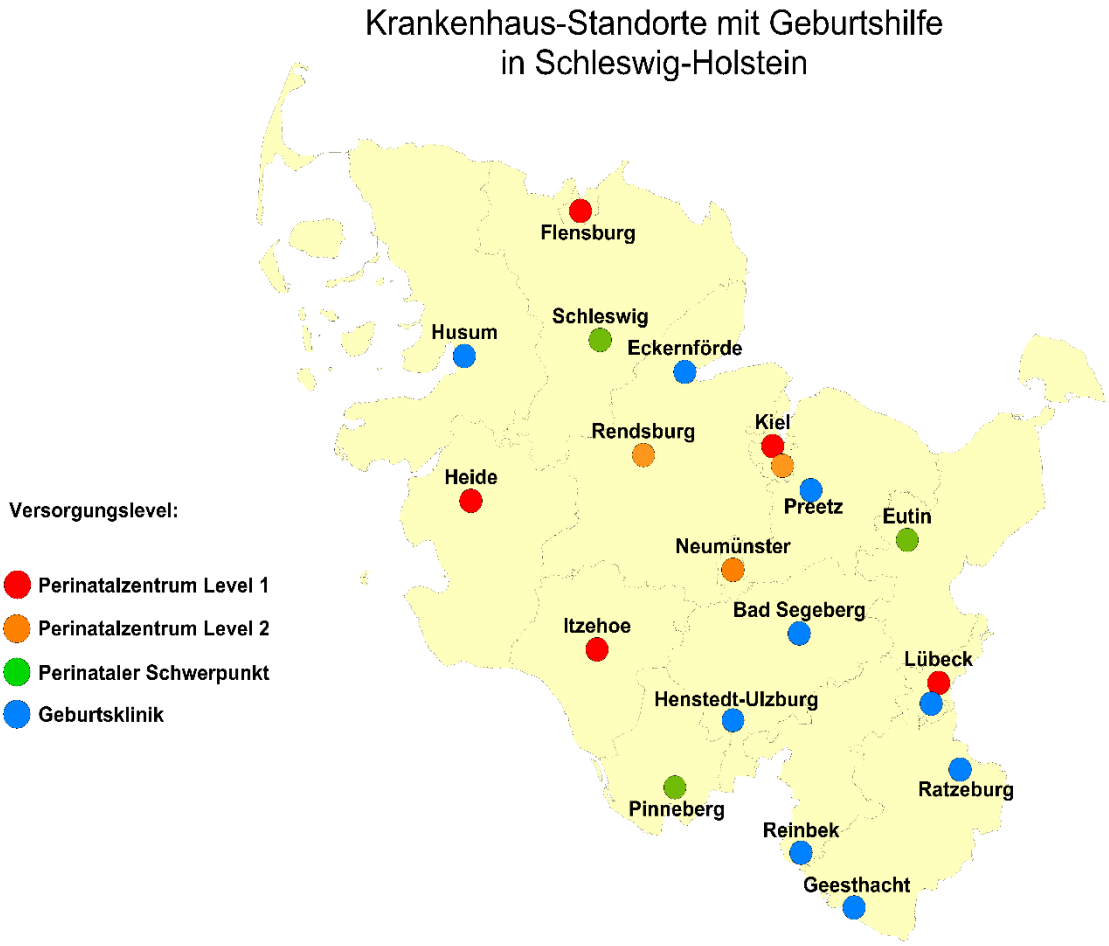


Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Darstellung
Anmerkung: Die Zahlen für das Jahr 2020 standen bei Fertigstellung dieses Berichtes noch nicht zur Verfügung.

5. Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein gibt es derzeit fünf Perinatalzentren Level 1, drei Perinatalzentren Level 2, drei perinatale Schwerpunkte sowie neun Geburtskliniken.

Abb. 5: Geburtshilfliche Einrichtungen



5.1 Außerklinische Geburten

In der Geburtshilfe wird grundsätzlich unterschieden zwischen außerklinischen Geburten und klinischen Geburten.

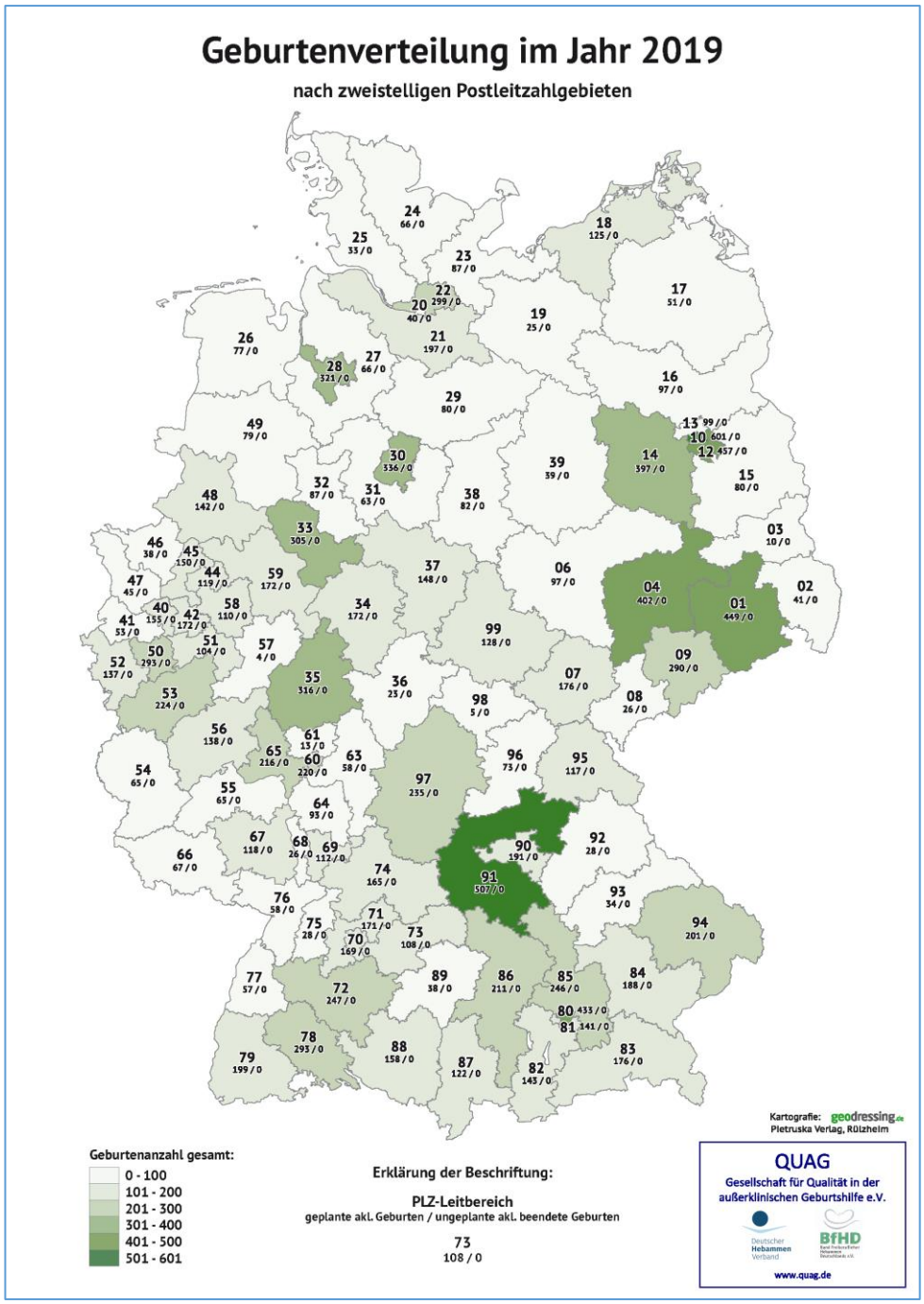
Unter einer außerklinischen Geburt werden Hausgeburten, Geburten in Geburtshäusern und Praxisgeburten sowie ebenfalls ungeplant außerhalb von Krankenhäusern erfolgte Geburten subsummiert.[10]

Eine amtliche Statistik zur Zahl der außerklinischen Geburten gibt es seit dem Jahr 1982 nicht mehr.

Einen Richtwert über die Anzahl der außerklinischen Geburten gibt es durch die Erhebungen des Vereins „Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG)“[11]. Für das Jahr 2019 ist den Veröffentlichungen zu entnehmen, dass in Schleswig-Holstein 170 geplante außerklinische Geburten bei der QUAG gemeldet wurden.

[10] Bei einer ungeplant außerklinisch begonnenen Geburt handelt es sich nicht automatisch um einen geburtsmedizinischen Notfall.
[11] https://www.quag.de/

Abb. 6: außerklinische Geburten

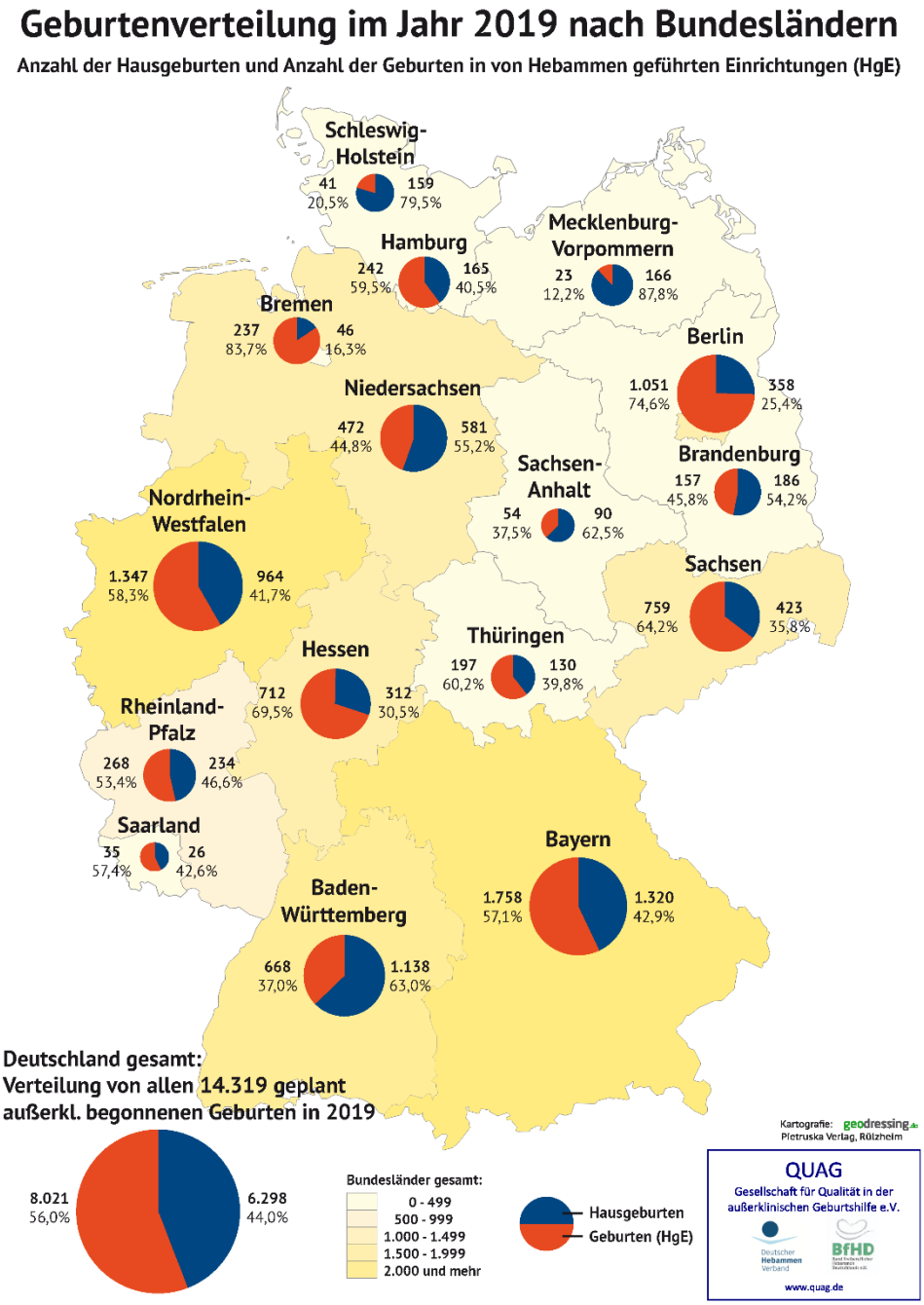


Bei einer Zuordnung nach nur zweistelligen Postleitzahlen ist zu beachten, dass die PLZ „20“ und „21“ sowohl Gebiete in Hamburg wie auch Schleswig-Holstein umfassen und die PLZ „23“ auch Gebiete in Mecklenburg-Vorpommern. Außerdem handelt es sich nicht um eine offizielle Erhebung, sondern um die Meldung von betreuenden Hebammen auf freiwilliger Basis. Es ist also keine Vollerhebung, insbesondere die Daten zu ungeplant außerklinisch beendeten Geburten dürften nicht vollständig sein.

Gesondert ausgewiesen werden die Geburten in von Hebammen geführten Einrichtungen und die Hausgeburten. Diese werden wiederum nach Bundesländern erhoben.

Eine Veröffentlichung der Zahlen für das Jahr 2020 lag bei Fertigstellung dieses Berichtes noch nicht vor.

Abb. 7: Hausgeburten



Nach den von Verein erhobenen Daten hat sich Zahl der als Hausgeburt begonnenen Geburten in Schleswig-Holstein zwischen den Jahren 2015 und 2019 kontinuierlich erhöht.

Tab. 3 Zahl der Hausgeburten und Geburten in Hebammen geleiteten Einrichtungen

	2015	2016	2017	2018	2019
Hausgeburt	95	110	122	141	159
HgE	51	39	36	33	41
Summe	146	149	158	174	200
Anteil an insg. geborenen Kindern in SH	0,62	0,59	0,63	0,69	0,81

Quelle: Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG); https://www.quag.de/

Trotz der Steigerung der absoluten Zahl der Hausgeburten und Geburten in Hebammen geleiteten Einrichtungen von 146 auf 200, bleibt dieser Anteil mit einer Steigerung von 0,62% auf 0,81% sehr gering bezogen auf die Gesamtzahl der in Schleswig-Holstein geborenen Kinder.

Der Anteil der außerklinischen Geburten (geplant und ungeplant) in Schleswig-Holstein liegt deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 1,57%[12]. Hinweise auf eine überdurchschnittlich hohe Zahl ungeplanter außerklinischer Geburten lassen sich aus diesen Daten nicht ablesen.

5.2 Klinische Geburten

Zu den klinischen Geburten zählen alle Geburten, die in einem Krankenhaus nach § 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz stattfinden. Hierbei ist nicht die für die Geburt verbrachte Zeit, Verweildauer, im Krankenhaus relevant, sondern allein die Geburt im klinischen Umfeld. Die Geburtshilfe unterscheidet bei den klinischen Geburten in einer spontanen Geburt und einem Sectio caesarea, dem Kaiserschnitt. Für eine qualitative, flächendeckende Versorgung von Früh-und Reifgeborenen wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein Versorgungskonzept und hierzu folgenden definierte Stufen definiert:

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1
  uneingeschränkte Versorgung von Früh-und Neugeborenen
- Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2
  Mindestgewicht der Früh- und Neugeborenen: 1.250 Gramm
- Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt
  Mindestgewicht der Früh- und Neugeborenen: 1.500 Gramm

[12] https://www.quag.de/quag/geburtenregional.htm

- Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik
  Entbindung reifer Neugeborener ohne vorhersehbare Komplikationen.

Für die Auswertungen in diesem Bericht werden die Versorgungsstufen als Betrachtungsmerkmal herangezogen

5.2.1 Zahl der Geburten in Schleswig-Holsteinischen Krankenhäusern

Im Folgenden findet sich eine Übersicht über die Zahlen der in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern geborenen Kinder. Bei der Bewertung muss darauf geachtet werden, welche Daten betrachtet werden. So liegt die Zahl der Geburten immer deutlich unter der der geborenen Kinder, da es eine nicht unerhebliche Zahl von Mehrlingsgeburten gibt.

Bei der Bewertung dieser Daten muss berücksichtigt werden, dass ca. 15 % der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner nicht in Krankenhäusern des Landes geboren werden, sondern z. B. in Hamburger Krankenhäusern oder – in deutlich geringerem Ausmaß – zu Hause. In den Daten der Übersicht sind auch die Kinder enthalten, deren Mütter ihren Wohnsitz außerhalb von Schleswig-Holstein haben. So werden in den Krankenhäusern in Lübeck und im Herzogtum-Lauenburg zu einem nicht unerheblichen Teil Kinder aus Mecklenburg-Vorpommern geboren.

Diese Daten sind daher Ausdruck der Leistungsfähigkeit der Geburtshilfen. Über die Zahl der neugeborenen Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner geben daher die Daten des Statistikamtes Nord Auskunft (Kapitel 4)

Tab. 4: Entwicklung der Geburtenzahlen in Schleswig-Holstein nach Krankenhaus 2015 bis 2020

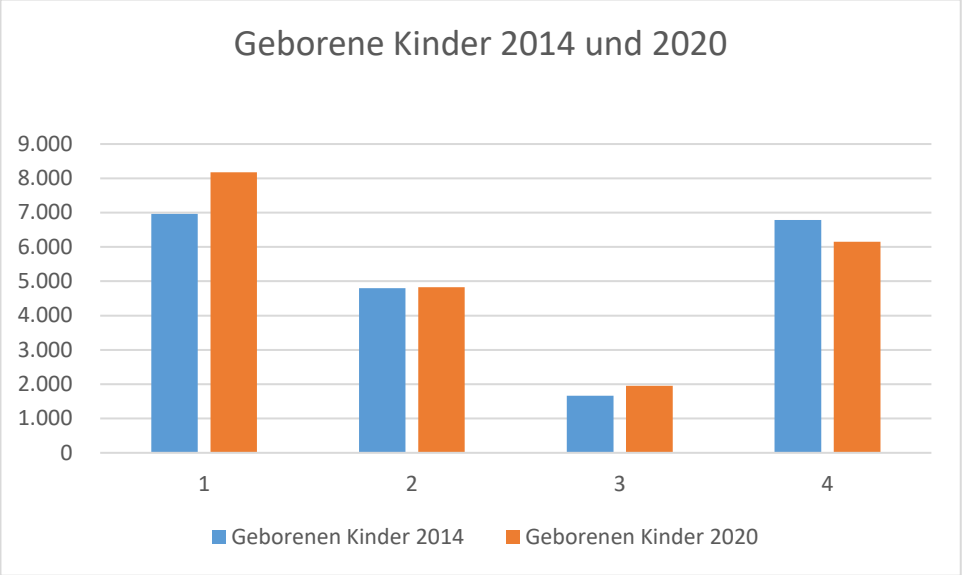
	Level	Kreis	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Veränderung 2020 zu 2019 in %	Veränderung 2020 zu 2015 in %
Diakonissen-KH Flensburg	1	Flensburg	1.744	1.920	1.932	1.926	1.946	1.842	-5,3	6,4
UKSH Campus Kiel	1	Kiel	1.415	1.407	1.500	1.597	1.682	1.773	5,4	25,9
UKSH Campus Lübeck	1	Lübeck	1.456	1.590	1.575	1.851	1.667	1.705	2,3	17,6
WKK Heide	1	Dithmarschen	934	1.089	1.080	1.091	1.058	1.033	-2,4	11,7
Klinikum Itzehoe	1	Steinburg	1.390	1.541	1.606	1.568	1.615	1.635	1,2	18,1
Städtisches KH Kiel	2	Kiel	1.872	1.972	1.954	1.889	1.839	1.732	-5,8	-8,3
FEK Neumünster	2	Neumünster	952	1.020	1.019	1.073	1.095	985	-10,0	3,8
imland Kliniken RD	2	Rendsburg-Eck.	937	960	989	899	922	1.041	12,9	11,6
Sana Kliniken OH Eutin	3	Ostholstein	1.139	1.133	1.166	1.097	905	1.003	10,8	-14,0
Regio Kliniken Pinneberg	3	Pinneberg	1.192	1.399	1.277	1.236	1.200	1.164	-3,0	-2,7
Helios Klinikum Schleswig	3	Schleswig-Flensburg	497	518	671	696	719	787	9,5	57,2
Marienkrankenhaus Lübeck	4	Lübeck	1.505	1.605	1.568	1.490	1.529	1.435	-6,1	-5,3
DRK-Krankenhaus Ratzeburg	4	Herzgt.-Lauenburg	312	362	335	336	302	290	-4,0	-6,2
Johanniter KH Geesthacht	4	Herzgt.-Lauenburg	618	743	735	722	707	760	7,5	20,2
Inselklinik Föhr-Amrum	4	Nordfriesland	45	x	x	x	x	x	0,0	0,0
Klinikum NF Husum	4	Nordfriesland	621	807	742	702	684	755	10,4	22,9
Klinikum NF Niebüll	4	Nordfriesland	239	112	x	x	x	x	0,0	0,0
Klinik Preetz	4	Plön	481	474	508	522	438	425	-3,0	-16,5
imland Kliniken Eck	4	Rendsburg-Eck.	690	826	586	617	589	303	-48,6	-71,3
Segeberger Kliniken	4	Segeberg	660	644	662	650	638	657	3,0	-0,5
Paracelsus Klinik Hen.-Ulz.	4	Segeberg	712	877	810	742	723	742	2,6	3,5
Krankenhaus Reinbek	4	Storman	846	951	858	859	771	781	1,3	-8,4
Gesamt			**20.257**	**21.950**	**21.573**	**21.563**	**21.029**	**20.848**	-0,9	3,1

Quelle: Geburtenliste 2020 Schleswig-Holstein, Milupa Nutricia GmbH (Eigene Darstellung MSGJFS)

Insgesamt wurden in den Jahren 2015 bis 2020 3,1% mehr Kinder in den Krankenhäusern Schleswig-Holsteins geboren. Dabei liegt die Zahl der geborenen Kinder aber immer noch deutlich unter dem Durchschnitt der Jahre bis 2005 bis 2014. Im Vergleich der Jahre 2019 zu 2020 gibt es einen marginalen Rückgang von 0,9%. Bei dieser nahezu stagnierenden Anzahl der Geburten ist aber eine Verschiebung zwischen den einzelnen Krankenhäusern zu erkennen. Während das UKSH in Kiel im Jahr 2020 5,4% mehr Geburten hatte, ist im Städtischen Krankenhaus Kiel ein Rückgang von 5,8% zu sehen. Einen großen Zuwachs an Geburten meldet die Sana Klinik OH mit einem Anstieg von 10,8 %.

Eine weitere deutliche Verschiebung gab es im Jahr 2020 bei den Standorten der Imland Kliniken Rendsburg und Eckernförde. Während in Eckernförde durch die Corona-Pandemie bedingte Schließung der Geburtshilfe nur noch 303 Geburten durchgeführt werden konnten, stiegen die Geburten am Standort Rendsburg auf 1.041 an, was einer Erhöhung um 12,9% im Vergleich zum Jahr 2019 entspricht.

Abb. 8: Geborene Kinder 2014 und 2020 nach Versorgungsstufe



Quelle: Eigene Auswertung MSGJFS

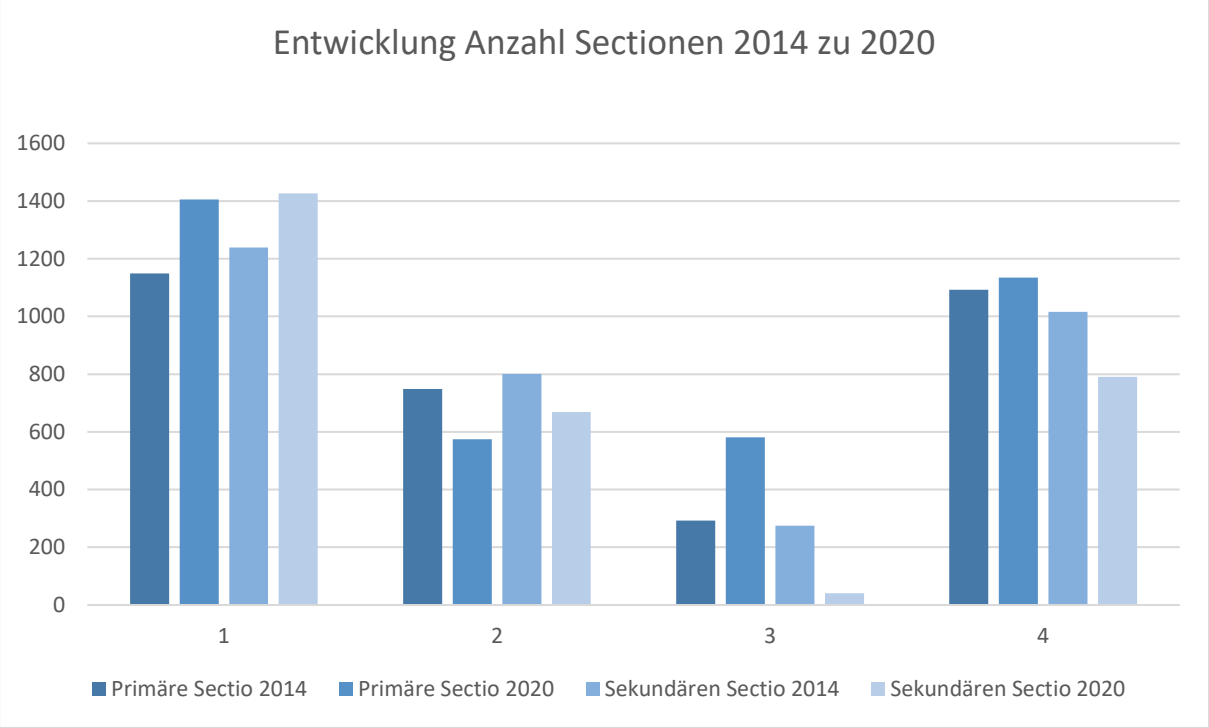
In dem oben gezeigten Diagramm ist die Entwicklung der in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern geborenen Kinder in den Jahren 2014 und 2020 nach Versorgungslevel der Klinik zu sehen. Die Level 1 Zentren verzeichnen hier einen Anstieg von 1.209 geborenen Kinder. Ebenso hatten die Level 2 und 3 Zentren einen Anstieg der geborenen Kinder von insgesamt 316. Davon sind 29 den Level 2 Zentren und 287 den Level 3 Zentren zuzuordnen. Einen deutlichen Rückgang gab es bei den Level 4 Zentren, die im Jahr 2020 629 weniger geborene Kinder meldeten als im Jahr 2014.

Der Anteil der Geburten stieg in einem Zentrum mit angeschlossener Kinderklinik in den Jahren 2014 bis 2020 von 67,6% auf 70,5%. Betrachtet man nur die Level 1 Zentren so stieg der Anteil von 34,9% auf 38,3%.

Die Geburtshilfe unterscheidet bei den klinischen Geburten zwischen einer spontanen Geburt und einem Sectio caesarea, dem Kaiserschnitt. Dabei wird nochmals in primäre Sectio und sekundäre Sectio unterschieden. Bei der primären Sectio handelt es sich um einen Kaiserschnitt, der schon vor der Geburt von den Eltern und den Ärzten geplant wird. Die sekundäre Sectio ist ein Kaiserschnitt, zu dem sich die Geburtshelfer unter der Geburt entscheiden, wenn die Gesundheit von Mutter oder Kind gefährdet ist. Eine besondere Herausforderung in der Geburtshilfe ist der Notfallkaiserschnitt. Ist dieser notwendig, dürfen von der ärztlichen Entscheidung bis zur vollständigen Entbindung des Kindes nicht mehr als 20 Minuten vergehen. Dieses ist in der Geburtshilfe ein wesentliches Qualitätskriterium.

Die Kaiserschnittraten haben sich in den Jahren 2014 zu 2020 wie in der untenstehenden Graphik entwickelt.

Abb. 9: Zahl der Kaiserschnitte nach Versorgungsstufe



Quelle: Daten der Krhs. nach KHEntgG; eigene Darstellung

In der Abbildung ist zu erkennen, dass es besonders in den Level 1 Kliniken einen Anstieg der Kaiserschnitte zwischen den Jahren 2014 und 2020 gab. Die primären Sectionen haben sich hierbei um 256 erhöht und die sekundären Sectionen um 188. Diese Entwicklung zeigt sich auch in den Versorgungsstufen drei und vier. Ein rückläufiger Trend ist ausschließlich in den Kliniken des zweiten Levels zu verzeichnen. Hier gingen die Sectionen insgesamt um 307 zurück.

Ein anderes Bild ergibt sich in den Vergleichsjahren 2019 zu 2020. Im Jahr 2019 gab es 1.002 mehr primäre Sectionen als im Jahr 2020. Dafür sind die sekundären Sectionen um 1.102 gesunken. Die absolute Zahl der Kaiserschnitte hat sich dabei nur um 100 erhöht. Damit gibt es weiterhin einen Trend zu geplanten Kaiserschnitten – auch um Kaiserschnitte nach Beginn des Geburtsvorgangs zu vermeiden.

5.2.2 Bedeutung der Perinatalzentren für die Versorgung

Den Perinatalzentren der Stufe 1 bis 3 – also eine Geburtshilfe mit angeschlossener Kinderklinik, die die entsprechenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllen, kommt für die Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung eine zentrale Bedeutung zu. Neben der Sicherstellung der Versorgung kooperieren Level 1 und 2 Zentren mit den umliegenden Geburtshilfen ohne eigene Kinderklinik und machen so auch die Geburt in einer Level 4 Klinik sicherer. Insbesondere die Level 1 und 2 Zentren sind wichtig für die Ausbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals in den Bereichen der Neonatologie und pädiatrischen Intensivmedizin.

Damit wird eine qualitativ hochwertige regionale Versorgung für die Geburtshilfe gewährleistet. Dies kommt nicht alleine nur den Frühgeborenen, sondern allen Neugeborenen und darüber hinaus den Kindern aller Altersstufen zugute. Etwa 12 bis 15 Prozent aller neugeborenen Kinder werden krankenhauspflichtig; dies entspricht bei 24.653 geborenen Kindern in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern im Jahr 2020 zwischen 2.958 und 3.698 kranken Neugeborenen.

Die Perinatalzentren der Level 1 und 2 stellen die Versorgung für alle Kinder sicher, die eine intensivmedizinische Behandlung auf höchstem Niveau benötigen. Dies können u.a. unvorhersehbare Notfälle, ungeplant zu früh geborene Kinder sowie Unfälle und schwere Infektionen sein.

Weiterhin gehört zu den Aufgaben der Perinatalzentren die Begleitung und Verzögerung einer drohenden Frühgeburt, um dem Kind durch den Erhalt der Schwangerschaft einen besseren Start ins Leben zu ermöglichen.

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick zu den Zahlen der Früh- und Neugeborenen in den Perinatalzentren der Level 1 und Level 2 in den Jahren von 2017 bis 2020.

Tab. 1 Früh- und Neugeborene in den Perinatalzentren Level 1 2017 - 2020

	2020		2019		2018		2017	
Krankenhaus	<1.250g	1.250 bis <1.500g	<1.250g	1.250 bis <1.500g	<1.250g	1.250 bis <1.500g	<1.250g	1.250 bis <1.500g
WKK Heide	13	8	13	8	8	5	19	10
Diako Krhs. Flensburg	19	11	25	14	16	8	22	12
UKSH Campus Kiel	29	14	27	12	43	38	52	22
UKSH Campus Lübeck	39	19	46	14	39	10	45	12
Klinikum Itzehoe	15	11	16	6	19	10	16	4
Gesamt	**115**	**63**	**127**	**54**	**125**	**71**	**154**	**60**

Quelle: Eigene Auswertung des MSGJFS

Tab. 2 Früh- und Neugeborene in den Perinatalzentren Level 2 2017 - 2019

	2020		2019		2018		2017	
Krankenhaus	<1.250g	1.250 bis <1.500g	<1.250g	1.250 bis <1.500g	<1.250g	1.250 bis <1.500g	<1.250g	1.250 bis <1.500g
imland Kliniken Rendsburg	1	1	5	7	3	2	2	1
FEK Neumünster	7	4	6	6	5	7	9	5
Städtisches Krankenhaus Kiel	4	4	3	6	4	6	3	6
Gesamt	**12**	**9**	**14**	**19**	**12**	**15**	**14**	**12**

Quelle: Eigene Auswertung des MSGJFS

Auch wenn Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 g möglichst nur in Level 1 Zentren zur Welt kommen sollen, werden auch immer wieder Kinder mit diesem geringen Geburtsgewicht in Level 2 Zentren geboren – oder sehr viel seltener auch in Level 3 oder gar Geburtskliniken. Dann handelt es sich hierbei um Notfälle oder

– das kommt in Level 2 Zentren vor – die Bestimmung des voraussichtlichen Geburtsgewichtes ist von dem dann tatsächlichen Geburtsgewicht abgewichen. Aus Level 3 Zentren oder Geburtskliniken erfolgt dann eine Verlegung in ein Level 1 Zentrum. Aus einem Level 2 Zentrum erfolgt einer Verlegung nur, wenn diese zwingend medizinisch geboten ist. Häufiger können diese Kinder auch im Level 2 Zentrum verbleiben, da dieses Zentrum auch über eine entsprechend neonatologische Intensivmedizin verfügt.

Große Zentren der Level 1 und 2 sind zugleich wesentlich für die Sicherstellung der Versorgung in der Kinderheilkunde.

Tab. 7 Fallzahlen in der Kinderheilkunde 2019

Krankenhaus	Level	Fallzahl
Diako Krhs. Flensburg	1	2.232
UKSH Kiel	1	3.479
UKSH Lübeck	1	5.912
WKK Heide	1	2.053
Klinikum Itzehoe	1	2.765
FEK Neumünster	2	2.851
Städt. Krhs. Kiel	2	2.424
imland Rendsburg	2	1.399
Sana Klinik Eutin	3	1.351
Sana Klinik Pinneberg	3	1.079
Helios Klinik Schleswig	3	1.537

Quelle: Grunddaten der Krankenhausstatistik

Mit Ausnahme der Fachklinik „Norddeutsches Epilepsiezentrum“ in Raisdorf sind Fachabteilungen für Kinderheilkunde immer an einem Zentrum des Levels 1 bis 3 angesiedelt. Nur in solch einer vernetzten Struktur lassen sich die Anforderungen an eine qualifizierte Kinderheilkunde sicherstellen.

5.2.3 Bedeutung geburtshilflicher Abteilungen

Neben den elf Perinatalzentren verfügt Schleswig-Holstein zusätzlich über acht Geburtskliniken.

Geburtskliniken verfügen über keine pädiatrische Abteilung. Die kinderärztliche Versorgung der Neugeborenen wird über Belegärzte, Konsiliarärzte oder Kooperationen mit Level 1 oder 2 Zentren sichergestellt. Damit ist jedoch keine kinderärztliche 24-Stunden Versorgung gewährleistet.

Die entsprechenden Richtlinien sowohl des G-BA als auch die Richtlinien der Fachgesellschaften sehen daher vor, dass in Geburtskliniken nur Schwangere mit keinem oder nur sehr geringem medizinischen Risiko für Mutter und Kind entbinden sollen.

Für die Geburtskliniken gibt es keine G-BA Richtlinie, die Fragen der Mindestausstattung oder Personalvorhaltung regelt. Allerdings sollten auch die Geburtskliniken, unabhängig von ihrer Größe, die in den Leitlinien[13] der Fachgesellschaften formulierten Mindestanforderungen zur Strukturqualität (insbesondere an die Ausstattung und an die Personalvorhaltung) erfüllen.

Gerade kleinere Geburtskliniken mit deutlich unter 400 Geburten jährlich haben immer größere Schwierigkeiten, das notwendige Fachpersonal zu gewinnen. Dieses betrifft insbesondere den ärztlichen Bereich und die Hebammen.

5.3 Säuglings- und Neugeborenensterblichkeit

Für die Sterblichkeit von Kindern vor und kurz nach der Geburt sowie im 1. Lebensjahr gibt es verschiedene Indikatoren, die die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder[14] auswerten. Im Folgenden wird der aktuelle Stand – soweit verfügbar – folgender Indikatoren dargestellt:

- Totgeborene und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene je 100.000 Lebend- und Totgeborene
- Neugeborenensterblichkeit ist definiert als Zahl der innerhalb der ersten 28 Tage nach der Geburt gestorbenen Kinder je 1.000 Lebendgeburten.
- Säuglingssterblichkeit ist definiert als Sterbefälle im ersten Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene

Hauptursachen für den Tod eines lebendgeborenen Kindes sind neben einem Geburtsgewicht unter 1.500g, Fehlbildungen (z. B. des Herz-Kreislaufsystems, Chromosomenanomalien) oder die Säuglinge, die unter den Folgen von Schwangerschafts- und/oder Geburtskomplikationen leiden.

Alle Daten dieses Kapitels sind der Gesundheitsberichterstattung des Bundes entnommen (www.gbe-bund.de).

[13] Abrufbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-001l_S1_Perinatologische_Versorgung_2015-05-abgelaufen.pdf
[14] Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe-bund.de

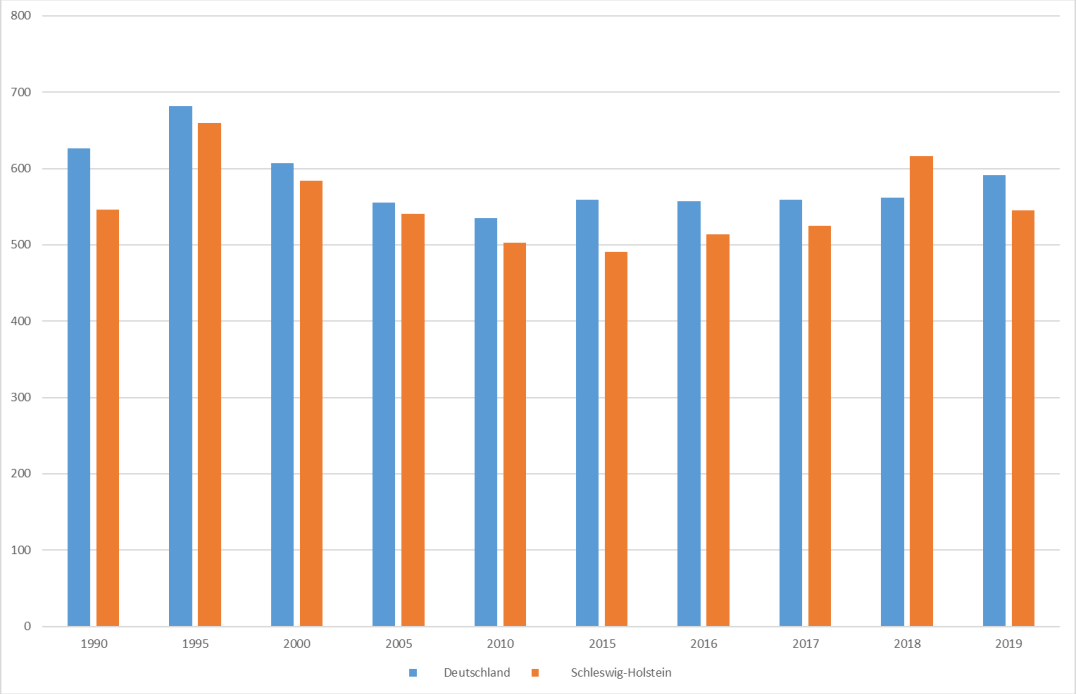
Totgeborene

Schleswig-Holstein liegt mit Ausnahme des Jahres 2018 unter dem Bundesdurchschnitt. Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes der Indikator für eine bessere Vergleichbarkeit auf 100.000 Lebend- und Totgeborene bezogen wird. Daher wirken die Zahlen sehr hoch. Die absoluten Zahlen sind jedoch sehr niedrig, wie z. B. bei den Daten zur Säuglingssterblichkeit deutlich wird. Daher können schon singuläre Ereignisse deutliche Auswirkungen haben.

Tab. 8 Übersicht Totgeborene und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene je 100.000 Lebend- und Totgeborene

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Deutschland	**626**	**682**	**607**	**555**	**535**	**559**	**557**	**559**	**562**	**591**
Baden-Württemberg	580	623	571	510	442	495	549	525	478	553
Bayern	546	582	561	502	498	484	524	503	490	522
Berlin	673	719	693	595	620	646	558	573	624	640
Brandenburg	729	708	589	611	662	516	656	626	546	577
Bremen	521	866	837	527	570	840	823	796	695	696
Hamburg	543	684	677	481	465	570	492	476	462	599
Hessen	580	624	588	560	587	555	564	560	575	531
Mecklenburg-Vorpommern	847	795	702	540	590	502	637	609	611	740
Niedersachsen	578	638	663	602	584	699	547	568	580	645
Nordrhein-Westfalen	664	771	619	624	595	640	620	623	639	640
Rheinland-Pfalz	634	732	642	480	502	499	566	548	550	624
Saarland	596	727	646	705	409	570	679	599	575	622
Sachsen	682	738	469	441	497	448	423	489	547	566
Sachsen-Anhalt	701	751	633	557	461	532	397	653	617	682
Schleswig-Holstein	**546**	**660**	**584**	**541**	**503**	**491**	**514**	**525**	**616**	**545**
Thüringen	792	837	680	578	426	417	459	473	531	515

Abb: 10: Vergleich Totgeborene und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene je 100.000 Lebend- und Totgeborene Deutschland und Schleswig-Holstein



Neugeborenensterblichkeit

Im Bundesdurchschnitt liegt die Sterberate in den letzten Jahren auf einem niedrigen Niveau und schwankt zwischen 2,2 und 2,7 je 1.000 lebendgeborene Kinder.
In Schleswig-Holstein schwankt der Wert stärker, da insgesamt die Fallzahlen sehr klein sind. Schon singuläre Ereignisse können zu statistischen Veränderungen führen können.

Daher ist es sinnvoll und üblich die Sterberate von mehreren Jahren zusammen zu fassen, um den Einfluss singulärer Ereignisse zu verkleinern.

Aus den 3-Jahres-Werten ergibt sich in der langfristigen Betrachtung ein leicht sinkender Wert. Allerdings führt auch in der 3-Jahres Betrachtung der erhöhte Wert des Jahres 2018 zu einem Anstieg.

Abb. 11: Entwicklung der Neugeborenensterblichkeit

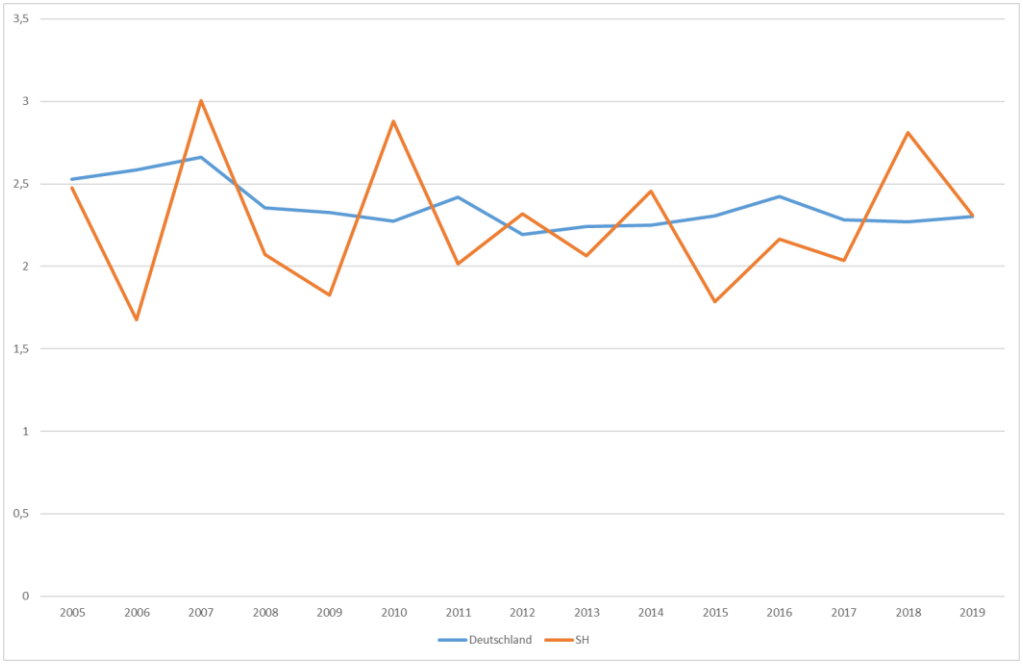
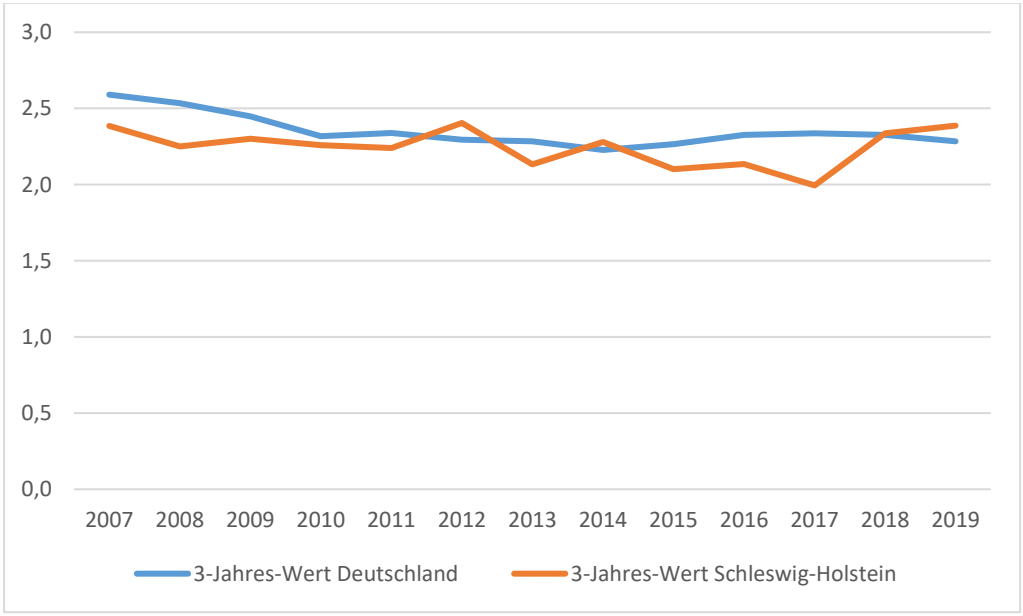


Abb. 12: Entwicklung der Neugeborenensterblichkeit als 3-Jahres-Wert



Aus der vorhandenen Korrelation zwischen Sterberate und Geburtsgewicht lässt sich schließen, dass die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborener“ definierten Aufnahme- und Zuweisungskriterien, Anforderungen an die personelle Ausstattung, die Infrastruktur und Dienstleistungen für die Perinatalzentren effektiv sind.

Ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung ist die risikoadäquate Versorgung. D.h. schwangeren Frauen sollen schon vor der Geburt eine dem mütterlichen und kindlichen Risiko geeigneten Versorgungsstufe zugewiesen werden.

Für den Bereich Schwangerschaft werden u.a. von dem Bundesministerium für Gesundheit diverse Präventionsprojekte zur Verringerung der Schwangerschafts- und Geburtsrisiken gefördert, wodurch bereits zu Beginn der Schwangerschaft Einfluss auf das Sterberisiko des Kindes genommen wird.

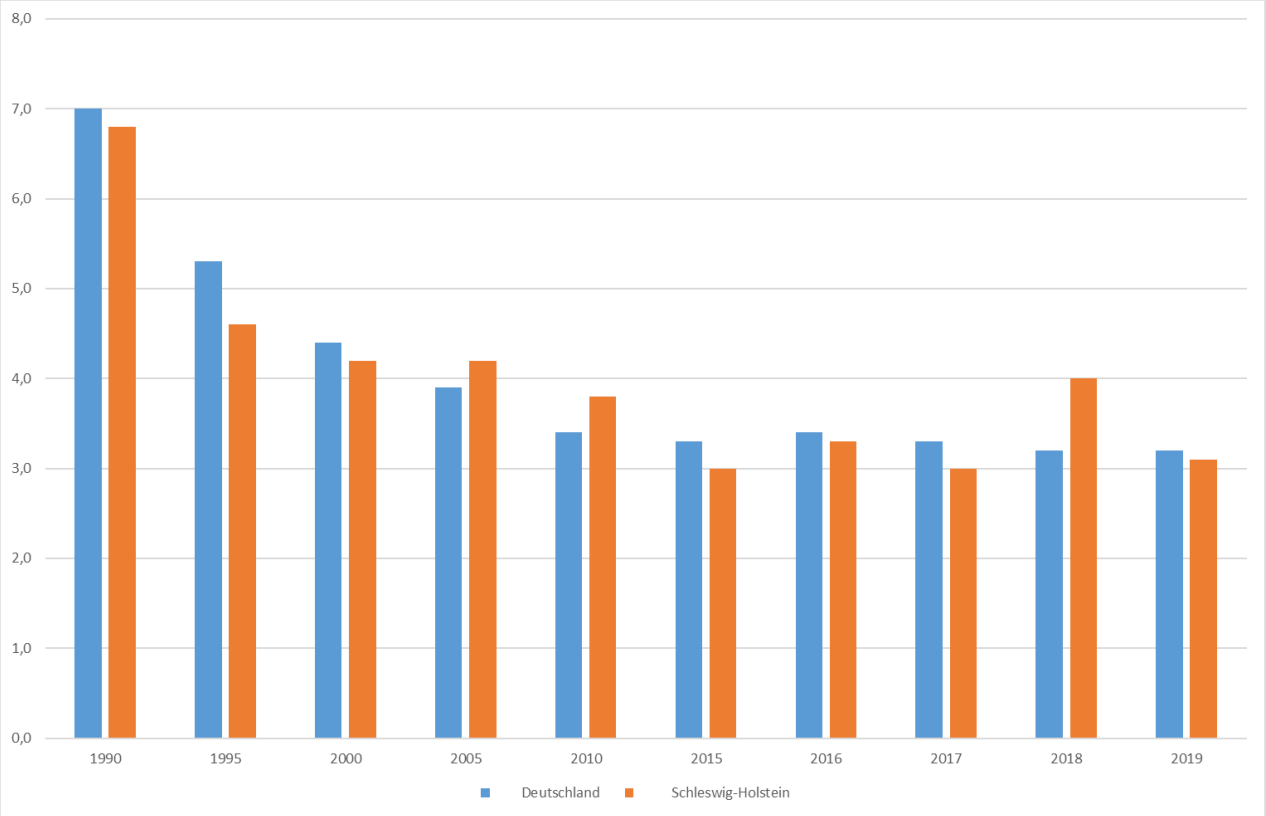
Säuglingssterblichkeit

In der Säuglingssterblichkeit werden schließlich alle Sterbefälle im 1. Lebensjahr erfasst. Auch bei diesem Indikator gilt, dass aufgrund der insgesamt sehr niedrigen Zahlen einzelne Ereignisse zu Auffälligkeiten führen. Seit 1990 hat sich die Säuglingssterblichkeit mehr als halbiert. Schleswig-Holstein bewegt sich weitgehend im Bundesdurchschnitt oder darunter mit Ausnahme der Jahre 2005, 2010 und 2018.

Tab. 9 Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Deutschland	7,0	5,3	4,4	3,9	3,4	3,3	3,4	3,3	3,2	3,2
Baden-Württemberg	6,4	4,7	3,9	3,3	3,2	2,9	3,4	3,4	2,6	3,0
Bayern	6,2	5,0	3,9	3,5	3,0	2,8	3,0	2,6	2,6	2,9
Berlin	8,2	5,6	3,7	3,4	3,0	3,2	3,4	2,7	3,6	3,0
Brandenburg	7,4	4,9	3,7	4,1	3,4	2,6	3,3	2,7	2,2	2,7
Bremen	7,4	5,6	8,2	5,3	4,8	4,5	4,1	4,7	5,3	4,3
Hamburg	6,1	4,9	4,5	4,6	3,9	3,4	2,7	3,2	2,7	3,2
Hessen	6,2	4,6	4,3	3,9	3,2	3,1	2,9	3,0	3,1	3,1
Mecklenburg-Vorpommern	7,2	4,6	4,4	3,4	2,5	2,6	3,2	3,2	2,8	2,2
Niedersachsen	7,0	5,7	4,9	4,5	4,2	3,6	3,9	3,9	3,8	3,9
Nordrhein-Westfalen	7,7	5,8	4,9	4,6	4,2	4,1	4,1	3,8	3,8	3,7
Rheinland-Pfalz	8,1	5,5	5,1	3,8	3,1	3,5	3,4	3,7	3,4	3,0
Saarland	6,6	6,4	4,3	4,3	2,8	3,3	4,4	2,9	3,8	3,7
Sachsen	6,7	5,7	3,7	3,4	2,2	2,4	2,2	2,3	2,3	2,5
Sachsen-Anhalt	8,0	6,2	4,2	3,1	2,8	3,7	2,9	4,0	2,8	2,2
Schleswig-Holstein	6,8	4,6	4,2	4,2	3,8	3,0	3,3	3,0	4,0	3,1
Thüringen	8,0	5,8	4,2	4,1	2,5	2,8	2,9	2,6	3,0	2,8

Abb. 13: Vergleich Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene Deutschland und Schleswig-Holstein



5.4 Geburtshilfe im ländlichen Raum sowie auf den Inseln und Halligen

Im ländlichen Raum (ohne Inseln) gibt es zwar in einigen wenigen Regionen weitere Wege zur nächsten geburtshilflichen Abteilung, aber für die weit überwiegende Zahl der Frauen ist eine Geburtshilfe immer noch in deutlich weniger als 45 Minuten zu erreichen. Analysen in den vergangenen Jahren[15] haben auch immer wieder gezeigt, dass die Entfernung zur nächsten geburtshilflichen Abteilung nicht das einzige – und oftmals nicht das wesentlichste – Kriterium für die Auswahl der Geburtsklinik ist. Das konkrete Versorgungsangebot und die Rahmenbedingungen (z. B. Begleitung durch den Partner) geben oft den Ausschlag für die Wahl der Geburtsklinik. Nicht geplante außerklinische Geburten oder gar geburtshilfliche Notfälle sind immer noch sehr seltene Ereignisse. Statistiken stehen für die seltenen Ereignisse der geburtshilflichen Notfälle nicht zur Verfügung. Es gibt jedoch in Schleswig-Holstein keine Hinweise darauf, dass diese im ländlichen Raum häufiger auftreten als in städtischen Regionen.

[15] Bericht der Landesregierung – Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein (Drucksache 18/3338), S. 54 ff.

Geburtshilfe auf den Inseln

Die medizinische Versorgung auf Inseln und Halligen unterliegt genau wie die Geburtshilfe besonderen Rahmenbedingungen. Der Sicherstellung der Notfallversorgung kommt hier eine ganz besondere Bedeutung zu und ist aufgrund der geografischen Lage und der Erreichbarkeit eine große Herausforderung. Dieses ist bei der Geburtshilfe nicht anders.

Die auf den Inseln vorhandenen Krankenhäuser auf Helgoland, Fehmarn, Föhr und Sylt dienen im Notfall der allerersten Versorgung und der Stabilisierung des Patienten bis eine Verlegung in ein Festlandskrankenhaus möglich ist. Weder die Behandlung komplexer Erkrankungen ist möglich, noch Maßnahmen mit erheblichen strukturellen und personellen Vorhaltungen. Zu letzteren gehört auch die Geburtshilfe. Auf Helgoland gibt es schon seit Anfang der 2000er Jahre keine Geburten mehr, die Geburtshilfe auf Sylt musste 2014 geschlossen werden und die auf Föhr im Jahr 2015. Für Frauen von der Insel Fehmarn ist mit der Schließung der Geburtshilfe in Oldenburg im Jahr 2014 der Weg zur nächsten Geburtsklinik weiter geworden.

Tab. 10 Zahl der Geburten auf den Inseln und des jeweiligen Kreises

Zahl der Geburten / Jahr	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Kreis Nordfriesland - gesamt	1.218	1.251	1.388	1.343	1.339	1.277
Sylt	106	123	135	143	137	99
Föhr	57	70	53	52	62	57
Pellworm	10	3	6	8	7	10
Kreis Ostholstein - gesamt	1.276	1.316	1.366	1.419	1.490	1.307
Fehmarn	70	70	70	69	78	81
Kreis Pinneberg - gesamt	2.572	2.687	2.927	2.857	2.982	2.781
Helgoland	10	9	9	8	4	14

Quelle: Statistikamt Nord

Da die absolute Zahl der Geburten selbst auf Sylt mit einer Zahl zwischen rund 100 und 140 verhältnismäßig klein ist, lässt sich auch bei einer Betrachtung über 6 Jahre kein Trend erkennen – so hat die Schließung geburtshilflicher Abteilungen nicht zu weniger Geburten mit Wohnsitz der Mutter auf einer Insel geführt.

Wahrscheinlicher ist, dass die Entwicklung dem allgemeinen Trend folgt – also einem Anstieg der Zahl der Geburten zwischen den Jahren 2015 und 2018 mit einer Stagnation ab dem Jahr 2019. Für das Jahr 2020 sind noch keine Daten auf Gemeindeebene veröffentlicht.

Eine detaillierte Betrachtung zu den Gründen der Schließung der Geburtshilfen sowie der Grundlagen für die Erarbeitung der Maßnahmen findet sich im 2. Bericht zur Geburtshilflichen Situation (Drucksache 18/3338).

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass es die größten Diskussionen und Unsicherheiten auf den Inseln Föhr und Sylt gibt. Dieses hat vermutlich zwei Gründe: Es sind die beiden Inseln mit den meisten Geburten und die Schließung der geburtshilflichen Abteilungen liegt erst wenige Jahre zurück.

Sylt und Föhr sind die einzigen Inseln, auf denen es wiederholt zu ungeplanten außerklinischen Geburten oder gar geburtshilflichen Notfällen kommt.

Tab. 11 Ungeplante Hausgeburten auf Sylt und Föhr

	2019	2020
Insel Föhr	2	5
Insel Sylt	2	8

Quelle: Koordinierungsstelle NF (Meldung Hebammen)

Tab. 12 Zahl der Geburten in den Insel-Krankenhäusern auf Sylt und Föhr (geburtshilfliche Notfälle)

	2019	2020
Insel Föhr	1	1
Insel Sylt	2	3

Quelle: MSGJFS; Daten Krhs. KHEntgG

Nach der Schließung der Geburtshilfen auf Sylt und Föhr lag und liegt der Fokus der Maßnahmen zur Sicherung von Schwangerschaft und Geburt auf diesen Inseln. Die wichtigsten Maßnahmen und deren aktueller Stand werden in Kapitel 7 dargestellt:

5.5 Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Geburtshilfe

Die Jahre 2020 und 2021 waren bzw. sind geprägt durch die Corona-Pandemie. Dieses hatte und hat auch Auswirkungen auf die Geburtshilfe. In den vergangenen Monaten hat es in den Krankenhäusern zum Teil sehr restriktive Vorgaben gegeben bezüglich „Besuche im Krankenhaus“ und „Begleitpersonen im Krankenhaus“. Davon konnten die geburtshilflichen Abteilungen nicht ausgenommen werden. In der ersten Phase der Pandemie wurde dieses durch ein weitgehendes Verständnis der schwangeren Frauen und ihrer Begleitpersonen getragen. Eine der ersten Lockerungen in den Krankenhäusern war dann die Wieder-Zulassung von Begleitpersonen im Kreißsaal, wenn auch mit restriktiven Rahmenbedingungen. Die Anfragen und Beschwerden von schwangeren Frauen und von den Krankenhäusern in den letzten Monaten haben nochmals deutlich gemacht, dass dieses ein ganz wichtiges Thema bei der Geburt ist und für die Krankenhäuser ein wichtiges Wettbewerbsinstrument.

In der Öffentlichkeit wurden und werden eine Reihe von Auswirkungen der Pandemie auf die Geburtshilfe diskutiert, die so nicht oder noch nicht bestätigt werden können.

Dazu gehört z. B. die Hypothese von steigenden Geburtszahlen durch die Lockdowns oder die von weniger Frühgeburten. Bei einigen Daten gibt es zumindest Hinweise auf Abweichungen vom langjährigen Durchschnitt, so dass dieses weiter untersucht werden sollte.

Steigende Geburtenzahlen durch den Lockdown

Im Jahr 2020 ist die Zahl der Neugeborenen in Schleswig-Holstein mit minus 1,1% marginal gegenüber 2019 gesunken, bundesweit sank die Zahl der Geburten um 0,6%.

Für die Erstellung dieses Berichtes wurde bei den Krankenhäusern die Zahl der Geburten im 1. Quartal 2021 abgefragt.

Tab. 13 Geburten 1. Quartal 2021

KH Name	Level	Geburten 1. Quartal 2020	Geburten 1. Quartal 2021	Veränderung abs.	Veränderung rel.
Diako Krhs. Flensburg	1	429	461	32	7%
UKSH Campus Kiel	1	461	440	-21	-5%
Städtisches Krankenhaus Kiel	2	428	462	34	8%
UKSH Campus Lübeck	1	412	376	-36	-9%
Kath. Marien-Krankenhaus Lübeck	4	309	356	47	15%
FEK Neumünster	2	241	260	19	8%
Westküstenklinikum Heide	1	250	281	31	12%
DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg	4	78	81	3	4%
Johanniter Krankenhaus Geesthacht	4	189	196	7	4%
Klinikum Nordfriesland - Husum	4	190	133	-57	-30%
Sana Kliniken Eutin	3	226	267	41	18%
Regio Kliniken Pinneberg	3	290	274	-16	-6%
Klinik Preetz	4	108	81	-27	-25%
imland Rendsburg	2	217	236	19	9%
imland Eckernförde	4	102	120	18	18%
Helios Klinik Schleswig	3	267	277	10	4%
AK Segeberger Kliniken	4	154	173	19	12%
Klinikum Itzehoe	1	382	411	29	8%
Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg	4	171	165	-6	-4%
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift	4	213	160	-53	-25%
Summe		**5.117**	**5.210**	**93**	**2%**

Quelle: Eigene Auswertung

Die Zahl der Geburten steigt erkennbar an um 2%. Es ist interessant, dass es – wie auch im Jahr 2020 – bei den einzelnen Standorten sehr unterschiedliche Entwicklungen gibt. Diese reichen von einem 30 %igen Rückgang im Klinikum Husum bis zu einer Zunahme von 18% in den Kliniken in Eutin und Eckernförde.

Sinkende Zahlen bei Frühgeburten

In der öffentlichen Berichterstattung wurde von Daten aus Skandinavien berichtet, die nahe legen, dass die Zahl der Frühgeburten im Lockdown gesunken sei.

In Schleswig-Holsteinischen Krankenhäusern gab es im Durschnitt der Jahre 2017 bis 2019 rund 149 Frühchen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 g, in 2020 wurden nur 127 dieser Frühchen registriert. Die Zahl der Frühchen schwankt allerdings von Jahr zu Jahr stark, so dass es weiterer Untersuchungen bedarf, um die Frage zu klären, ob der Lockdown positive Auswirkungen auf die Zahl der extremen Frühgeburten hatte.

Zunahme der Hausgeburten

Hebammen berichten, dass Frauen in den Monaten mit hohen Inzidenzen und den restriktiven Besuchs- und Begleitbedingungen vermehrt eine Hausgeburt vorgezogen hätten. Da noch keine Daten zu den außerklinischen Geburten im Jahr 2020 vorliegen, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Bewertung erfolgen.

6. Hebammen

6.1 Angestellte Hebammen

Für die Hebammen gibt es zwei Möglichkeiten ihre Arbeit im klinischen Umfeld auszuüben. Sie können entweder als festangestellte Vollkraft beim Klinikum arbeiten oder als sogenannte Beleghebamme ihren Dienst ausüben. Beleghebammen sind entweder selbständig tätige Hebammen, die auf Basis eines Belegvertrages Geburten im Krankenhaus begleiten oder in der Klinik im Belegsystem, angelehnt an angestellte Hebammen, im Schichtsystem im Kreissaal tätig sind.

In der folgenden Tabelle sind die festangestellten Vollkräfte je Klinik dargestellt.

Tab. 14 Festangestellte Hebammen nach Vollkräften

KH Name	Ist 2019	Ist 2020	Plan 2021
Diako Klinikum	14,86	12,99	15,70
UKSH Campus Kiel	20,77	23,89	27,01
Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH	0,00	0,00	0,00
UKSH Campus Lübeck	20,75	14,95	17,68
Katholisches Marien-Krankenhaus Lübeck gemeinnützige GmbH	12,22	12,64	15,29
FEK Neumünster	11,83	12,77	13,65
Westküstenklinikum Heide	9,60	11,90	12,50
DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg gGmbH	6,15	5,65	5,65
Johanniter Krankenhaus Geesthacht	7,05	7,82	8,40
Klinikum Nordfriesland gGmbH - Standort Husum	6,53	8,36	10,00
Sana Kliniken Ostholstein GmbH	0,00	0,00	0,00
Regio Kliniken GmbH	12,09	12,72	13,00
Die Klinik in Preetz	4,36	5,37	5,40
imland gGmbH RD	10,51	13,46	11,14
imland gGmbH ECK	0,00	0,00	0,00
Helios Klinik Schleswig GmbH	7,13	7,45	8,65
AK Segeberger Kliniken GmbH	0,00	0,00	0,00
Klinikum Itzehoe	14,45	16,07	18,00
Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg	7,13	7,45	8,65
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift	12,00	11,00	11,00
Summe:	**177,43**	**184,49**	**201,72**

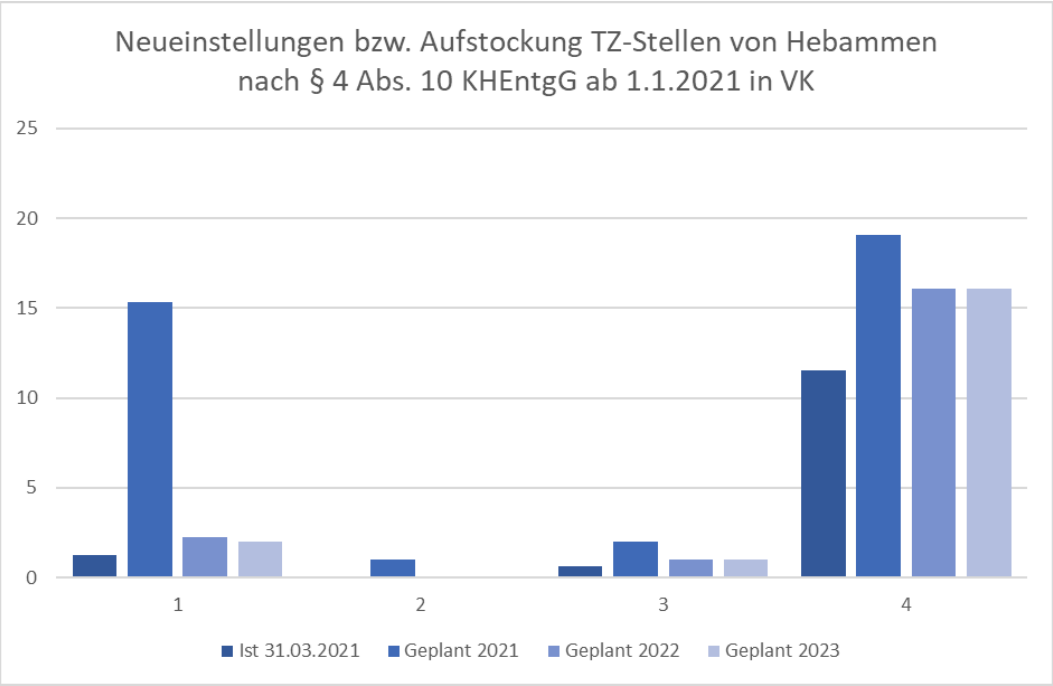
Quelle: Eigene Erhebung MSGJFS 2021

Die Anzahl der Vollkräfte (VK) der Hebammen in den Jahren 2019 zu 2020 hat sich leicht um 7,06 VK über alle Krankenhäuser erhöht. Für das Jahr 2021 planen die Krankenhäuser einen deutlichen Personalaufwuchs bei den Hebammen von 17,22 VK.

Diese Erhöhung ist Ergebnis der Gesetzesänderung nach § 4 Abs. 10 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz). Die Ende 2019 neu geschaffene Regelung ermöglicht es den Krankenhäusern, die Personalaufwendungen, die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen in der Versorgung in den

Jahren 2021 bis 2023 zusätzlich entstehen, bis zur Höhe der Kosten für 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus zu finanzieren. Durch die Übernahme der Finanzierung der Personalkosten können die Krankenhäuser zusätzliche Hebammen einstellen bzw. Teilzeitkräfte aufstocken. Die Versorgung für die schwangeren Frauen soll damit verbessert werden. Eine Abfrage bei den Krankenhäusern hat ergeben, dass insbesondere die Level 4 Zentren – also die Geburtskliniken − eine deutliche Erhöhung planen. Da die zusätzliche Personalmittel im Budget des Krankenhauses vereinbart werden, können damit nur angestellte Hebammen finanziert werden. Die Finanzierung von zusätzlichen Beleghebammen ist nicht möglich.

Abb. 14: Übersicht geplante Einstellungen von Hebammen



Quelle: Eigene Ergebung des MSGJFS 2021

Zur weiteren Entlastung der Hebammen werden zudem Personalkosten für Hilfskräfte mit einer mindestens 1-jährigen qualifizierten Ausbildung im medizinischen Bereich finanziert. Das unterstützende Personal soll dabei Aufgaben übernehmen, die nicht zum originären Tätigkeitsfeld der Hebammen gehören. Hierzu zählen unter anderem Dokumentations-und Vorbereitungsaufgaben. Zu dem unterstützenden Personal gehören folgende Berufsgruppen: Medizinische Fachangestellte und Fachangestellte für Medien- und Informationsdienste/zur Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste in der Fachrichtung Medizinische Dokumentation. Für die Finanzierung wird vorausgesetzt, dass im Vergleich zum 1. Januar 2020 zusätzliche Stellen für Hebammen oder unterstützende Fachangestellte geschaffen oder dass entsprechende Teilzeitstellen aufgestockt werden.

Derzeit planen acht von insgesamt 20 Krankenhäusern mit einer Geburtshilfeklinik unterstützendes Fachpersonal einzustellen. Auch hier kann eine zusätzliche Finanzierung nur geltend gemacht werden, wenn die Klinik im Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 mindestens 500 Geburten hatte. Damit kann lediglich die Geburtsklinik in Ratzeburg von dieser Regelung nicht profitieren.

Tab. 15 Übersicht geplante Einstellungen von unterstützendes Personal

KH Name	Ist 31.03.2021	geplant 2021	geplant 2022	geplant 2023
UKSH Campus Lübeck	0,00	1,00	0,00	0,00
Westküstenklinikum Heide	1,10	0,00	0,00	0,00
Klinikum Nordfriesland gGmbH - Standort Husum	0,00	3,00	4,00	0,00
Sana Kliniken Ostholstein GmbH	0,83	0,83	0,83	0,83
Regio Kliniken GmbH	0,00	1,50	3,00	3,00
imland gGmbH RD	0,52	1,00	2,00	2,00
Klinikum Itzehoe	2,00	1,00	0,75	0,50
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift	1,00	1,00	1,00	1,00
Summe	**5,45**	**9,33**	**11,58**	**7,33**

Quelle: Eigene Ergebung des MSGJFS 2021

6.2 Freiberufliche Hebammen

In Schleswig-Holstein waren im Jahr 2020 103,75 Beleghebammen in geburtshilflichen Abteilungen tätig. Das sind 7,42 Hebammen mehr als im Jahr 2019. Die folgende Tabelle zeigt die Krankenhäuser, die mit Beleghebammen zusammenarbeiten. Das Städtische Krankenhaus Kiel, die imland Klinik Eckernförde, die Segeberger Kliniken und die Sana Klinik in Eutin arbeiten ausschließlich mit Beleghebammen. Andere Kliniken wie z. B. die beiden Standorte des UKSH lassen neben den festangestellten Hebammen auch Beleghebammen zu.

Tab. 16 Übersicht Beleghebammen

KH Name	Ist 2019	Ist 2020	Plan 2021
Diako Klinikum	0,00	0,00	0,00
UKSH Campus Kiel	6,00	6,00	6,00
Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH	30,00	32,00	32,00
UKSH Campus Lübeck	2,00	2,00	1,00
Katholisches Marien-Krankenhaus Lübeck gemeinnützige GmbH	0,00	0,00	0,00
FEK Neumünster	0,00	0,00	0,00
Westküstenklinikum Heide	2,00	2,00	2,00
DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg gGmbH	0,00	0,00	0,00
Johanniter Krankenhaus Geesthacht	0,00	0,00	0,00
Klinikum Nordfriesland gGmbH - Standort Husum	0,00	0,00	0,00
Sana Kliniken Ostholstein GmbH	16,00	19,00	19,00
Regio Kliniken GmbH	0,00	0,00	0,00
Die Klinik in Preetz	10,00	10,00	10,00
imland gGmbH RD	0,00	0,00	0,00
imland gGmbH ECK	16,00	14,00	14,00
Helios Klinik Schleswig GmbH	1,00	1,50	1,00
AK Segeberger Kliniken GmbH	12,33	15,75	16,00
Klinikum Itzehoe	0,00	0,00	0,00
Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg	1,00	1,50	1,00
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift	0,00	0,00	0,00
	96,33	**103,75**	**102,00**

Quelle: Eigene Ergebung des MSGJFS 2021

Die dritte Spalte der Tabelle zeigt, dass jedes Krankenhaus mit Beleghebammen, diese Zusammenarbeit ausgebaut hat und auch für das laufende Jahr 2021 sind die Planwerte auf dem Niveau von 2020 geblieben.

6.3 Aktueller Sachstand zur Haftpflichtsituation und Vergütung der Hebammen

Der Bundesgesetzgeber hat die schwierige Situation hinsichtlich der hohen Haftpflichtversicherungskosten für Hebammen erkannt und mit der Einführung des § 134a SGB V die Möglichkeit eines sogenannten Sicherstellungszuschlages für Hebammen geschaffen. Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen und die Erfüllung der vom GKV-Spitzenverband und den Hebammenverbänden vereinbarten Qualitätsanforderungen nachgewiesen haben, erhalten seit dem 1. Juli 2015 einen Sicherstellungszuschlag nach Maßgabe der Vereinbarungen.

Dieser Sicherstellungszuschlag hat den Zweck, die Kostensteigerungen in der privaten Berufshaftpflichtversicherung mehrheitlich auszugleichen.

Die Zuschläge werden vom GKV-Spitzenverband getragen und werden auf Antrag bewilligt, insofern alle im Gesetz genannten Voraussetzungen erfüllt sind und die geforderten Unterlagen vollständig vorliegen (u. a. mind. vier Geburten im Jahr, Rechnungsbelege).

Steigt die Haftpflichtprämie des privaten Versicherers für geburtshilflich tätige Hebammen, erhöht sich automatisch der Auszahlungsbetrag für die Hebamme, die in der Geburtshilfe tätig ist. Das Risiko der Prämienerhöhung liegt somit nicht mehr bei der Hebamme selbst.

Tab. 17 Berechnungsbeispiele Berufshaftpflicht

Zeitraum jeweils 01.07. bis 30.06.	2017/18	2018/19	2019/20
Haftpflichtprämie	7.638,94 €	8.173,73 €	8.664,25 €
Abzug: bis zu 150 € für private Versicherungsbestandteile	-98,76 €	-98,76 €	-98,76 €
Abzug: 5 % für Police ohne Geburtshilfe	-377,01 €	-403,75 €	-428,27 €
Abzug: 7,5 % für Privatversicherte/Selbstzahler	-565,51 €	-605,62 €	-642,41 €
Abzug: 1.000 € Haftpflichtkostenbestandteile in geburtshilflichen Gebührenpositionen vor 01.07.2010	-1.000,00 €	-1.000,00 €	-1.000,00 €
Auszahlungsbetrag p. a.	5.597,66 €	6.065,60 €	6.494,81 €

(Quelle: Faktenblatt Hebammen, 16.07.2019, Pressestelle GKV-Spitzenverband)

Um den erforderlichen Ausgleich für die nicht zum sicherstellungsfähigen Personenkreis gehörigen Hebammen zu schaffen, wurde die Hebammengebührenverordnung zum 1. Juni 2016 dahingehend geändert, dass die freiberuflichen Hebammen bei geburtshilflichen Leistungen statt des bisher geltenden 2-fachen Satzes bis zum 2,3-fachen Satz nach Maßgabe der im Vertrag nach § 134a SGB V festgelegten Gebühren abrechnen dürfen. Da der Sicherstellungszuschlag von der GKV gezahlt wird, musste in der obigen Darstellung der Haftpflichtanteil für Privatversicherte und Selbstzahlerinnen herausgerechnet werden. Hebammen, die im Jahr mindestens 4 Geburten durchführen und die weiteren Vorgaben erfüllen, bekamen also in den Jahren 2019 und 2020 rund 75% ihrer Berufshaftpflicht von den Krankenkassen erstattet.

Die Hebammenvergütung wiederum besteht aus verschiedenen Bestandteilen; einerseits die Vergütung der eigentlichen Geburt und andererseits die Vergütung für die Wochenbettbetreuung.

Tab. 18 Übersicht Vergütung Hebammen für die Geburt (Beispiele)

Grundsicherung Haftpflichtausgleich pro Jahr (je Geburtshebamme, bei mind. vier geburtshilflichen Leistungen pro Jahr)	4.000 bis über 5.000 Euro (je nach Höhe der tatsächlich gezahlten Haftpflichtprämie)	
zusätzlich	bei Tag	bei Nacht
Je Hausgeburt*	ca. 1.017 €	ca. 1.212 €
Je Geburtshaus-Geburt **	ca. 1.590 €	ca. 1.750 €

Ambulante Klinikgeburt (max. ein Tag Verweildauer)	Ab 1.063 €
Klinikgeburt (rd. drei Tage Verweildauer)	ab 1.805 €
Kaiserschnitt	ab 2.802 €
Versorgung gesundes Neugeborenes (rd. drei Tage Verweildauer)	ab 825 €

* exemplarische Berechnung möglicher Hebammenleistungen während einer außerklinischen Geburt nach den Verträgen nach § 134a SGB V

** exemplarische Berechnung möglicher Hebammenleistungen während einer außerklinischen Geburt nach den Verträgen nach § 134a SGB V inkl. Betriebskostenpauschale

Für die Wochenbettbetreuung (Beispiel):

Eine Hebamme besucht die Versicherte am dritten Tag nach der Geburt zu Hause. Die Versicherte wohnt zehn Kilometer entfernt. Die Hebamme erhält für den ersten Besuch:

Tab. 19 Beispiel Hebammenabrechnung

abrechenbare Leistungen	bei Tag	bei Nacht (20 bis 8 Uhr)
Pauschale für aufsuchende Wochenbettbetreuung	38,46 €	46,15 €
Zuschlag für die erste Wochenbettbetreuung	7,87€	7,87 €
Materialpauschale für das gesamte Wochenbett	30,14 €	30,14 €
Kilometergeld (0,81 € Tag/1,11 € Nacht x 10 km x Hin- und Rückfahrt)	16,20 €	22,20 €
Gesamt	92,67 €	106,36 €

Für die darauffolgenden Besuche erhält sie 54,66 Euro am Tag und 68,35 Euro in der Nacht. Für jeden weiteren Besuch am selben Tag bekäme sie 54,66 Euro tagsüber resp. 68,35 Euro nachts. Insgesamt wären das im oben genannten Beispiel für den ersten Tag 147,33 Euro für ihre Betreuungsleistungen am Tag sowie 161,02 Euro nachts.

Grundsätzlich sind allein in den ersten zehn Tagen nach einer Entbindung jeweils zwei häusliche Besuche pro Tag bei der Versicherten möglich und können gegenüber der GKV abgerechnet werden. Danach können die Versicherten bis zu zwölf Wochen nach der Geburt bis zu 16 weitere Wochenbettbetreuungen in Anspruch nehmen und die Hebammen gegenüber der GKV abrechnen.[16]

6.4 Ausbildungssituation der Hebammen

Das neue Hebammengesetz ist am 1.1.2020 in Kraft getreten. Damit wird der erste Gesundheitsfachberuf vollakademisiert. Ausschlaggebend für die Vollakademisierung der Hebammenausbildung waren die hohen Anforderungen an Hebammen im komplexer werdenden Gesundheitssystem, wovon auch die Richtlinie 2005/36/EG ausgeht. Darüber hinaus wird durch die Akademisierung auch eine Steigerung der Attraktivität der Hebammenausbildung erwartet.
Seit dem Wintersemester 2017 gibt es bereits einen Modellstudiengang „Hebammenwissenschaften“ an der Universität zu Lübeck.

In den Jahren 2017 und 2018 standen 20 Studienplätze des Modellstudienganges und 15 Ausbildungsplätze an der Hebammenschule zur Verfügung. Seit 2019 werden keine neuen Hebammenschülerinnen mehr an der Hebammenschule ausgebildet. Die 15 Ausbildungsplätze wurde im Jahr 2019 bereits in Studienplätze umgewandelt, so dass seit dem Wintersemester 2019 nun insgesamt 35 Studienplätze zur Verfügung stehen.
Der Modellstudiengang wurde aufgrund des neuen Hebammengesetzes 2020 zu einem Regelstudiengang weiterentwickelt, für 2021 steht eine Reakkreditierung an.

Ein großer Anreiz des Studienganges liegt darin, dass sich die Studierenden bei dem Krankenhaus ihrer Wahl um einen Studienplatz bewerben und es somit auch in der Eigenverantwortlichkeit der Kliniken liegt, in Abstimmung mit der Universität zu Lübeck ihren Hebammennachwuchs auszuwählen und durch eine gute praktische Ausbildung langfristig für die eigene Klinik zu gewinnen.

[16] Quelle für den Beitrag Hebammenvergütung: Faktenblatt Hebammen, 16.07.2019, Pressestelle GKV-Spitzenverband.

Mit dem vorherigen Hebammengesetz war dies nicht möglich, da sich Interessierte nur direkt bei der Hebammenschule bewerben konnten.

Mit der Neuerung wird den Kliniken eine größere Verantwortung für die Ausbildung eingeräumt. Dieses erfordert auch den Aufbau entsprechender Strukturen.

Die Finanzierung der praktischen Ausbildung ist erstmals vollständig durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) möglich und gesichert. Im Wintersemester konnten für 33 Studienplätze Kliniken aus Schleswig-Holstein gefunden werden, die bereit waren, die Aufgabe der verantwortlichen Praxiseinrichtung zu übernehmen. Die verbliebenden zwei Studienplätzen hat die Universität in Kooperation mit dem Land Mecklenburg-Vorpommern vergeben.

7. Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Geburtshilfe Schleswig-Holsteins

Beginnend mit der Schließung des Kreißsaals auf Sylt im Jahr 2014 gibt es in Schleswig-Holstein eine intensive Diskussion über eine Verbesserung der Situation von schwangeren Frauen im ländlichen Raum und auf den Inseln und Halligen. Es wurden eine ganze Reihe von Maßnahmen auf den Weg gebracht. Regelmäßig müssen diese angepasst werden. Die konkurrierende Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern und damit fehlende Rechts- und Finanzierungsgrundlagen für Angebote, die in der Regelversorgung nicht vorgesehen sind, erschweren leider die Implementierung passgenauer regionaler Versorgungsstrukturen. Ebenso ist der Fachkräftemangel eine sehr große Herausforderung.
Im Laufe der Jahre gibt es auch immer mehr Erfahrungen zur Akzeptanz dieser Maßnahmen. So wurde z. B. das Boarding-Angebot im Kreis Ostholstein von den Frauen nicht angenommen. Frauen im Nordkreis und auf der Insel Fehmarn berücksichtigen offensichtlich die längere Fahrtzeit durch die Schließung der Geburtshilfe in Oldenburg/Holstein. Im Folgenden werden die wichtigsten Maßnahmen vorgestellt sowie der aktuelle Stand der Umsetzung.

7.1 Boarding-Angebote

Mit der Schließung der Geburtshilfe auf Sylt wurde erstmals ein sog. Boarding von schwangeren Frauen an einer Klinik mit einer hauptamtlichen geburtshilflichen Abteilung ermöglicht. Hierbei können Schwangere für einen Zeitraum von ein bis zwei Wochen vor dem errechneten Geburtstermin in einer kliniknahen Unterkunft wohnen. Teilweise sogar mit ihrem Partner und eventuell bereits vorhandenen Kindern. In Flensburg und in Husum werden die Kosten für das Boarding der Bewohnerinnen der Inseln Sylt und Föhr sowie der Halligen von den Krankenkassen übernommen. In Flensburg wurde zudem mit Investitionsmitteln des Landes eine entsprechende Immobilie hergerichtet. Mittlerweile bietet auch das WKK Heide ein Boarding an. Schleswig-Holstein ist das einzige Bundesland, das kostenloses Boarding anbietet.

Die Nutzung der vorhandenen Boardingangebote ist in der folgenden Tabelle ersichtlich.

Tab. 20 Übersicht Boarding-Angebote

Krankenhaus	2019	2020	Veränderung abs.	Veränderung rel.
Klinikum Nordfriesland - Husum	17	18	1	6%
Westküstenklinikum Heide	34	42	8	24%
Diako Klinikum	27	36	9	33%
Gesamt	78	96	18	23%

Quelle: Eigene Ergebung des MSGJFS 2021

Das vorhandene Boarding-Appartement in der Sana Klinik Ostholstein ist 2019 und 2020 von Schwangeren nicht genutzt worden.
Für Frauen der Insel Helgoland stand ein Boarding-Angebot in der Klinik Henstedt-Ulzburg zur Verfügung. Dieses wurde aber nicht genutzt, da die Helgoländerinnen in der Regel eine Klinik in der Region Cuxhaven aufsuchen, da die Fährverbindungen und die Verkehrswege deutlich günstiger sind.

7.2 Hebammenrufbereitschaft und zentrale Stelle

Nachdem die Asklepios Nordseeklinik zum 01.01.2014 den Versorgungsauftrag für die Geburtshilfe zurückgegeben hat, wurde 2015 auf der Insel Sylt zur Unterstützung des Rettungsdienstes und zur zusätzlichen Versorgung von geburtshilflichen Notfällen von den Gemeinden Sylt, dem Kreis Nordfriesland, dem Sozialministerium Schleswig-Holstein und dem Verband der Ersatzkassen (vdek) ein Hebammenruf auf den Inseln Sylt und Föhr/Amrum installiert. In diesem arbeiten die beteiligten Hebammen eng mit dem Rettungsdienst und der Rettungsdienstleitstelle zusammen.

Seit dem 01.07.2021 ruht der Hebammenruf, da aktuell nicht ausreichend Hebammen zur Verfügung stehen, um die notwendigen Bereitschaftsdienste abzudecken. Derzeit bemüht sich der Kreis Nordfriesland jedoch intensiv darum, Hebammen für diese Aufgabe zu gewinnen. Es ist geplant, dass der Hebammenruf ab dem 01.10.21 seine Arbeit wiederaufnimmt. Leider kommt es immer wieder zu Verunsicherungen bei den Hebammen, aber auch beim Rettungsdienst, da ein Hebammen(not)ruf sozialrechtlich nicht vorgesehen ist und das Bundesrecht dem Land auch keine gesetzgeberischen Handlungsspielräume gibt.

Für die Koordinierung der Maßnahmen, zur Qualitätssicherung und für die Erarbeitung weiterer Maßnahmen hat der Kreis Nordfriesland mit Unterstützung des Landes eine zentrale Stelle eingerichtet. Diese und der Hebammenruf werden aus dem Landeshaushalt mit jährlich 150.000 Euro gefördert.

7.3 Schulungen Rettungsdienst und Geburtshilfesimulator

Zusätzliche Schulungen des Personals der Rettungsdienste für geburtshilfliche Notfälle war eine der ersten Maßnahmen, die zunächst dem Kreisen Nordfriesland und Ostholstein angeboten wurden. Mittlerweile können die vom Institut für Rettungs- und Notfallmedizin des UKSH (IRuN) durchgeführten Kurse von allen Rettungsdiensten in Anspruch genommen werden. Eine anteilige Finanzierung durch das Land ist möglich.

Ein weiterer wichtiger Baustein ist die Schulung des Personals in den Geburtskliniken. Die klinikeigenen Qualitätsvorgaben (einschl. Schulungen) in den Geburtskliniken des Level 4 unterscheiden sich teilweise deutlich voneinander, da es keine verpflichtenden Leitlinien oder Richtlinien gibt.

Das Land wird daher zukünftig grundlegende Qualitätsanforderungen im Krankenhausplan regeln und hat bereits im Jahr 2019 ein Schulungsangebot für ein neonatologisches Simulationstrainings (NeoNatSim) in Zusammenarbeit mit dem IRuN implementiert, dass allen Geburtskliniken des Level 4 offensteht.

Ziel dieses Trainings ist die Vorbereitung auf die seltenen geburtshilflichen Notfälle in Geburtskliniken des Level 4 bei den z. B. die Intubation des Neugeborenen notwendig wird. Das IRuN hat ein entsprechendes Kursangebot − NeoNatSim − entwickelt. Das NeoNatSim sieht strukturierte Teamtrainings vor, die alle Beteiligten besser auf unerwartete Ereignisse und Notfallsituationen während und unmittelbar nach der Geburt vorbereiten sollen.

Das Projekt NeoNatSim wird aus dem Versorgungsicherungsfonds mit rund 500.000 Euro gefördert. Aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen konnten die Simulationstrainings zunächst nicht wie geplant stattfinden und starten nun im Juli 2021.

Auch Geburtskliniken höherer Versorgungsstufen haben bereits Interesse an dem Simulationstraining angemeldet. Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Kapazitäten soll dieses auch ermöglicht werden. Auch findet das Simulationstraining im Bereich der Hebammen großes Interesse, da durch die Krankenhäuser auch die Studierenden der Hebammenwissenschaften in das Training miteingebunden werden. Insgesamt ist das Projekt somit als sehr positiv zu bewerten und ist geeignet, ein elementarer Bestandteil in der Qualitätssicherung in der Geburtshilfe zu werden.

7.4 Hebammenkreißsaal

Häufig wird der Wunsch vorgetragen, dass Geburten ohne ärztliche Betreuung möglich sein müssen, gleichzeitig soll aber die Sicherheit eines voll-ausgestatteten Klinikums zumindest sehr nah und im Hintergrund vorhanden sein.
Dafür wurde das Konzept des Hebammenkreißsaals entwickelt.
Der Hebammenkreißsaal ist ein von Hebammen geleitetes, geburtshilfliches Versorgungsmodell in einem Krankenhaus. Eigene Räumlichkeiten sind hierfür nicht zwingend erforderlich. Die Hebammen betreuen die regelhaft verlaufenden Schwangerschaften werdender Mütter vor, während und nach der Geburt, sowie im frühen Wochenbett. Im Rahmen einer ausführlichen Anamnese wird festgestellt, ob eine hebammengeleitete Geburt in Frage kommt.

Den Frauen soll neben der Möglichkeit einer schulmedizinischen, ärztlich geleiteten Geburt die Option gegeben werden, eine selbstbestimmte und ungestörte Geburt unter der Leitung einer Hebamme zu erleben. Da die Geburt dennoch im klinischen Setting erfolgt, besteht trotz dessen die Möglichkeit, sofern bei Komplikationen erforderlich, eine direkte Versorgung der Gebärenden zu gewährleisten.

In der Praxis zeigt sich allerdings, dass die schwangeren Frauen dieses Angebot nicht als Alternative zu einer Hausgeburt oder einem Geburtshaus wahrnehmen, so die Einschätzung des Landeshebammenverbands. Ohne eine räumliche Trennung von der klinischen Geburtshilfe könnten, so die weitere Einschätzung, weitere Hebammenkreißsäle an der mangelnden Nachfrage der Frauen scheitern.

Die Landesregierung prüft dennoch weiterhin die Einrichtung von Hebammenkreißsälen. Dies wird auch vom Landeshebammenverband begrüßt, denn der Hebammenkreißsaal fördere die physiologische Geburt und unterstütze Frauen in ihrem Wunsch nach einer interventionsarmen Geburt aus eigener Kraft in Anlehnung an das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ und an die S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin.

In Schleswig-Holstein betreibt seit mehreren Jahren das Städtische Krankenhaus Kiel einen hebammengeleiteten Kreißsaal. Auch das UKSH Campus Lübeck wollte die Möglichkeit bereits geschaffen haben, konnte dieses Ziel jedoch pandemiebedingt bislang nicht umsetzen. Sobald die Corona-Pandemie wieder zeitliche Ressourcen zulässt, wird dieses Thema weiter mit den Kliniken und dem Landeshebammenverband bearbeitet mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen so auszugestalten, dass es eine Alternative zur ärztlich begleiteten Geburt wird.

8. Perspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

8.1 Bedarfsplanung

Die Situation der Geburtshilfe wird seit Jahren in Deutschland intensiv diskutiert. Trotzdem ist gerade die Datenlage außerhalb der klinischen Geburtshilfe immer noch unbefriedigend. Insbesondere die vor- und nachgeburtliche Betreuung durch die Hebammen, entzieht sich aufgrund fehlender bundeseinheitlicher Rechtsgrundlagen einer gezielten Steuerung. Im Sozialgesetzbuch V wird in § 24d zwar der Anspruch der Schwangeren und Mütter auf Vorsorge und nachgeburtliche Betreuung festgelegt und § 134a SGB V regelt, dass die Krankenkassen mit den Hebammenverbänden Verträge zur Finanzierung dieser Leistungen schließen müssen, eine Bedarfsplanung ist aber gesetzlich nicht verankert. Die nachgeburtliche Versorgung und Wochenbettbetreuung wird ausschließlich von freiberuflichen Hebammen angeboten, die selbst entscheiden, ob und in welchem Umfang sie tätig werden.

Im Juni 2018 forderte die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) den Bund auf, unter Beteiligung der Länder und deren Erkenntnissen ein Gutachten zur Versorgungssituation und zu erforderlichen Maßnahmen in der Geburtshilfe und Hebammenversorgung in Auftrag zu geben.[17] In der Folge wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit das IGES Institut beauftragt ein Gutachten zur Versorgungsituation in der stationären Geburtshilfe in Deutschland[18] zu erstellen. Der Schwerpunkt des Gutachtens liegt dabei auf der Frage, ob bzw. inwieweit Versorgungsengpässe in der stationären Versorgung aufgrund eines Mangels an Hebammen besteht. Hierbei wurde die gegenwärtige Situation in regional vergleichender Perspektive, die Entwicklung der letzten Jahre sowie die künftige Entwicklung betrachtet. Um einen möglichst umfassenden Blick auf die Versorgungssituation zu erhalten, wurde die Fragestellung aus drei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet: Der Perspektiven der Krankenhäuser, der Hebammen und der Mütter. Dieses Gutachten beschränkt sich jedoch einzig auf die klinische Versorgung zu der in den Ländern eine vergleichsweise gute Datenlage vorhanden ist. Daher wird davon ausgegangen, dass ein vergleichbares Gutachten ebenfalls zur außerklinischen Versorgung durch das Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben wird. Durch die Corona-Pandemie wurden die Beratungen zwischen Bund und Ländern hierzu jedoch ausgesetzt.

[17] Gesundheitsministerkonferenz, Beschlüsse der 91. GMK (2018), TOP: 10.8 Geburtshilfe und Hebammenversorgung sichern, abrufbar unter: https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=717&jahr=2018

[18] IGES: Stationäre Hebammenversorgung, Berlin 2019

8.2 Entwicklung der Versorgung

Auch in den nächsten Jahren wird die Geburtshilfe geprägt sein vom Fachkräftemangel sowie steigenden Anforderungen an die Qualität und Personalvorhaltungen. Die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Mindestmengen bei der Frühchenversorgung wird zumindest perspektivisch auch in Schleswig-Holstein den Level 1-Zentren mehr abverlangen.

Krankenhäuser mit wenig Geburten und Krankenhäuser mit belegärztlicher Geburtshilfe stehen durch die Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses vor besonderen Herausforderungen.

Die ersten Erfahrungen aus den Vorgaben zu Personaluntergrenzen zeigen deutlich, dass diese bei Krankenhäusern zu Zurückhaltung bei Versorgungsangeboten führen. Bei der Ausgestaltung weiterer Vorgaben zu Personalmindestvorgaben muss dieses berücksichtigt werden. Entsprechend verpflichtende Vorgaben müssen noch sehr viel stärker mit Maßnahmen der Personalgewinnung und Ausbildung gekoppelt werden. Dieses gilt insbesondere für die immer wieder geforderte 1:1 Betreuung durch eine Hebamme bei der Geburt. Auch brauchen die Kliniken eine gewisse Flexibilität um auf unvorhergesehene Situation zu reagieren und selbstverständlich muss eine ausreichende Finanzierung der Leistungserbringung erfolgen.

Erfreulich ist, dass die Bundesregierung Ende 2019 mit den entsprechenden Änderungen im Krankenhausentgeltrecht sicherstellt, dass zusätzliche Hebammenstellen und auch Hilfspersonal in den Krankenhäusern mit mindestens 500 Geburten jährlich finanziert werden können. Nun kommt es darauf an, dass die Budgetparteien dieses auch vor Ort umsetzen und dieses Instrument weiter ausgebaut und verstetigt wird. Gerade auch die Finanzierung von Personal mit einer qualifizierten Ausbildung als Ergänzung zu den Hebammen, wird nicht nur die Attraktivität der Hebammentätigkeit erhöhen, sondern auch eine Konzentration auf die Versorgung der schwangeren Frauen ermöglichen.

Sowohl für die Geburtshilfe als auch die Kinderheilkunde ist zu unterstreichen, dass eine grundlegende Reform des DRG-Systems zwingend notwendig ist. Dieses war u.a. der Grund, dass Schleswig-Holstein bereits Anfang des letzten Jahres einen Vorschlag für eine grundlegende Reform der Vergütungsstrukturen vorgelegt hat. Diese muss im Mittelpunkt weiterer Reformbemühungen stehen gerade auch für die Geburtshilfe und Kinderheilkunde. Daher hat Schleswig-Holstein in einer länderoffenen Arbeitsgruppe der Gesundheitsministerkonferenz zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierungsstrukturen den Vorsitz übernommen. Sobald die Pandemie es zulässt, wird die Arbeitsgruppe ihre Arbeit wiederaufnehmen.

Der zwischenzeitlich vom Bundesrat verabschiedete Entschließungsantrag, in dem die Bundesregierung aufgefordert wird, der Kinderheilkunde den Status von sogenannten besonderen Einrichtungen zu geben, kann nur eine Zwischenlösung auf dem Weg zur grundlegenden Reform des Krankenhausentgeltrechts sein.

Zudem brauchen die Flächenländer dringend mehr Freiheit und Flexibilität für regionale Versorgungslösungen. Das starre Recht des SGB V, das Vertragsarztrecht und nicht zuletzt das Krankenhausentgeltrecht müssen dieses im Rahmen von Modellvorhaben oder besser noch regionalen Lösungen zu Sicherstellung der Versorgung ermöglichen. Dieses muss im Rahmen von landesgesetzlichen Regelungen ermöglicht werden.
Die bisherigen Regelungen des SGB V und auch des Innovationsfonds auf Bundesebene sind dafür nicht die richtigen Instrumente, wie man jetzt am Beispiel des Hebammenrufs auf Sylt und Föhr sieht.

Die letzten vier Jahre haben gezeigt, dass der Versorgungsicherungsfonds des Landes Schleswig-Holstein es zwar ermöglicht hat, niedrigschwellige Angebote wie den Hebammenruf, die Boarding-Konzepte und attraktive Modelle eines modernen Notfalltrainings zu sichern. Für eine rechtssichere Verstetigung und dauerhafte Finanzierung bedarf es aber Möglichkeiten, die solche Modelle in ein Regelsystem der regionalen Versorgung überführen.

Dafür muss die Bundesregierung die (finanzierungs)-rechtlichen Voraussetzungen schaffen.