



## **Bericht**

der Landesregierung

**Situation und Perspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein**

**Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung**

## INHALT

1. Grundsätzliche Anmerkungen zur Geburtshilfe
  - 1.1. Aspekte des demografischen Wandels
  - 1.2. Rechtliche Grundlagen
  - 1.3. Qualitätssicherung
2. Demographische Entwicklung und Auswirkungen auf die Zahl der Geburten in Schleswig-Holstein
3. Geburtshilfe in Schleswig-Holstein
  - 3.1 Außerklinische Geburtshilfe
  - 3.2 Bedeutung der Hebammen für die Geburtshilfe
  - 3.3 Geburt im Krankenhaus
4. Qualität der Geburtshilfe
5. Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein
6. Bewertung der geburtshilflichen Versorgung in Schleswig-Holstein
7. Perspektiven und Handlungsnotwendigkeiten

## ANLAGEN

- Anlage 1: Zusammenfassung Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
- Anlage 2: Einzugsgebietestatistiken der Geburtskliniken in Schleswig-Holstein

## **1. Grundsätzliche Anmerkungen zur Geburtshilfe**

Die Geburtshilfe ist wie kein anderes Fach in der Medizin von einer Reihe von Besonderheiten geprägt. Schwangerschaft und Geburt sind keine Krankheit. Erst Abweichungen vom normalen Verlauf machen besondere Versorgungsstrukturen notwendig. Deutschland hat sehr viel investiert, um die noch in den 1970er Jahren vergleichsweise sehr hohe Säuglingssterblichkeit zu senken.

Trotzdem weisen auch heute noch internationale Studien darauf hin, dass es Länder gibt, in denen die Säuglingssterblichkeit geringer ist als in Deutschland.<sup>1</sup>

Aus diesen Gründen, aus der langen Tradition des Berufes der Hebamme, aber auch aus dem Verständnis der Bevölkerung für dieses besondere Thema, ergeben sich besondere Strukturen. Denn neben der Gesundheitsversorgung haben eine Reihe weiterer Rahmenbedingungen prägenden Einfluss auf Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft, wie das soziale und kulturelle Umfeld, der individuelle Lebensstil und die wirtschaftlichen Bedingungen.

Der vorliegende Bericht zur Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein kann möglichen Erwartungen abschließender Standardlösungen naturgemäß nicht gerecht werden. Jede einzelne Versorgungsregion in Schleswig-Holstein muss unter Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen bewertet werden, die bestimmt sind durch die Entwicklung der Geburtenzahlen, die Verfügbarkeit von Fachkräften, die notwendigen Qualitätsanforderungen, die rechtlicher Rahmenbedingungen, die wirtschaftlicher Voraussetzungen und die regionalen Besonderheiten.

Für eine Bewertung der Situation ist es in erster Linie erforderlich, die Veränderungen durch den demographischen Wandel und damit die unterschiedliche regionale Entwicklung zu beschreiben, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu beleuchten und Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätssicherung aufzuzeigen.

### **1.1. Aspekte des demographischen Wandels**

Der demographische Wandel bestimmt seit einigen Jahren die Rahmenbedingungen politischen und gesellschaftlichen Handelns. Der geburtenstärkste Jahrgang, der jemals in Deutschland geboren wurde, wird in 2014 fünfzig Jahre alt. Der zahlenmäßig stärkste weibliche Jahrgang hat dadurch das gebärfähige Alter verlassen.

Dies hat zunehmend Einfluss auf die Situation der Geburtshilfe und beschränkt sich nicht allein auf den seit Jahren anhaltenden deutlichen Rückgang der Geburtenzahlen, sondern auch auf die Zahl der zur Verfügung stehenden Fachkräfte. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an eine qualifizierte medizinische Betreuung rund um die Geburt.

Dazu kommen die sehr unterschiedlichen regionalen Entwicklungen in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein. Demographische Entwicklungen und Wanderungsbewegungen der Bevölkerung führen schon auf verhältnismäßig kleinem Raum zu einem starken Auseinanderdriften der Bevölkerungsentwicklung.

---

<sup>1</sup> Siehe hierzu z.B. „Die OECD in Zahlen und Fakten 2011-2012: Wirtschaft, Umwelt, Gesellschaft“ - 08 June 2012 - ISBN : 9789264125476 oder „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, Themenhefte (April 2011) Heft 52: Säuglingssterblichkeit 2005 bis 2007 im internationalen Vergleich.

Dieses wird in den folgenden Kapiteln anhand der Entwicklung in den kreisfreien Städten und in den Kreisen skizziert.

## 1.2. Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen für die Strukturen der Geburtshilfe und deren Finanzierung finden sich im Sozialgesetzbuch V (SGB V) sowie für die klinische Geburtshilfe in den Spezialgesetzen Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

Land sowie Kreise und kreisfreie Städte haben nach Landesregelungen gemeinsam die Aufgabe der Sicherstellung der Krankenhausversorgung. Sie haben die Investitionskosten zu tragen. Die Betriebskosten werden von den Krankenkassen geleistet. Jeder Träger eines Krankenhauses im Krankenhausplan ist dort mit einem Krankenhausblatt geführt. Einige private und kommunale Krankenhausträger haben aus Wirtschaftlichkeitsgründen und Gründen des flexibleren Reagierens auf geänderte Bedarfe Krankenhäuser mit mehreren Standorten gebildet.

Sicherungszuschläge sind ausnahmsweise zulässig unter den Voraussetzungen des 17b Abs.1 Satz 6 KHG i.V.m. §5 Absatz2 KHEntgG . Sie werden alleinig von den Krankenkassen finanziert und damit von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern. Ob die Voraussetzungen erfüllt sind, wird im Zweifel von den Gerichten überprüft.

Das Rettungswesen ist auf die Kreise und kreisfreien Städte in kommunaler Selbstverwaltung übertragen worden. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung (MSGFG) nimmt die Aufgabe der Rechtsaufsicht wahr.

Land, Kreise und kreisfreie Städte sowie Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft entscheiden grundsätzlich gemeinsam in der Beteiligtenrunde über die Krankenhäuser und deren Entwicklung, die im Krankenhausplan aufgenommen werden. Der Krankenhausplan weist die Standorte der Geburtshilfe über den Fachbereich Gynäkologie/Geburtshilfe aus, da die Fachbereichsstruktur des Plans angelehnt ist an die Fachbereiche der Weiterbildungsordnung. Der Versorgungsauftrag der Träger wird konkretisiert über den Feststellungsbescheid für das Krankenhaus, mit dem der Krankenhausplan umgesetzt wird. Wird ein im Krankenhausplan ausgewiesenes Krankenhaus an mehreren Standorten betrieben, werden gemäß Krankenhausblatt die Fachbereiche aufgeführt. An welchem Standort sie organisiert werden, entscheiden die Träger, um bedarfsgerecht reagieren zu können.

Die Kommunen haben zahlreiche Krankenhäuser im Rahmen ihrer kommunalen Selbstverwaltung privatisiert, weil sie die Krankenhäuser nicht annähernd wirtschaftlich betreiben konnten.

In der außerklinischen Geburtshilfe, zu der neben den Hausgeburten, die Geburten in Geburtshäusern sowie Praxisgeburten zählen, kommen Vereinbarungen der Selbstverwaltung hinzu. Hierzu gehören zum Beispiel die Vereinbarungen, die die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen mit den maßgeblichen Verbänden der Hebammen schließen zu Fragen der Vergütung aber auch der Qualitätssicherung auf Grundlage des § 134a SGB V.

### 1.3. Qualitätssicherung

Das SGB V regelt in den §§ 135ff. Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung und im ambulanten Bereich.

In § 137 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) verpflichtet, Maßnahmen zur Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich zu verabschieden, im § 137a ist die Qualitätssicherung und die öffentliche Darstellung der Ergebnisse geregelt. Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt derzeit das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) mit der externen Qualitätssicherung. Diese externe Qualitätssicherung umfasst eine ganze Reihe von medizinischen Versorgungsbereichen, darunter auch die klinische Geburtshilfe und Perinatalmedizin. Die Ergebnisse werden jährlich veröffentlicht<sup>2</sup>. Allerdings sind keine Daten bezogen auf einzelne Krankenhäuser öffentlich zugänglich. Auf Ebene der Bundesländer erfolgt eine aggregierte Auswertung bestimmter Kriterien mit einer Ergebnismitteilung zum sog. strukturierten Dialog.

Für die Krankenhäuser ist ein wichtiger Bestandteil des Verfahrens dieser strukturierte Dialog. Das heißt rechnerische Auffälligkeiten, die bei der Auswertung der Daten festgestellt worden sind, werden mit dem jeweiligen Krankenhaus erörtert. Beteiligte an dieser gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung sind in Schleswig-Holstein die Krankenhausgesellschaft und die Ärztekammer.

Für die Öffentlichkeit gut zugängliche Quellen, die ebenfalls Daten zur Qualität in Krankenhäusern erhalten sind z.B. von der Bertelsmann-Stiftung veröffentlichte Untersuchungen zur Zahl der Kaiserschnitte in den Bundesländern (<https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de>) und die ebenfalls von der Bertelsmann-Stiftung gemeinsam mit einigen Krankenkassen aufgebaute Suchmaschine „Weiße Liste“ (<http://www.weisse-liste.de>). Im Aufbau befindet sich zudem eine Datenbank zur Qualität von Perinatalzentren der Versorgungsstufe 1 und 2 (<https://www.perinatalzentren.org>). Die Teilnahme der Perinatalzentren hieran ist derzeit noch freiwillig, zukünftig jedoch verpflichtend.

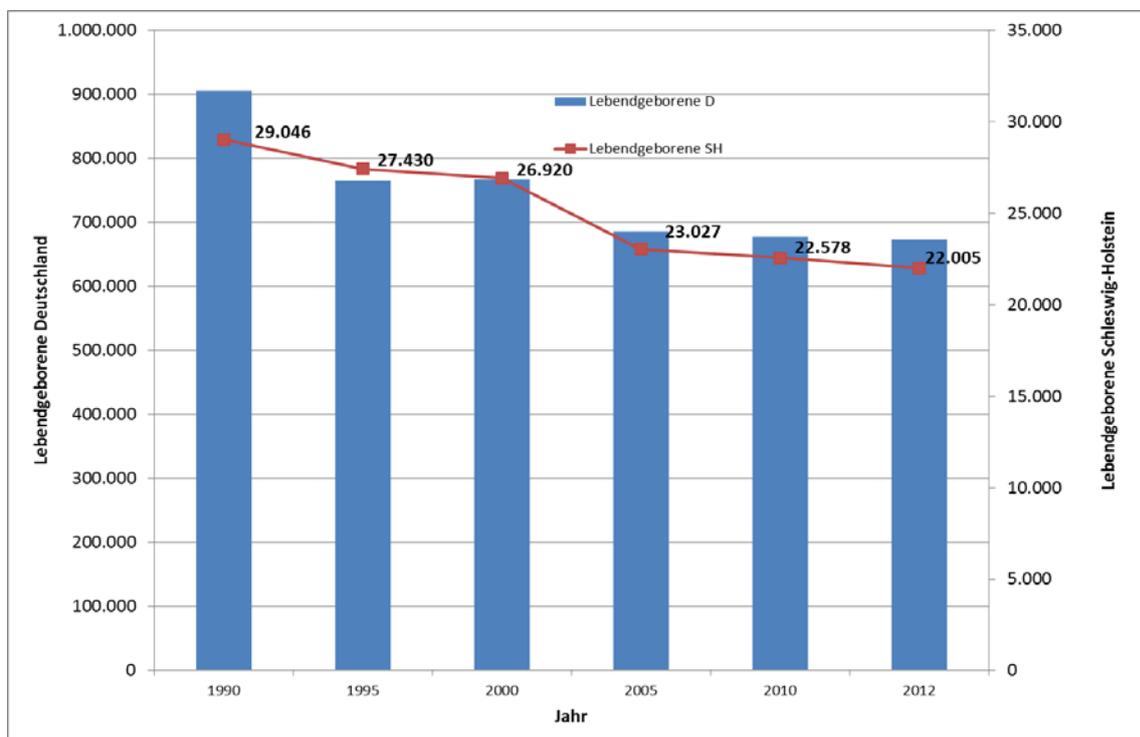
## 2. Demographische Entwicklung und Auswirkungen auf die Zahl der Geburten in Schleswig-Holstein

Die Geburtshilfe in Deutschland ist geprägt durch die sinkende Geburtenzahl sowie die zunehmende Spezialisierung und Anforderungen an personelle, strukturelle und technische Ausstattung.

Die Zahl der Geburten ist in Deutschland seit Jahrzehnten rückläufig. Zwischen 1990 und 2012 sank die Zahl der Geburten in Deutschland von 908.877 auf 675.944, dieses entspricht einem Rückgang von 25,6 %. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl der Geburten in Schleswig-Holstein von 29.140 auf 22.093, dieses entspricht einem Rückgang von 24,2% und liegt in dieser langfristigen Betrachtung im Bundestrend.

<sup>2</sup> <https://www.sqg.de/themen/qualitaetsreport/index.html>

Abb. 1: Zahl der Lebendgeborenen in Deutschland und in Schleswig-Holstein 1990-2012



Quelle: Bundesstatistik ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)); Eigene Darstellung MSGFG

Im Folgenden wird insbesondere die Entwicklung der letzten 15 Jahre, also von 1998 bis 2012, betrachtet. In Schleswig-Holstein sank die Zahl der Lebendgeborenen zwischen 1998 und 2012 von 27.729 auf 22.005, das entspricht einem Rückgang von 20,6%.

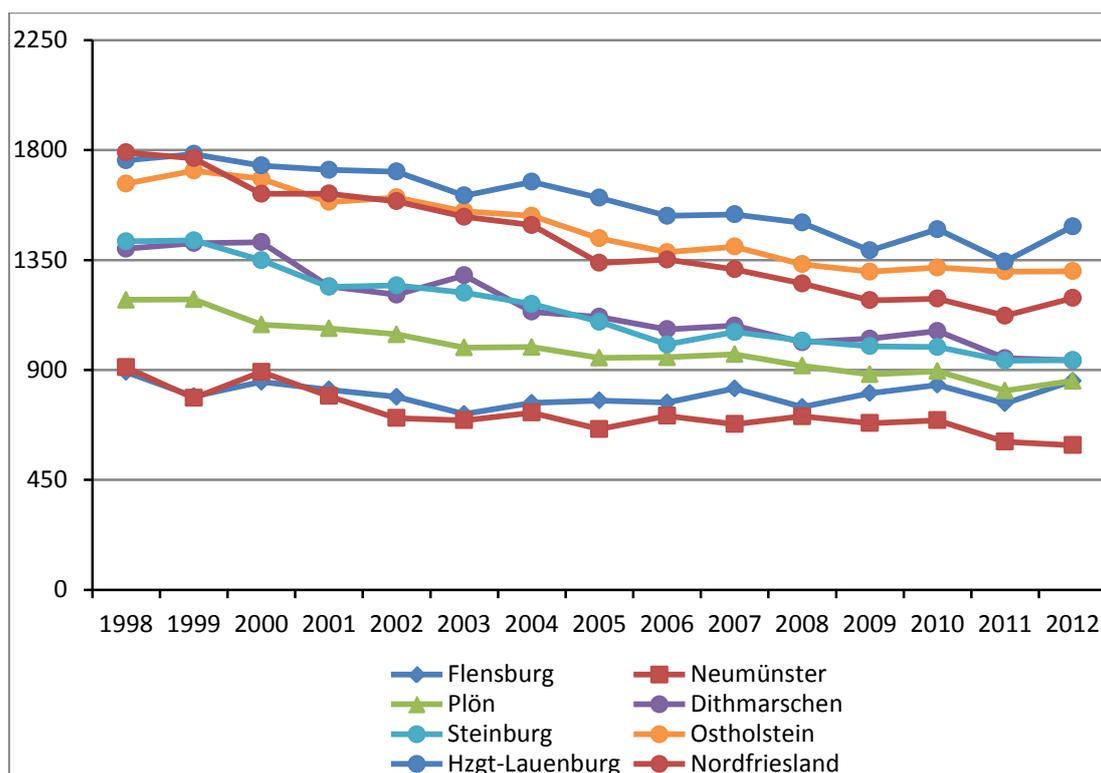
Tab. 1: Zahl der Lebendgeborenen und Veränderung in Prozent zwischen 1998 und 2012

Kreis / Jahr	1998	2003	2012	Veränderung in Prozent
Kiel	2.299	1.999	2.243	-2,4
Flensburg	891	719	855	-4,0
Lübeck	2.041	1.829	1.798	-11,9
Stormarn	2.117	1.835	1.802	-14,9
Hzgt-Lauenburg	1.758	1.614	1.488	-15,4
Segeberg	2.550	2.329	2.147	-15,8
Pinneberg	2.931	2.521	2.380	-18,8
Ostholstein	1.663	1.550	1.304	-21,6
Schleswig-Flensb	2.018	1.678	1.469	-27,2
Rendsburg-Eck	2.751	2.425	1.999	-27,3
Plön	1.187	992	855	-28,0
Dithmarschen	1.396	1.287	939	-32,7
Nordfriesland	1.790	1.527	1.194	-33,3
Steinburg	1.426	1.216	940	-34,1
Neumünster	911	694	592	-35,0
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>27.729</b>	<b>24.215</b>	<b>22.005</b>	<b>-20,6</b>

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de))

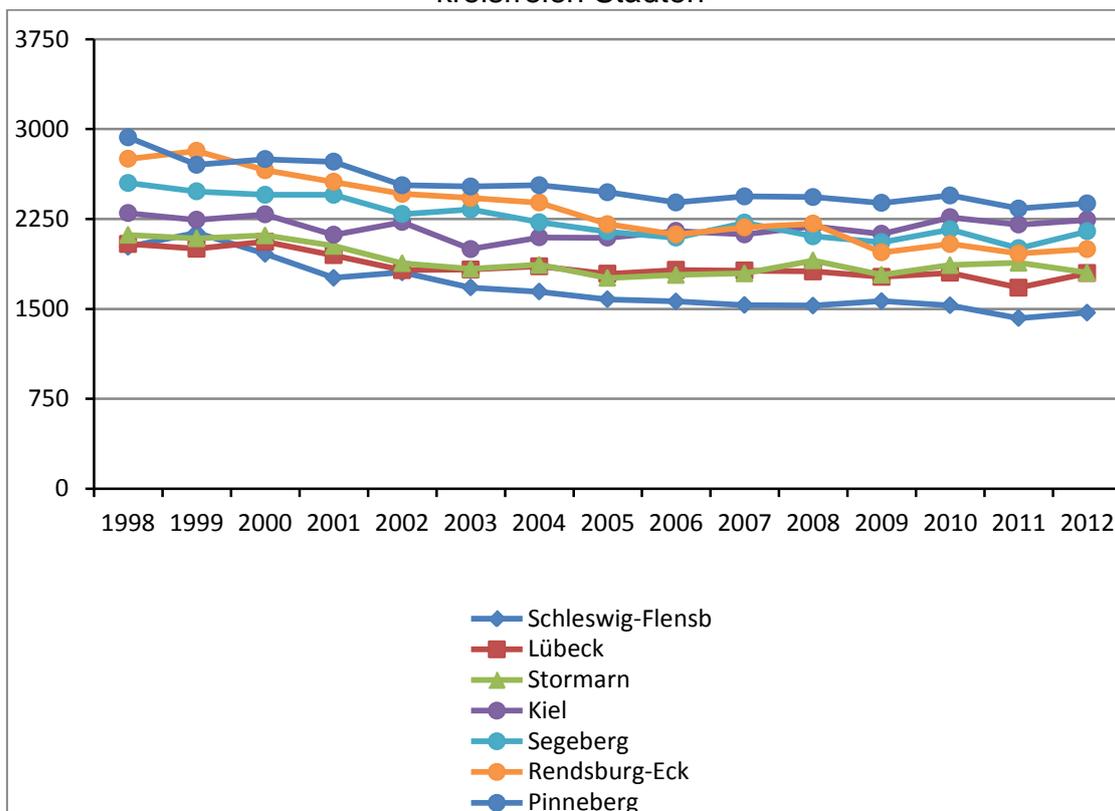
Dabei verläuft die Entwicklung in den Kreisen und kreisfreien Städten sehr unterschiedlich. Prozentual die größten Verluste haben Neumünster und die Kreise Dithmarschen, Steinburg und Nordfriesland. In einigen Kommunen stabilisieren sich die Geburtenzahlen in den letzten Jahren bzw. steigen sogar wieder leicht an, wie z.B. in Kiel, Flensburg, Stormarn und im Herzogtum-Lauenburg.

Abb. 2: Entwicklung der Geburtenzahlen in den kleineren Kreisen und kreisfreien Städten



Quelle: Bundesstatistik ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)); Eigene Darstellung MSGFG

Abb. 3: Entwicklung der Geburtszahlen in den größeren Kreisen und kreisfreien Städten



Quelle: Bundesstatistik ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)); Eigene Darstellung MSGFG

Für die weitere Analyse ist eine Prognose der Zahl der Geburten für Schleswig-Holstein sinnvoll. Für eine vereinfachte Betrachtung wurde mit Hilfe einer Geburtenziffer und Daten aus dem Innenministerium<sup>3</sup> eine Schätzung für die Zahl der Geburten bis 2025 vorgenommen. Grundlage dafür ist eine Prognose für die Entwicklung der Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis 45 Jahre), diese wird zwischen 2009 und 2025 um rund 15% sinken.

Die Geburtenziffer wurde für jeden Kreis gesondert berechnet als Durchschnittswert der Ist-Zahlen 2009 bis 2012. Sie berechnet sich aus der Zahl der Lebendgeborenen dividiert durch die Anzahl der Frauen der entsprechenden Altersgruppe nach der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Durchschnittsbevölkerung) multipliziert mit 1000. Da die Geburtenziffer von Jahr zu Jahr schwankt wurde für die Prognose ein Durchschnittswert der Jahre 2009 bis 2012 gebildet.

Für Schleswig-Holstein insgesamt beträgt die so berechnete Geburtenziffer 43,8 und liegt damit nahe an der vom Bundesamt für Statistik für Schleswig-Holstein ermittelten Geburtenziffer für 2012 von 44,5.

<sup>3</sup> Annahmen und Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung 2010 bis 2025 für die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein; Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein, März 2011

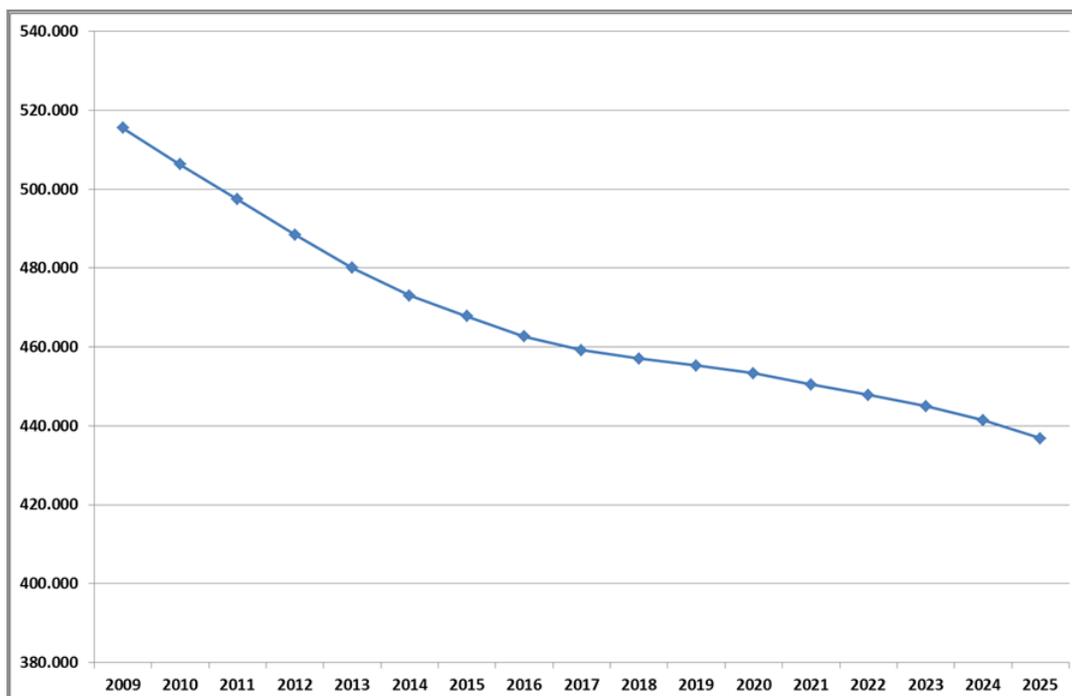
Tab. 2: Geburtenziffer und Prognose Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter

Kreis	Geb.Ziffer 2009-2012	Prognose Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter				Entwicklung in %
		2009	2015	2020	2025	
Flensburg	44,5	18.472	18.161	18.446	18.294	-1,0
Kiel	43,0	52.271	49.925	49.917	49.237	-5,8
Lübeck	44,9	40.139	37.133	49.917	49.237	22,7
Neumünster	47,6	13.915	12.426	11.634	11.100	-20,2
Dithmarschen	44,1	23.146	20.671	19.655	18.463	-20,2
Herzgt.-Lauenburg	43,7	33.642	30.133	28.983	27.582	-18,0
Nordfriesland	41,0	29.285	26.646	25.393	23.857	-18,5
Ostholstein	39,8	33.975	29.662	27.788	25.996	-23,5
Pinneberg	45,0	54.426	49.751	49.312	48.685	-10,5
Plön	40,3	22.171	19.189	17.834	16.786	-24,3
Rendsburg-Eck	43,1	47.755	42.309	40.174	38.207	-20,0
Schleswig-Flensburg	44,6	34.562	30.727	29.001	27.205	-21,3
Segeberg	45,2	47.649	42.936	41.617	40.038	-16,0
Steinburg	42,3	23.715	20.593	19.297	17.958	-24,3
Stormarn	46,5	40.338	37.507	37.640	37.469	-7,1
S.-H. insgesamt	43,8	515.461	467.771	466.608	450.116	-12,7

Quelle: Annahmen und Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung 2010 bis 2025 für die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein; Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein, März 2011 und eigene Berechnungen des MSGFG

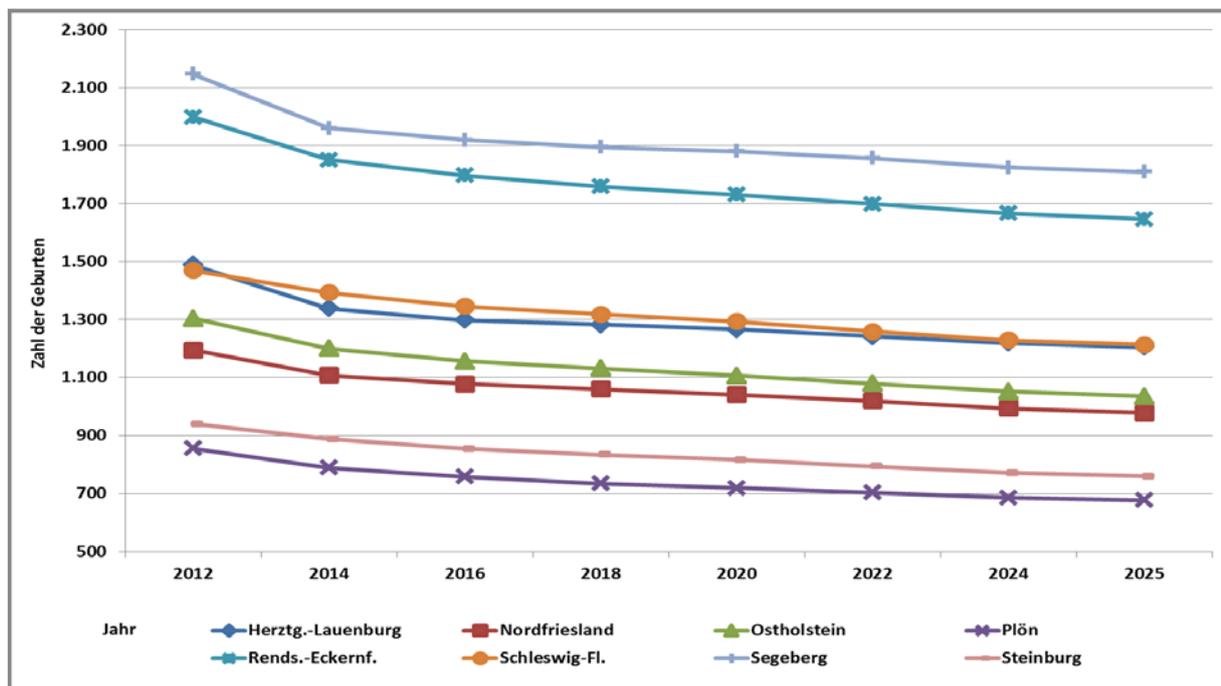
Den folgenden Prognosen liegt damit die Aussage zugrunde, dass in Schleswig-Holstein 1000 Frauen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren jährlich 43,8 Kinder gebären. Diese Zahl schwankt in den einzelnen Kreisen zwischen 39,8 für den Kreis Ostholstein und 47,6 für die Stadt Neumünster.

Abb. 4: Prognose Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter in Schleswig-Holstein



Quelle: Annahmen und Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung 2010 bis 2025 für die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein; Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein, März 2011 und eigene Berechnungen des MSGFG

Abb. 5: Prognose zur Entwicklung der Zahl der Geburten für die Kreise für die ein Rückgang von mindestens 10 % bis zum Jahr 2020 erwartet wird



Quelle: Annahmen und Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung 2010 bis 2025 für die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein; Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein, März 2011 und eigene Berechnungen des MSGFG

Die so berechnete Schätzung für die Zahl der Geburten zwischen den Jahren 2012 und 2020 ergibt für Schleswig-Holstein einen Rückgang von rund 10% und bis 2025 von 13%.

Tab. 3: Übersicht Kreise mit der Prognose Geburtenrückgang bis 2025

	2012	2020	2025	Veränderung 2012-2020	Veränderung 2012-2025
Flensburg	855	821	814	-4,0	-4,8
Kiel	2.243	2.146	2.117	-4,3	-5,6
Lübeck	1.798	1.644	1.616	-8,6	-10,1
Neumünster	592	554	528	-6,5	-10,8
Dithmarschen	939	867	814	-7,7	-13,3
Herzgt.-Lauenburg	1.488	1.267	1.205	-14,9	-19,0
Nordfriesland	1.194	1.041	978	-12,8	-18,1
Ostholstein	1.304	1.106	1.035	-15,2	-20,7
Pinneberg	2.380	2.219	2.191	-6,8	-7,9
Plön	855	719	676	-15,9	-20,9
Rendsburg-Eck	1.999	1.732	1.647	-13,4	-17,6
Schleswig-Flensburg	1.469	1.293	1.213	-12,0	-17,4
Segeberg	2.147	1.881	1.810	-12,4	-15,7
Steinburg	940	816	760	-13,2	-19,2
Stormarn	1.802	1.750	1.742	-2,9	-3,3
<b>S.-H. insgesamt</b>	<b>22.005</b>	<b>19.855</b>	<b>19.135</b>	<b>-9,8</b>	<b>-13,0</b>

Quelle: Annahmen und Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung 2010 bis 2025 für die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein; Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein, März 2011 und eigene Berechnungen des MSGFG

Aus diesen Berechnungen ist für die Bewertung der Situation entscheidend, dass bis 2025 die Zahl der Geburten am stärksten in den Kreisen Ostholstein, Plön, Steinburg und Nordfriesland sinken wird. In den kreisfreien Städten Kiel und Flensburg sowie im Kreis Stormarn liegen die Prognosen bei weniger als 5% minus, d.h. die Zahl der Geburten wird vermutlich weitgehend konstant bleiben.

### **3. Geburtshilfe in Schleswig-Holstein**

In der Geburtshilfe wird unterschieden zwischen klinischen und außerklinischen Geburten. Zu den außerklinischen Geburten zählen Hausgeburten, Geburten in Geburtshäusern und Praxisgeburten sowie Notfallgeburten außerhalb von Krankenhäusern. Zur klinischen Geburtshilfe zählen alle Geburten im Krankenhaus, unabhängig von der Verweildauer.

#### **3.1 Außerklinische Geburtshilfe**

Bedauerlicherweise liegen amtliche statistische Referenzzahlen über Geburten außerhalb von Krankenhäusern seit 1982 nicht mehr vor. Deshalb ergibt sich die Schätzung der Vollständigkeit der vorliegenden Daten aus folgender Rechnung: Gesamtzahl der Geburten minus der in den Kliniken erfolgten Geburten (siehe dazu die Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes unter [www.destatis.de](http://www.destatis.de)). Auf Schleswig-Holstein wird dann die Bundesquote als Schätzung entsprechend angewandt.

Damit müsste man in Schleswig-Holstein für 2012 mit ca. 330 außerklinischen Geburten rechnen. Es ist davon auszugehen, dass diese Zahl sehr hoch angesetzt ist. Denn eine Schätzung mit schleswig-holsteinischen Daten ist nicht möglich, da die Patientenwanderungen zwischen den einzelnen Bundesländern (insbesondere Hamburg, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern) nicht ohne weiteres bestimmt werden können. Gerade im sog. Hamburger Rand wird ein nicht unerheblicher Teil von Frauen für die Geburt in Hamburger Krankenhäuser gehen. Im Raum Lübeck und Ratzeburg wiederum kommen Frauen aus Mecklenburg-Vorpommern für eine Geburt in hiesige Kliniken.

Tab. 4: Übersicht Schätzung Zahl der außerklinischen Geburten

Jahr	geborene Kinder in Deutschland incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, über die Standesämter gemeldet, Reihe N 50 Eheschließungen, Geborene, Gestorbene	davon in Krankenhäusern geborene Kinder incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, über die Krankenhausstatistik Fachserie 12 Reihe 6.1 gemeldet)	Differenz aus Spalte 2 und 3 (Möglichkeit, sich der Anzahl der Kinder zu nähern, die geplant oder ungeplant außerklinisch geboren wurden) Prozent bezogen auf alle in Deutschland geborenen Kinder	geborene Kinder in Schleswig-Holstein incl. Totgeburten	Anwendung der bundesweiten Quote entsprechend Spalte 4 auf Schleswig-Holstein*
2010	680.413	668.950	11.463 = 1,68%	22.643	1,68%=380
2011	665.072	654.243	10.829 = 1,63%	21.398	1,63%=348
2012	675.944	665.780	10.164 = 1,50%	22.093	1,50%=331

Quellen: Destatis / IGES, Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein; Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe QUAG ([www.quag.de](http://www.quag.de))

Für die Übertragbarkeit der Bundesquote spricht, dass für die Wahl der Geburtsklinik zwar die Landesgrenze nicht relevant sein dürfte, aber eine Geburt außerhalb Deutschland eher die Ausnahme sein wird.

Ein besonderes Angebot der außerklinischen Geburtshilfe sind die sogenannten Geburtshäuser. Geburtshäuser sind Zusammenschlüsse von freiberuflich tätigen Hebammen, die selbst Geburtshilfe durchführen. Nach dem SGB V können diese Einrichtungen mit den Krankenkassen Verträge für eine Gesamtfinanzierung abschließen (§ 134a SGB V). Grundlage ist ein Rahmenvertrag der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den maßgeblichen Hebammenverbänden. Eine Übersicht über Geburtshäuser gibt es nicht. In Schleswig-Holstein gibt es zumindest je ein Geburtshaus in Kiel und Lübeck.

Da auch die Geburtshäuser selbst keine Daten zur Zahl der Geburten veröffentlichen, bleibt es bei der oben genannten Schätzung zur Zahl der außerklinischen Geburten.

### 3.2. Bedeutung der Hebammen für die Geburtshilfe

Hebammen kommt sowohl in der Geburtshilfe selbst wie auch in der Betreuung der Schwangeren und der Mütter eine besondere Rolle zu. Hebammen arbeiten sowohl als angestellte Hebammen in Krankenhäusern wie auch als Beleghebammen. Hinzu kommen freiberufliche Hebammen, die in Geburtshäusern arbeiten und/oder Hausgeburten durchführen. Zunehmend gibt es Hebammen, die ausschließlich die vorgeburtliche Betreuung und die Nachsorge übernehmen, selbst aber keine Geburten mehr betreuen.

Seit einigen Jahren gibt es zudem von der Bundesregierung kofinanzierte Modellprojekte, in denen Familienhebammen zusätzliche Leistungen für junge Familien erbringen. Schleswig-Holstein wird diese Angebote – bei entsprechender Finanzierung durch

die Bundesregierung – ausbauen. Nach Angaben der schleswig-holsteinischen Krankenhäuser sind derzeit 160 Vollkräfte in den Kliniken beschäftigt (Stand: 1. März 2013). Da viele Hebammen in Teilzeit tätig sind, dürfte die Zahl der angestellten Hebammen deutlich höher liegen.

Der Status der Hebammen ist nicht an den Versorgungslevel einer Klinik gebunden. So finden sich z.B. an der größten Geburtsklinik im Land, dem Städtischen Krankenhaus Kiel, mit der zweithöchsten Versorgungsstufe ausschließlich Beleghebammen. Das Marienkrankenhaus in Lübeck, die größte belegärztlich geführte Geburtsklinik in Schleswig-Holstein, arbeitet ausschließlich mit angestellten Hebammen.

Daten zur Zahl der ausschließlich oder teilweise freiberuflich tätigen Hebammen in SH liegen bisher nur für die Mitglieder des Deutschen Hebammenverbandes und ohne Differenzierung nach Zahl der betreuten Geburten vor: Von den etwa 700 Hebammen in Schleswig-Holstein sind 643 im DHV organisiert. Geburtshilflich freiberuflich tätig waren davon 108 Hebammen (Stand: Oktober 2013).

Derzeit haben freiberuflich in der Geburtshilfe tätige Hebammen, die Mitglied von DHV oder BfHD (Bund freier Hebammen Deutschlands) sind, 4.242,35 € inkl. Versicherungssteuer zu bezahlen, ab 01.07.2014 sind es 5.090,82 €. Zum 01.07.2016 erhöht sich die Versicherungsprämie auf über 6000 €, wobei dies nur ein Angebot für die Hebammen ist, die Mitglieder im DHV sind (etwa 18.000 Hebammen bundesweit). Für die etwa 1000 Mitglieder des BfHD gilt dieses Angebot nach Stand 30.04.2014 nicht. Für Hebammen, die nicht in der Geburtshilfe tätig sind, sondern ausschließlich in der Vor- und Nachbetreuung arbeiten, liegen die Berufshaftpflichtprämien in einer Größenordnung zwischen 300 und 500 Euro jährlich.

Für die freiberuflich in der Geburtshilfe tätigen Hebammen sind die steigenden Prämien zur Berufshaftpflicht ein großes Problem. Daher hatte Schleswig-Holstein im März 2014 eine Bundesratsinitiative gestartet, mit dem Ziel die Situation der freiberuflich tätigen Hebammen zu verbessern. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat daraufhin in einer Arbeitsgruppe Möglichkeiten prüfen lassen, um die Hebammen bei der Finanzierung der Berufshaftpflicht zu entlasten.

Zur Entlastung der freiberuflich in der Geburtshilfe tätigen Hebammen wurden im April 2014 vom BMG insbesondere ein mit konkreten Qualitätsanforderungen verknüpfter Sicherstellungszuschlag für Hebammen mit wenigen Geburten sowie ein Regressverzicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab einer noch nicht definierten Anspruchshöhe vorgeschlagen. Die Grundkonzeption des mit Qualitätsnachweisen verknüpften Sicherstellungszuschlags, der als Änderungsantrag in ein laufendes Gesetzgebungsverfahren (GKV-FQWG (Drs. 18/1307)) entworfen wurde, wird von der Landesregierung begrüßt. Seitens des GKV-Spitzenverbandes werden als Teil der verbindlichen Qualitätsanforderungen eine Mindestzahl von betreuten Geburten und schnelle Erreichbarkeit einer Klinik im Notfall gefordert. Von den Hebammen wird nach den bisher im Gesundheitsministerium wahrgenommenen Äußerungen die Verknüpfung mit Qualitätsanforderungen abgelehnt mit der Begründung es gäbe bei den Hebammen kein Qualitätsproblem.

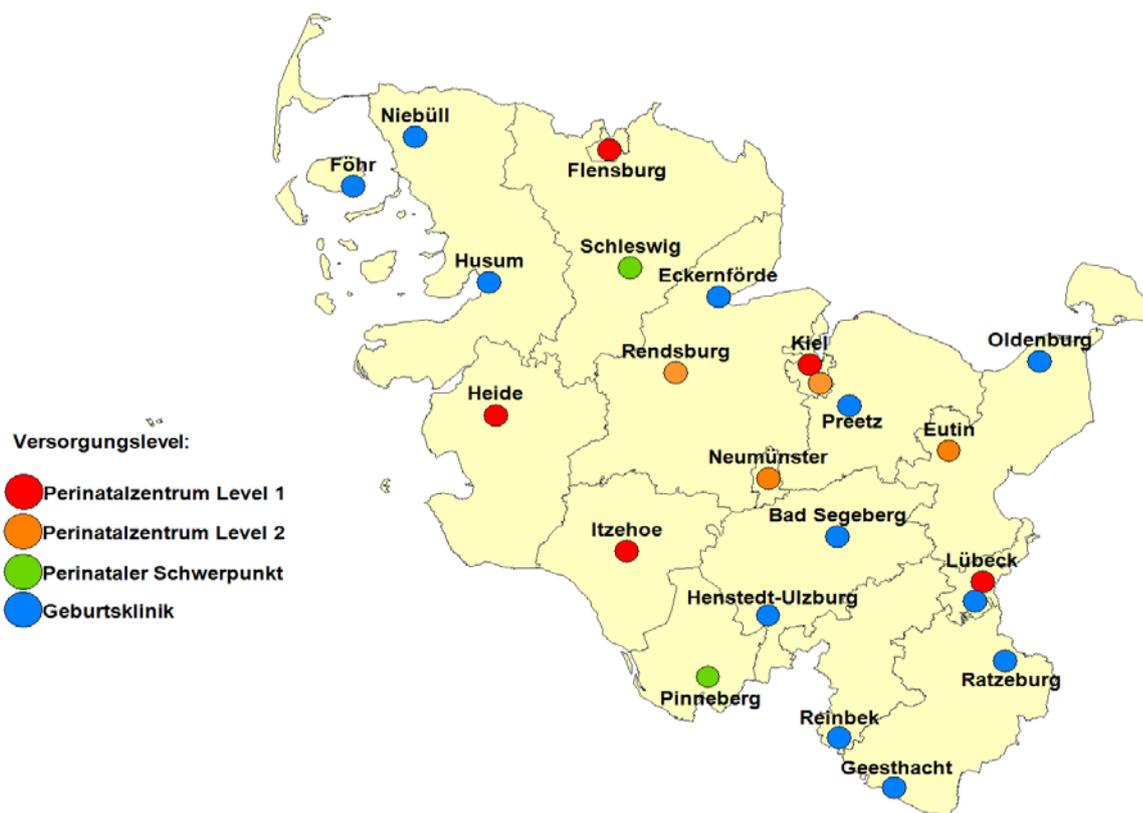
Der Vorschlag des Regressverzichts ist kritisch zu bewerten und v.a. rechtlich schwierig, da eine Begrenzung auf Hebammen nur schwer vorstellbar ist. Außerdem

müsste die Differenzsumme von der Gemeinschaft der Versicherten zu Gunsten der Versicherungswirtschaft getragen werden. Es sollten entgegen den Vorstellungen des BMG auch andere Möglichkeiten geprüft werden, so z. B. das Modell der Haftpflichtabsicherung über die Berufsgenossenschaften und die Möglichkeit eines steuerfinanzierten Haftungsfonds für die Differenzsummen.

### 3.3. Geburt im Krankenhaus

Der Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein folgt bei der Einstufung der geburtshilflichen Einrichtungen der entsprechenden Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses. Danach werden die Einrichtungen in vier Versorgungsstufen unterteilt. Dabei verfügen die ersten drei Versorgungsstufen neben einer hauptamtlichen Geburtshilfe zusätzlich über eine hauptamtliche pädiatrische Abteilung. In der 4. Versorgungsstufe kann die Geburtshilfe sowohl hauptamtlich wie auch belegärztlich durchgeführt werden, über eine Pädiatrie verfügen die Einrichtungen der 4. Versorgungsstufe nicht. Häufig gibt es Kooperationen mit niedergelassenen Kinderärzten bzw. einem belegärztlich tätigen Kinderarzt.

Abb. 6: Übersicht Krankenhausstandorte mit Geburtshilfe



Quelle: Eigene Darstellung MSGFG

In Schleswig-Holstein werden zurzeit fünf Geburtshilfen belegärztlich geführt. Mit Ausnahmen des Marienkrankenhauses in Lübeck sind diese zugleich kleinere Einrichtungen. In diesen kleineren Einrichtungen wird die Versorgung nur mit 1 bis 4 Belegärzten vorgehalten. Belegärztlich geführte Geburtskliniken haben eine Reihe von zusätzlichen Problemen zu bewältigen. Die steigenden Berufshaftpflichtprämien machen diese Aufgabe für den einzelnen Arzt bzw. die Ärztin unattraktiv, die geringe Zahl der Belegärzte pro Einrichtung führt zu einer hohen zeitlichen Belastung. Die

von der Fachgesellschaft benannten Mindestanforderungen zu den Bereitschaftsdiensten sind von kleinen belegärztlichen Kliniken schwerer zu erfüllen.

Tab. 5: Struktur der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Krankenhaus	Kreis	Ärztliche Versorgung		Versorgung Hebammen	
		Haupt- amtlich	Beleg- ärztlich	Angestellte Hebammen	Beleg- hebammen
DIAKO Flensburg	Flensburg	X		X	
UKSH Campus Kiel	Kiel	X		X	X
Städtisches KH Kiel	Kiel	X			X
UKSH Campus Lübeck	Lübeck	X		X	X
Marienkrankenhaus Lübeck	Lübeck		X	X	
FEK Neumünster	Neumünster	X		X	
WKK Heide	Dithmarschen	X		X	X
DRK-KH Ratzeburg	Herzgt.-Lauenburg		X	X	
Johanniter KH Geesthacht	Herzgt.-Lauenburg	X		X	X
Inselklinik Föhr-Amrum	Nordfriesland		X		X
Klinikum Nordfriesland Hus	Nordfriesland	X		X	
Klinikum Nordfriesland Nieb	Nordfriesland		X		X
Sana Kliniken OH Eutin	Ostholstein	X			X
Sana Kliniken OH Oldenb.	Ostholstein	X			X
Sana Regio Kliniken	Pinneberg	X		X	
Klinik Preetz	Plön	X			X
imland Kliniken RD	Rendsburg-Eckernförde	X		X	
imland Kliniken Eck	Rendsburg-Eckernförde		X		X
Helios MLK Schleswig	Schleswig-Flensburg	X		X	X
AK Segeberger Kliniken	Segeberg	X			X
Paracelsus Klinik Hen.-Ulz.	Segeberg	X		X	X
Klinikum Itzehoe	Steinburg	X		X	X
Krankenhaus Reinbek	Stormarn	X		X	

Quelle: Eigene Darstellung MSGFG; Stand. 1. März 2014  
(Die Geburtshilfe in Oldenburg wird zum 1. August 2014 nach Eutin verlagert.)

Tab. 6: Entwicklung der Zahl der Krankenhausgeburten zwischen 2008 und 2013

Krankenhaus	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Veränderung 2008-2013 in %
DIAKO Flensburg	1.523	1.556	1.732	1.541	1.673	1.556	22
UKSH Campus Kiel	1.352	1.334	1.378	1.363	1.428	1.446	7,0
Städtisches KH Kiel	1.747	1.614	1.798	1.642	1.713	1.714	-1,9
UKSH Campus Lübeck	1.410	1.400	1.406	1.283	1.420	1.370	-2,8
Marienkrankenhaus Lübeck	1.213	1.218	1.238	1.206	1.328	1.316	8,5
FEK Neumünster	1.125	1.073	1.042	922	884	914	-18,8
WKK Heide	942	880	967	867	862	897	-4,8
DRK-KH Ratzeburg	381	335	369	349	321	353	-7,3
Johanniter KH Geesthacht	651	586	609	603	583	629	-3,4
Inselklinik Föhr-Amrum	70	71	64	48	45	57	-18,6
Klinikum NF Husum/Niebüll	831	857	876	772	837	774	-6,9
davon Klinikum NF Niebüll						217	
Asklepios Klinik Westerland	87	100	81	107	93	93	6,9
Sana Kliniken Ostholstein Eutin	1.030	1.019	1.000	988	991	932	-9,5
Sana Kliniken Ostholstein Oldenb.	296	275	242	248	218	180	-39,2
Sana Regio Kliniken	1.086	1.176	1.205	1.167	1.057	1.205	11,0
Klinik Preetz	361	353	378	374	340	344	-4,7
imland Kliniken RD/Eck	1.573	1.435	1.490	1.354	1.455	1.417	-9,9
davon imland Kliniken Eck						566	
Helios MLK Schleswig	473	531	513	460	510	488	3,2
AK Segeberger Kliniken	465	486	530	502	648	616	32,5
Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg	749	680	795	906	870	799	6,7
Klinikum Itzehoe	1.525	1.471	1.409	1.308	1.361	1.270	-16,7
Krankenhaus Reinbek	687	702	716	787	774	754	9,8
<b>Gesamt:</b>	<b>20.060</b>	<b>19.569</b>	<b>20.296</b>	<b>19.173</b>	<b>19.458</b>	<b>19.031</b>	<b>-5,1</b>

Quelle: Eigene Darstellung MSGFG

Die Zahl der Geburten in den einzelnen Krankenhäusern spiegelt vor allem die demographische Entwicklung wider, aber auch Entscheidungen von Krankenhausträgern über Verlagerungen oder Schließung von Geburtsstationen. So sinken aufgrund der demographischen Entwicklung die Geburtszahlen in den Krankenhäusern Ostholsteins und Nordfrieslands besonders deutlich.

#### **4. Qualität der Geburtshilfen**

##### **4.1 Strukturqualität der Geburtshilfen**

Das Land Schleswig-Holstein folgt bei der Klassifizierung im Krankenhausplan seit 2010 den Vorgaben der Richtlinie<sup>4</sup> des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Danach werden geburtshilfliche Einrichtungen in vier Kategorien eingeteilt:

- Versorgungsstufe 1 - Perinatalzentren Level 1
- Versorgungsstufe 2 - Perinatalzentren Level 2
- Versorgungsstufe 3 - Perinataler Schwerpunkt
- Versorgungsstufe 4 - Geburtskliniken

Für die Versorgungsstufen 1 bis 3 macht der GBA Vorgaben zur Strukturqualität. Dies sind z.B. Vorgaben zur Personalausstattung, zur Ausstattung der Räumlichkeiten und zur technischen Ausstattung. Zudem gibt es Vorgaben, welche Risikoschwangere in welcher Versorgungsstufe betreut werden sollen. Eine Übersicht hierzu findet sich in der Anlage 1.

Darüber hinaus gibt es für die Perinatalzentren Level 1 eine sog. Mindestfallzahl: Die Einrichtung muss jährlich mindesten 14 Frühchen versorgen, die bei der Geburt weniger als 1.250 g wiegen. Für die Perinatalzentren Level 1 der Krankenhäuser in Flensburg, Heide und Itzehoe hat das Land von der Möglichkeit einer Ausnahmeregelung von der Mindestfallzahl Gebrauch gemacht. Diese Zentren müssen die Mindestfallzahl nicht erfüllen, aber alle anderen Voraussetzungen der GBA-Richtlinie.

Für Geburtskliniken der Versorgungsstufe 4 gibt es weder gesetzliche Vorgaben noch Regelungen durch den GBA. Daher wird bei Geburtskliniken auf die „Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für Geburtshilfliche Abteilung der Grund- und Regelversorgung“<sup>5</sup> der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. zurückgegriffen. Diese werden z.B. regelmäßig von Gerichten bei Schadensersatzprozessen zugrunde gelegt.

---

<sup>4</sup> <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/>

<sup>5</sup> [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-078l_S1_Prozessule_Strukturelle_Organisatorische_Voraussetzungen_2013-05.pdf)

[078l\\_S1\\_Prozessule\\_Strukturelle\\_Organisatorische\\_Voraussetzungen\\_2013-05.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-078l_S1_Prozessule_Strukturelle_Organisatorische_Voraussetzungen_2013-05.pdf)

Tab. 7: Übersicht über die geburtshilflichen Einrichtungen nach der Versorgungsstufe

Versorgungsstufe	Krankenhaus	Standorte
<b>Perinatalzentrum Level 1</b>		
1	Diakonissen-KH Flensburg	Flensburg
1	UKSH Campus Kiel	Kiel
1	UKSH Campus Lübeck	Lübeck
1	Westküstenklinikum Heide	Heide
1	Klinikum Itzehoe	Itzehoe
<b>Perinatalzentrum Level 2</b>		
2	Städtisches KH Kiel	Kiel
2	Friedrich-Ebert-KH Neumünster	Neumünster
2	Sana Ostholstein Kliniken	Eutin
2	imland Kliniken	Rendsburg
<b>Perinataler Schwerpunkt</b>		
3	Regio-Kliniken	Pinneberg
3	Helios Schlei-Klinikum MLK	Schleswig
<b>Geburtsklinik</b>		
4	Marien-KH Lübeck	Lübeck
4	Johanniter-KH Geesthacht/Lauenburg	Geesthacht
4	DRK-KH Mölln/Ratzeburg	Ratzeburg
4	Klinikum Nordfriesland	Husum
4	Klinikum Nordfriesland	Niebüll
4	Klinikum Nordfriesland - Inselklinik	Wyk/Föhr
4	Sana Ostholstein Kliniken	Oldenburg
4	KKH des Kreises Plön	Preetz
4	imland Kliniken	Eckernförde
4	AK Segeberger Kliniken	Bad Segeberg
4	Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg	Henstedt-Ulzburg
4	St. Adolf-Stift KH Reinbek	Reinbek

Quelle: Eigene Darstellung MSGFG

Zum 1. Januar 2014 ist die Richtlinie des GBA geändert worden. Die Vorgaben für die Personalausstattung und für die Qualifikation des Personals für die Versorgungsstufen 1 und 2 sind deutlich angehoben worden. So muss z.B. zukünftig für die pflegerische Versorgung eine 1:1 Betreuung bei den intensivpflichtigen Kindern sichergestellt werden. Hierfür gibt es Übergangsfristen bis 2017.

Die Überprüfung der Einhaltung der Richtlinie obliegt dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Dieser prüft derzeit im Auftrag der Krankenkassenverbände die Einrichtungen der Versorgungsstufen 1 bis 3 in Schleswig-Holstein. Ergebnisse hierzu werden im 4. Quartal 2014 erwartet. Allerdings gibt es keine Rechtsgrundlage für eine Veröffentlichung dieser Ergebnisse.

#### 4.2 Bewertungen der Qualität von Geburtskliniken

Derzeit gibt es noch wenige Möglichkeiten öffentlich zugänglich die Qualität von geburtshilflichen Einrichtungen zu bewerten und darzustellen, so dass sie auch für Patient/innen gut verständlich ist (vgl. hierzu auch Abschnitt 1.3).

Die Beteiligung an der öffentlichen Präsentation von Qualitätsergebnissen erfolgt noch auf freiwilliger Basis auf der im Aufbau befindlichen Internetplattform (<https://www.perinatalzentren.org>). Hier können die Krankenhäuser ihre Daten ein-

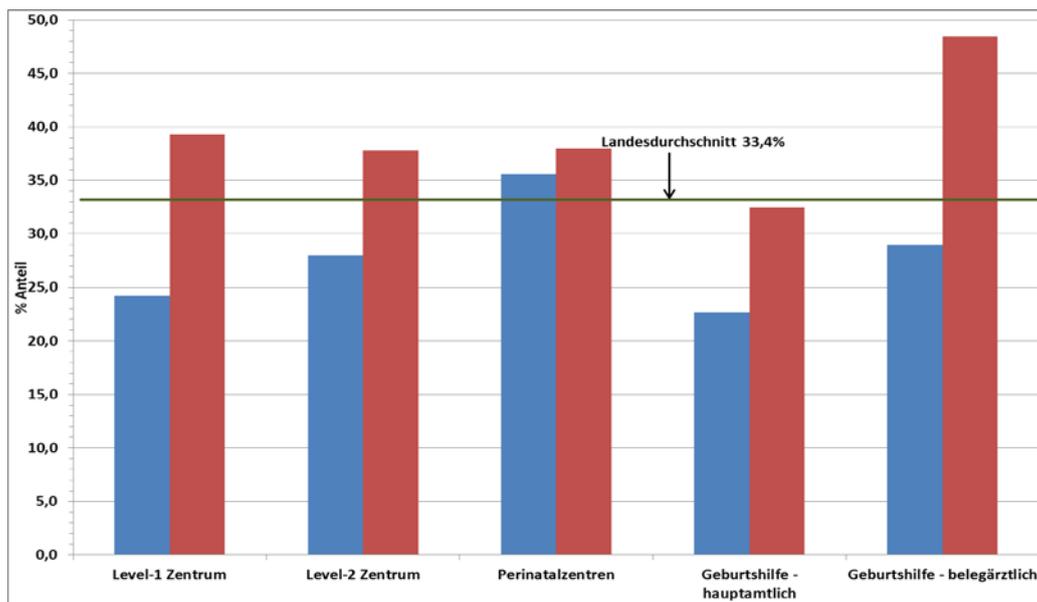
stellen, die Säuglinge mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm versorgen, also Perinatalzentren der Level 1 und 2.

Ein Zusammenhang von Fallzahlen in der Geburtshilfe und Qualität in der Versorgung ist durch wissenschaftliche Studien belegt<sup>6</sup> und dadurch ein wichtiges Kriterium für Strukturentscheidungen. Geringere Fallzahlen geben dem Personal weniger Möglichkeiten zum kontinuierlichen Training für qualitätsgesicherte Ablaufprozesse.

Ein weiteres Kriterium, das herangezogen wird, ist die Zahl der durchgeführten Kaiserschnitte. Eine Veröffentlichung der Raten für die einzelnen Kliniken ist aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich. Daher werden im Folgenden die Kaiserschnitt-raten für die einzelnen Versorgungsstufen dargestellt. Für jede Versorgungsstufe werden jeweils die niedrigste und die höchste Kaiserschnitt-rate angegeben.

Auffällig ist, dass in allen Versorgungsstufen die Kaiserschnitt-raten zwischen den Einrichtungen stark schwanken. Insbesondere in den belegärztlichen Geburtskliniken, in denen nur Frauen mit geringem medizinischem Risiko entbinden sollen, sind die Ausreißer nach oben und die insgesamt hohe Kaiserschnitt-rate bemerkenswert hoch.

Abb. 7: Kaiserschnitt-raten in den einzelnen Versorgungsstufen im Jahr 2012



Quelle: Eigene Darstellung MSGFG

<sup>6</sup> Dazu gehören z.B.: Klinische Pädiatrie, 2013: Mehr gesunde Babys, Autoren: G. Jorch, D. Körholz, L. Gortner; Monatsschrift Kinderheilkunde – Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin, 2010: Neonatologische Versorgung – Fallzahlregelung: Autoren: A. Gerber, R. Rossi.

## 5. Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein gab es auf Grund der dargestellten Entwicklungen in den letzten Jahren bereits Anpassungsprozesse in der Geburtshilfe. Obwohl mehrere Geburtskliniken schließen mussten, verfügt Schleswig-Holstein mit 23 Einrichtungen dennoch über eine gut ausgebaute Infrastruktur in der Geburtshilfe.

Tab. 8: Geschlossene geburtshilfliche Einrichtungen seit dem Jahr 2000

Standort	Jahr	Krankenhaus
Kaltenkirchen	2000	Paracelsus-Klinik
Kappeln	2001	Margarethen Klinik (heute Filialstandort der Diako Flensburg)
Helgoland	2004	Paracelsus-Klinik Helgoland
Mölln	2006	DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg
Brunsbüttel	2006	WKK Brunsbüttel - Heide
Elmshorn	2007	Regio-Kliniken des Kreises Pinneberg (heute Sana)
Flensburg	2012	FördeKlinik (heute Filialstandort Diako Flensburg)
Bad Oldesloe	2012	Asklepios-Klinik
Westerland/Sylt	2013	Asklepios-Klinik

Quelle: Eigene Darstellung MSGFG

Es gibt Regionen in Schleswig-Holstein, in denen die Bevölkerung es von jeher weiter zum Krankenhaus bzw. zur Geburtsklinik hat. Dazu gehören die meisten nordfriesischen Inseln, Helgoland aber auch Teile des Festlandes wie z.B. Eiderstedt.

Eine Analyse der Statistiken über Einzugsgebiete aller Geburtskliniken für das Jahr 2013 zeigt, dass auch heute schon viele Frauen weitere Wege auf sich nehmen, um eine bestimmte Geburtsklinik zu erreichen. Das bedeutet, dass nur ein Teil der Frauen die wohnortnahe Geburtshilfe - unabhängig von den dort angebotenen Leistungen in Anspruch nimmt.

Wie zu erwarten, haben die Einrichtungen mit einem höheren Versorgungsgrad (Level 1 und 2) durchschnittlich größere Einzugsgebiete.

Das Ergebnis der Auswertung der Einzugsgebiete wird im Folgenden skizziert. (Grafische Darstellung siehe Anlage 2 - Farbausdruck notwendig!).

Zu den Regionen im Einzelnen:

### Der Norden - Flensburg, Nordfriesland

Die Diako Flensburg versorgt weite Teile Nordfrieslands und des Landkreises Schleswig-Flensburg. Die Geburtsklinik in Niebüll ist eine wohnortnahe Geburtsklinik und hatte in 2013 keine Geburten von den nordfriesischen Inseln, das wird sich in 2014 durch die Schließung der Geburtshilfe in Westerland sicherlich ändern. Schaut man sich die Einzugsgebiete der Klinik Husum und der Diako an, so überschneiden diese

sich mit denen der Klinik in Niebüll. Die Klinik in Niebüll ist nach der Föhler Klinik mit Abstand die kleinste geburtshilfliche Einrichtung, die ärztliche Ausstattung ist mit nur einem Belegarzt sowie einem angestelltem Arzt die niedrigste im ganzen Land.

#### Der Westen - Dithmarschen, Steinburg

Das Level-1 Zentrum des Westküstenklinikums in Heide versorgt hauptsächlich den Kreis Dithmarschen und das südliche Nordfriesland. Als kleinstes Level-1 Zentrum gibt es hier auch den geringsten Anteil einer überregionalen Versorgung. Das Level-1 Zentrum des Klinikums Itzehoe versorgt den Kreis Steinburg, das südliche Dithmarschen (insbesondere Brunsbüttel), die nördlichen Teile des Kreises Pinneberg, südliche Teile des Kreises Rendsburg-Eckernförde und westliche Teile des Kreises Segeberg. Auch wenn der Kreis Steinburg nicht mehr zum „Hamburger Rand“ zählt, bietet der Kreis Steinburg die einzige Versorgungsstufe Level-1 als Alternative zu den Hamburger Kliniken für einen größeren Bevölkerungsbereich.

#### Der Südwesten - Pinneberg

Der perinatale Schwerpunkt der Sana Regio Kliniken ist der Versorger für den Kreis Pinneberg. Eine nennenswerte Versorgung für andere Kreise in Schleswig-Holstein besteht nicht. Der Teil der Geburten, die von Pinneberg in Hamburg stattfinden, ist derzeit leider nicht quantifizierbar.

#### Mittelholstein – Segeberg und Neumünster

Die Geburtsklinik Segeberg (Versorgungsstufe 4) ist ebenfalls ein regionaler Versorger für den Kreis Segeberg und weite Teile des Kreises Stormarn. Nach der Schließung der Geburtsklinik in Bad Oldesloe in 2012 sind in Segeberg die Entbindungszahlen deutlich angestiegen. Die Geburtsklinik in Henstedt-Ulzburg versorgt den südlichen Kreis Segeberg und steht mit ihrem Angebot in einem harten Wettbewerb mit Hamburger Kliniken.

Neumünster (Versorgungsstufe 2) hat mit stark sinkenden Geburtszahlen zu kämpfen. Hier wird die höherstufige Versorgung für Teile des Kreises Segeberg und Stormarn sichergestellt. Dieses aber in Konkurrenz zu anderen Einrichtungen in Kiel, Lübeck, Rendsburg und Itzehoe.

#### Der Südosten – Herzogtum-Lauenburg und Stormarn

Die Geburtskliniken in Geesthacht und Ratzeburg (Versorgungsstufe 4) versorgen den Kreis Herzogtum-Lauenburg. Die Klinik Reinbek (Versorgungsstufe 4) hat das südwestliche Stormarn sowie das nordwestliche Herzogtum-Lauenburg als Einzugsgebiet. Dieses sind die einzigen Geburtskliniken, die eine nennenswerte Anzahl von Geburten aus anderen Bundesländern (Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern) haben.

#### Lübeck

In Lübeck gibt es die historisch-gewachsene Besonderheit, dass nur das UKSH über eine hauptamtliche Geburtshilfe verfügt (Level-1). Das ehemalige städtische Krankenhaus (heute Sana Lübeck) ist als einziger Schwerpunktversorger im Land ohne Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Daneben gibt es mit der Geburtshilfe im Marienkrankenhaus die größte belegärztlich geführte Geburtsklinik im Land. Das Level-1 Zentrum des UKSH versorgt das gesamte Umland einschließlich der westlichen Teile der angrenzenden Kreise Mecklenburg-Vorpommerns.

Das Marienkrankenhaus verfügt als belegärztliche Einrichtung über ein großes Einzugsgebiet, das neben Lübeck auch Teile der Kreise Stormarn, Herzogtum-Lauenburg und Ostholstein umfasst.

#### Der Osten – Ostholstein

Mit der geplanten Verlagerung der Geburtshilfe von Oldenburg nach Eutin hat sich die Sana-Klinik für ein Konzept der Regionalisierung entschieden, das angesichts des in Ostholstein besonders stark ausgeprägten demografischen Wandels sinnvoll ist. Die Geburtsklinik in Oldenburg hat einen regionalen Einzugsbereich, die Klinik in Eutin deckt den Süden des Kreises Plön ab und auch den relativ bevölkerungsstarken „Lübecker Rand“. Damit verfügt Eutin über eine gute Basis, um einen höheren Versorgungslevel auch zukünftig zu gewährleisten.

#### Kiel und Plön

Die Geburtsklinik (Versorgungsstufe 4) in Preetz deckt den Kreis Plön ab, hat aber auch Geburten aus Kiel und aus den angrenzenden Gemeinden Rendsburg-Eckernförde. Das UKSH (Versorgungsstufe 1) und das Städtische Krankenhaus (Versorgungsstufe 2) sind beides große Geburtskliniken, die neben Kiel große Teile des Kreises Plön und des Kreises Rendsburg-Eckernförde abdecken, in geringerem Umfang aber auch Geburten aus Neumünster betreuen.

#### Der Nordosten

Zwischen den großen Versorgungseinrichtungen Kiel und Flensburg gibt es mit den Einrichtungen in Rendsburg (Versorgungsstufe 2), Eckernförde (Versorgungsstufe 4) und Schleswig (Versorgungsstufe 3) gleich drei weitere Einrichtungen, deren Versorgungsgebiete sich sowohl quantitativ wie auch qualitativ überschneiden. Der Kreis Rendsburg-Eckernförde hat erklärt, dauerhaft auch den Standort Eckernförde weiter zu betreiben. Angesichts der Dichte an geburtshilflichen Einrichtungen in dieser Region wird es in den nächsten Jahren einen harten Wettbewerb um Geburten und Fachkräfte geben. Sowohl im Kreis Rendsburg-Eckernförde wie auch im Kreis Schleswig-Flensburg ist die Zahl der Geburten in den letzten 15 Jahren jeweils um rund 27% gesunken. Im Kreis Schleswig-Flensburg wird sie bis 2020 voraussichtlich nochmals um über 10% sinken.

### **6. Bewertung der geburtshilflichen Versorgung in Schleswig-Holstein**

Als Fazit der vorangestellten Situationsbeschreibung kann festgestellt werden:

- Die Strukturanalyse, die sowohl die Daten zum demografischen Wandel beinhaltet wie auch die derzeitigen Strukturen der Geburtskliniken, zeigt, dass erhebliche Anpassungsprozesse bereits stattgefunden haben.
- Die demografische Entwicklung, die zunehmende Zahl der Risikogeburten aufgrund des höheren Alters der gebärenden Frauen sowie des medizinischen Fortschritts, der Fachkräftemangel, steigende Anforderungen an die Sicherheitsaspekte bei einer Geburt sowie wirtschaftliche Rahmenbedingungen der Kliniken und der Fachkräfte werden weitere Anpassungsmaßnahmen unausweichlich machen.

- Krankenhausplanerische Entscheidungen stoßen an ihre rechtlichen Grenzen, wenn wichtige Daten z.B. zur Qualität der Geburtshilfe in den einzelnen Kliniken entweder nicht zur Verfügung stehen oder nicht zugänglich sind.
- Die Auswertung der Einzugsgebiete zeigt, dass auch heute schon viele Frauen und Familien weitere Wege auf sich nehmen, weil sie ganz offensichtlich dem Mehr an medizinischer Sicherheit, Erfahrung und anderen individuellen Kriterien den Vorrang vor Wohnortnähe geben.
- Auf Grund vieler regionaler Besonderheiten wird deutlich, dass es in Kilometerentfernung klar definierte Einzugsbereiche auf Schleswig-Holstein bezogen nicht geben kann und deshalb die Frage der Versorgungsqualität von anderen Kriterien bestimmt werden muss.
- Auch kann eine starre Festlegung einer Mindestanzahl von Geburten pro Geburtsstation kein alleiniges Entscheidungskriterium für die Schließung einer Geburtsstation sein.
- Mit 23 Geburtskliniken ist die Versorgungsqualität in Schleswig-Holstein gut, allerdings konzentriert sich die Versorgung weitestgehend auf die mittlere Nord-Süd-Achse. Durch die demographische Entwicklung und einen stärkeren Geburtenrückgang im Westen und Osten des Landes entstehen zunehmend Versorgungsprobleme in Ostholstein und Nordfriesland.
- Die größte Herausforderung liegt zur Zeit im Kreis Nordfriesland. In diesem Flächenkreis mit den zu versorgenden nordfriesischen Inseln gibt es noch drei geburtshilfliche Standorte, die alle ein ausschließlich regionales Einzugsgebiet haben und der Versorgungsstufe 4 angehören. Die Zahl der Geburten ist in den letzten 15 Jahren um mehr als 30% gesunken und wird bis 2020 voraussichtlich mindestens um weitere 10% sinken. Hinzu kommt, dass der Fachkräftemangel sich in diesem Landkreis besonders deutlich bemerkbar macht.
- Durch die Verlagerung der Geburtshilfe Oldenburg nach Eutin als Folge von deutlich rückläufigen Geburtenzahlen und vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels und der dadurch nicht mehr sicherzustellenden Strukturqualität, werden im nördlichen Kreis Ostholsteins deutlich weitere Wege entstehen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, entstehende Nachteile durch besondere Versorgungskonzepte vor Ort, aber auch mit einer umfassendere Versorgung in Eutin auszugleichen.

## **7. Perspektiven und Handlungsnotwendigkeiten**

Da der Rückgang von Geburten, das nur begrenzt zur Verfügung stehende Fachkräftepotenzial, die durch den medizinischen Fortschritt bedingte Weiterentwicklung von Qualitätsstandards sowie die Zunahme von Risikogeburten keine mittelfristig umkehrbare Entwicklungen sind, die auch durch einen erhöhten Einsatz von finanziellen Ressourcen weder vom Land noch den Kreisen und kreisfreien Städten kompensiert werden können, bedarf es einer Vielzahl von ergänzenden Maßnahmen und innovativen Weiterentwicklungen.

Die Entscheidungen der Landesregierung verfolgen das Ziel, allen Familien größtmögliche Qualität und Sicherheit in der geburtshilflichen Versorgung zu ermöglichen. Damit darf allerdings keine zu starke Konzentration, z.B. auf die beiden Standorte der Maximalversorgung in Kiel und Lübeck, verbunden sein.

Das Land hat dieser Entwicklung schon mit dem Krankenhausplan 2010 entgegen gewirkt. Das macht die hohe Anzahl der Perinatalzentren Level 1 und 2 deutlich. Bezogen auf eine Million Einwohner hat Schleswig-Holstein im bundesweiten Vergleich ein dichtes Netz dieser Zentren. Drei der fünf Perinatalzentren verfügen über eine Ausnahmegenehmigung des Landes, die diese Zentren von der sog. Mindestfallzahl bei den Frühchen befreit. Das bedeutet, dass diese Zentren ihren Versorgungsstatus behalten, auch wenn sie weniger als 14 Frühchen im Jahr behandeln.

Damit verbunden ist, dass die zunehmende Zahl der Risikoschwangeren nicht zwingend einen der beiden Standorte der Maximalversorgung aufsuchen muss, sondern im Land neun weitere Zentren mit einem hohem bis sehr hohem Versorgungsniveau zur Verfügung stehen.

Diese Zentren werden zukünftig jedoch nur aufrechterhalten werden können, wenn sie insgesamt eine möglichst große Zahl von Geburten betreuen können, unabhängig vom medizinischen Risiko der Mütter und Kinder.

Das ist auch entscheidend für die Bindung der Fachkräfte, die nur durch die Betreuung einer ausreichend großen Zahl von Geburten ihre notwendige Fachkompetenz und Erfahrung ausbauen können.

Neben der hohen medizinischen Qualität muss zugleich eine angemessene individuelle Betreuung der werdenden Mütter sichergestellt sein, um auf die spezifischen Anforderungen des besonderen Erlebnisses Geburt eingehen zu können. In Eutin bietet beispielsweise das „Mutter-Kind-Zentrum“ mit einer leistungsfähigen Geburtshilfe und einer gut ausgebauten Pädiatrie sowohl Schwangeren mit keinem oder nur geringen medizinischen Risiko wie auch Schwangeren mit medizinischem Risiko eine Versorgung auf hohem medizinischem Niveau. Deshalb müssen nur wenige Patientinnen in einen der beiden Maximalversorger nach Kiel oder Lübeck verlegt werden.

Die rechtlichen Möglichkeiten der Landesregierung, im Rahmen der Krankenhausplanung eine regionale Schwerpunktsetzung umzusetzen, sind allerdings eingeschränkt soweit es die Geburtskliniken der Versorgungsstufe 4 betrifft. Hier sind Änderungen nur im Einvernehmen mit dem jeweiligen Krankenhausträger möglich. Bei den Versorgungsstufen 1 bis 3 wird die Landesregierung die Ergebnisse der Prüfung durch den MDK abwarten und ggf. krankenhauplanerische Entscheidungen zu einer weiteren regionalen Schwerpunktsetzung in weiteren Kreisen treffen müssen. Die an der Krankenhausplanung Beteiligten (die sog. Beteiligtenrunde) sind dazu frühzeitig einzubeziehen.

Dort wo durch regionale Schwerpunktsetzung Wege weiter werden, müssen ergänzende Konzepte die Sicherstellung der Versorgung gewährleisten. Dazu gehören folgende Maßnahmen:

### Rettungsdienst

Obwohl geburtshilfliche Notfälle sehr selten sind, wird der in Schleswig-Holstein gut ausgebaute Rettungsdienst bereits differenziert eingebunden. Alle Rettungskräfte müssen über Kenntnisse der Nothilfe bei geburtshilflichen Notfällen durch ihre Ausbildung verfügen. Wo es im regionalen Bezug erforderlich ist, werden gezielt Schulungsmaßnahmen durchgeführt, die die in der Grundausbildung vermittelten Kenntnisse auffrischen.

Hilfe bei geburtshilflichen Notfällen setzt voraus, dass die Schwangeren möglichst schon bei einem Verdacht auf einen medizinischen Notfall, den Rettungsdienst alarmieren. Darüber muss aufgeklärt werden, um eine mögliche Scheu abzubauen, die „112“ anzurufen.

Zusätzlich soll ein landesweites oder regionales Notfalltelefon für den Rettungsdienst und für Ärztinnen und Ärzte eingerichtet werden. Ziel ist es, dass die Helfenden jederzeit einen sehr erfahrenen Geburtshelfer/in um Rat fragen können.

Die Einbindung der vor Ort tätigen und betreuenden Hebammen im Notfall durch gleichzeitige Alarmierung der Hebammen oder ggf. Hinzuziehung von Hebammen kann dazu beitragen, die Entscheidungsprozesse im Notfall zu optimieren und der werdenden Mutter zusätzliche Sicherheit durch eine bereits bekannte, betreuende Person zu geben.

### Boarding Konzepte

Um Notfällen vorzubeugen, bieten einige Kliniken für Risikoschwangere oder für Schwangere die weite Wege zur nächsten Geburtsklinik zu überbrücken haben, bereits das sogenannte Boarding, d.h. die Unterbringung in Kliniknähe für bis zu zwei Wochen vor dem Geburtstermin. Diese Konzepte wurden an den Standorten in Nordfriesland und Ostholstein schon umgesetzt bzw. befinden sich in der Umsetzungsphase. Damit dieses Angebot für Frauen und Familien akzeptabel ist, ist darauf zu achten, dass die Unterkunft familiengerecht und an die besondere Situation der Schwangeren angepasst ist. Weiterhin muss möglichst eine Unterbringung von Geschwisterkindern und PartnerInnen sichergestellt sein. Gegebenenfalls sind Modelle einer mobilen Geburtsstation, wie sie in anderen europäischen Ländern entwickelt wurden, auf ihre Durchführbarkeit im regionalen Schleswig-Holsteinischen Kontext zu überprüfen.

### Ausbau von Netzwerkstrukturen

Um die vorgenannten Maßnahmen zu optimieren ist der Ausbau bestehender Netzwerkstrukturen zielführend, in denen Geburtskliniken, Hebammen und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zielgerichtet mit Anbindung an ein regionales oder überregionales geburtshilfliches Zentrum zusammenarbeiten. Die Landesregierung wird dazu zu bestehenden Ärztenetzen Kontakt aufnehmen und diese motivieren, um deren Kompetenz in die Versorgung der regionalen Bevölkerung in diese geburtshilflichen Strukturen verstärkt einzubinden. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil ist die Einbeziehung von Hebammen in die Netzwerkstrukturen, die in der Vor- und Nachsorge tätig sind. Darüber hinaus wird sich die Landesregierung – gemeinsam mit den Kommunen – bei dem Ausbau der Tätigkeit der Familienhebammen engagieren. Auch deren Einbeziehung in die Netzwerkstrukturen ist sinnvoll.

### Modellregionen Ostholstein und Nordfriesland

Die vorgenannten Maßnahmen sind derzeit vor allem in den Kreisen Ostholstein und Nordfriesland aktuell, wo auf Grund der notwendigen Anpassungsprozesse besondere Versorgungskonzepte zu entwickeln sind. Dieses wird nur möglich sein, wenn alle Beteiligten gemeinsam nach Lösungen suchen, die Bereitschaft vorhanden ist, neue Wege zu gehen und innovativen Ideen Raum zu geben.

Der Landtag hat für die Umsetzung von Konzepten für die Geburtshilfe 45.000 € zur Verfügung gestellt. Diese sollen verwendet werden, um die oben skizzierten Netzwerkstrukturen mit allen Beteiligten (Land, Kreis, Rettungsdienst, Kostenträger, Kliniken, niedergelassene Hausärzt/innen und Gynäkolog/innen) modellhaft zu implementieren und gegebenenfalls weiterzuentwickeln.

### Weitergehende Maßnahmen

- Für die Weiterentwicklung des Landeskrankenhausplanes wird es notwendig sein, Strukturentscheidung zukünftig noch mehr an Qualitätsmaßstäben und Versorgungserfordernissen zu orientieren.
- Neben den landespolitischen Entscheidungen sind auch auf Bundesebene zusätzliche Weichenstellungen erforderlich.
- Es ist vor allem unabdingbar, für alle in diesem Bereich tätigen Fachkräfte, Hebammen und Ärzt/innen, die Berufsausübung nicht durch zusätzliche Lasten unattraktiv zu machen. Dazu zählen Fragen der Vergütung aber auch der Haftpflichtversicherung. Hierbei sind vor allem die Bundesregierung und die Krankenkassen in der Pflicht.
- Auf Bundesebene wird sich die Landesregierung weiter dafür einsetzen,
  - dass Geburtshilfen und Hebammen eine angemessene Vergütung erhalten.
  - dass steigende Qualitätsanforderungen auch mit den entsprechenden Vergütungsstrukturen flankiert werden.
  - und dass die Möglichkeiten, Sicherstellungszuschläge zu vereinbaren, gesetzlich konkretisiert werden, z.B. durch Festlegung von Kriterien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

## Anlage 1

### **Richtlinie Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V**

#### **(Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL)**

Nach dieser Richtlinie werden geburtshilfliche Abteilungen vier Versorgungsstufen zugeordnet, dieses beinhaltet auch die entsprechende Versorgung von Risikoschwangeren. Wesentliche Inhalte werden im Folgenden dargestellt. Die aktuelle Fassung der Richtlinie findet sich unter [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-814/QFR-RL\\_2013-12-19.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-814/QFR-RL_2013-12-19.pdf).

#### **Versorgungsstufe 1: Perinatalzentrum Level 1**

Die Aufnahme von Schwangeren bzw. ihre Zuweisung aus Einrichtungen einer niedrigeren Versorgungsstufe erfolgt u.a. nach folgenden Kriterien:

- (1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1250 Gramm oder mit einem Gestationsalter  $< 29 + 0$  SSW,
- (2) Schwangere mit Drillingen und mit einem Gestationsalter  $< 33 + 0$  SSW sowie Schwangere mit über drei Mehrlingen,
- (3) Schwangere mit allen pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist. Dieses betrifft insbesondere den Verdacht auf angeborene Fehlbildungen.

#### **Versorgungsstufe 2: Perinatalzentrum Level 2**

Die Aufnahme von Schwangeren bzw. ihre Zuweisung aus Einrichtungen einer niedrigeren Versorgungsstufe erfolgt u.a. nach folgenden Kriterien:

- (1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1250 bis 1499 Gramm oder mit einem Gestationsalter von  $29 + 0$  bis  $31 + 6$  SSW,
- (2) Schwangere mit schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen, z. B. HELLP-Syndrom oder Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils,
- (3) Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.

#### **Versorgungsstufe 3: Perinataler Schwerpunkt**

Die Aufnahme von Schwangeren bzw. ihre Zuweisung aus einer Geburtsklinik erfolgt u.a. nach folgenden Kriterien:

- (1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1500 Gramm oder mit einem Gestationsalter von  $32 + 0$  bis  $\leq 35 + 6$  SSW,
- (2) Schwangere mit Wachstumsretardierung des Fetus (zwischen dem 3. und 10. Perzentil des auf das Gestationsalter bezogenen Gewichts),

- (3) Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung ohne absehbare Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.

#### Versorgungsstufe 4: **Geburtsklinik**

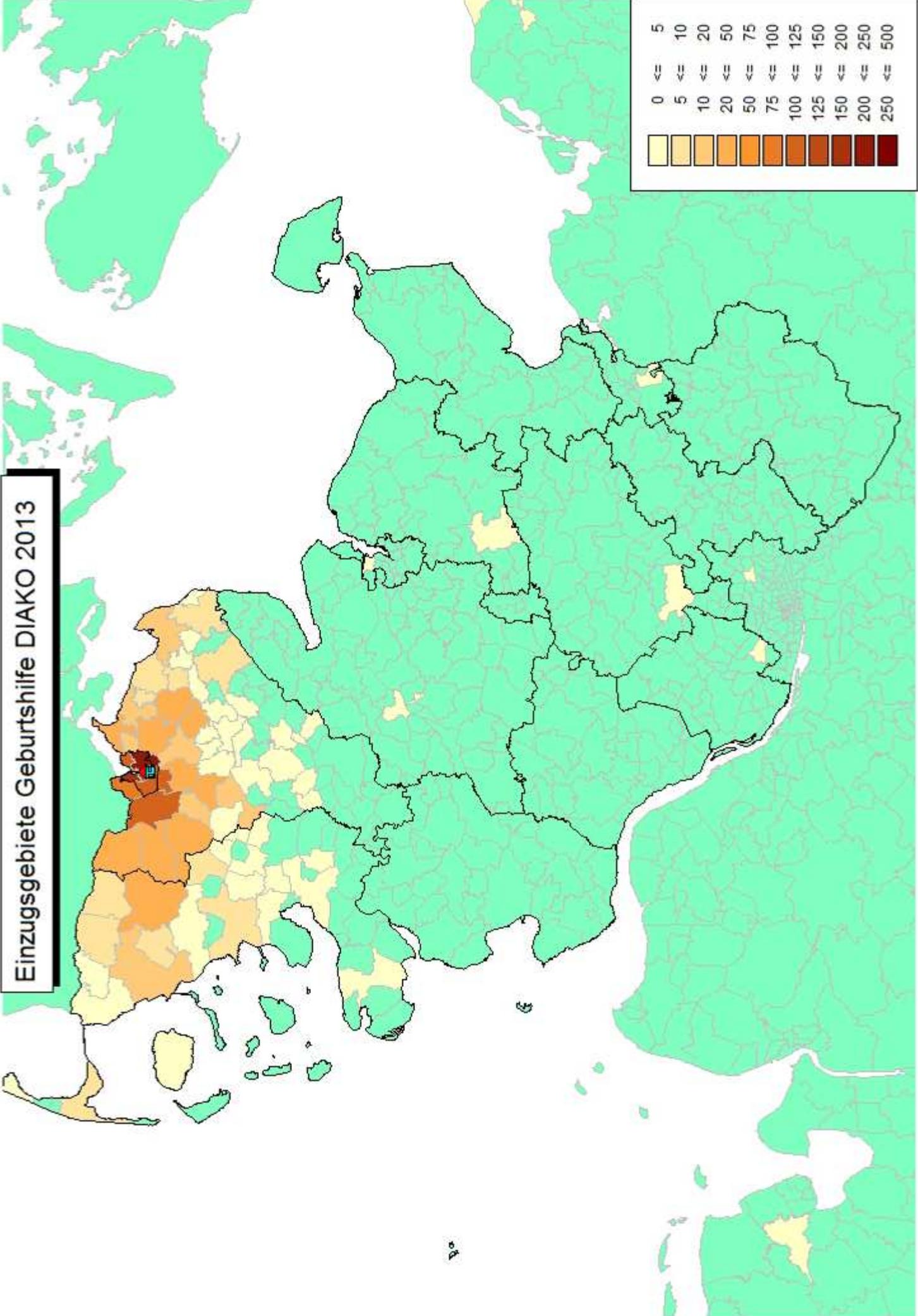
Die Aufnahme von Schwangeren in eine Geburtsklinik erfolgt nach folgendem Kriterium:

Schwangere ab 36 + 0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen.

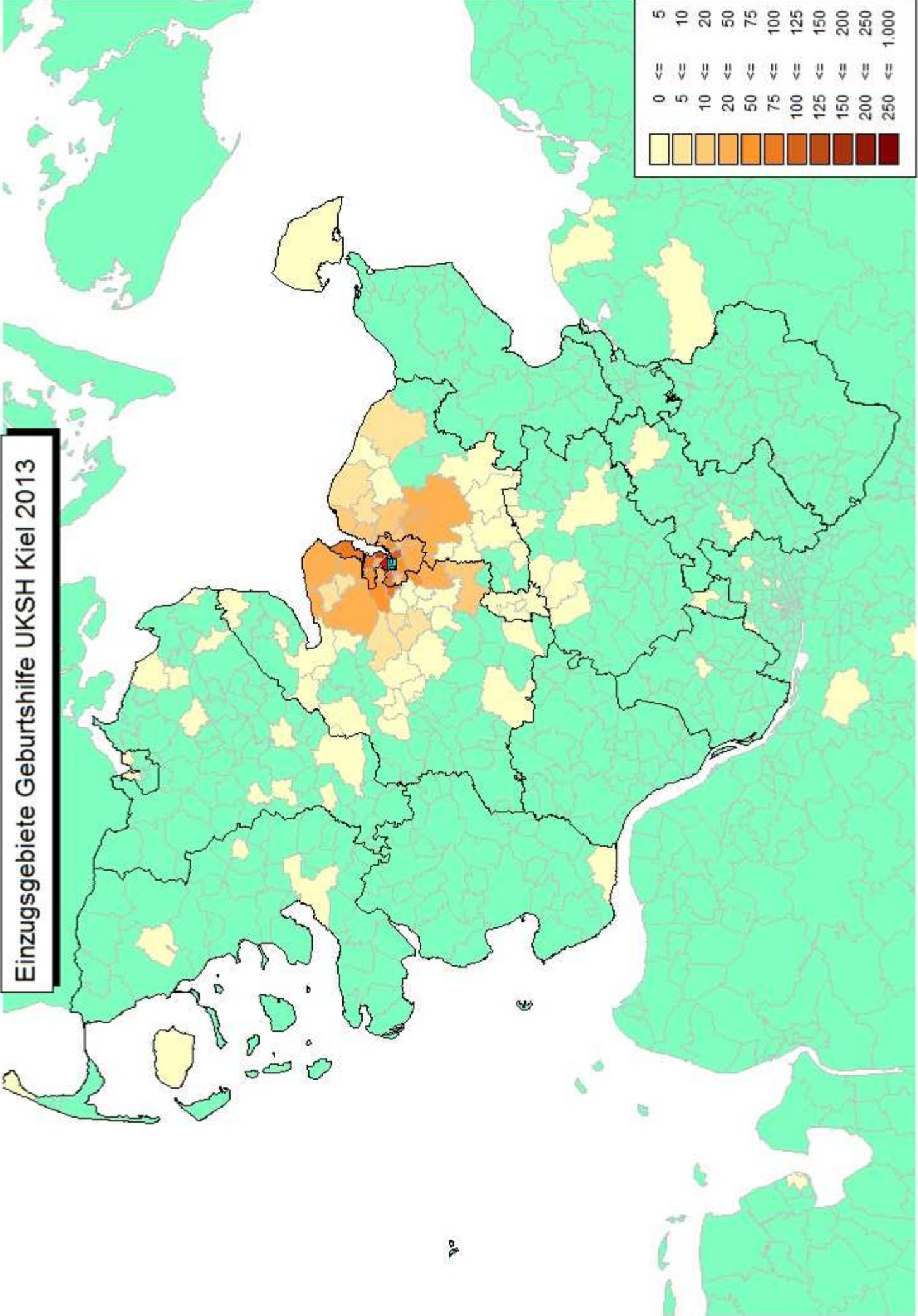
In allen 4 Versorgungsstufen ist die **Risiko-adaptierte Versorgung Schwangerer** zu beachten:

- (1) Schwangere mit einem Risiko gemäß GBA-Richtlinien festgelegten Aufnahme- und Zuweisungskriterien dürfen nur in einer Einrichtung aufgenommen und versorgt werden, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt.
- (2) Erfüllt eine von den Schwangeren aufgesuchte Einrichtung die Anforderungen für das jeweilige Risiko der Schwangeren nicht und bedarf es nach Einschätzung der Krankenhausärztinnen und -ärzte einer Krankenhausbehandlung, so ist unverzüglich der Transport der Schwangeren in eine Einrichtung zu veranlassen, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt.
- (3) Bereits von einer Einrichtung aufgenommene Schwangere, bei denen ein Risiko gemäß den GBA-Richtlinien festgelegten Aufnahme- und Zuweisungskriterien eintritt, sind unverzüglich in eine Einrichtung zu verlegen, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt.
- (4) Im begründeten Einzelfall kann von den Regelungen in den Absätzen 1 bis 3 abgewichen werden, sofern ein solcher Einzelfall unter Abwägung der Risiken für Mutter und Kind und des medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfs dies erforderlich macht. Jede Einzelfallentscheidung ist unter Angabe der jeweiligen Abwägungsbelange zu dokumentieren!

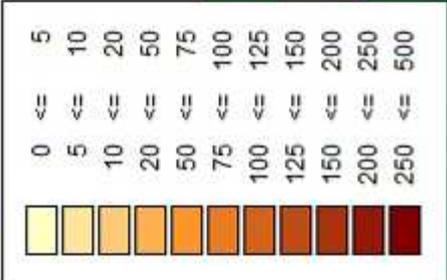
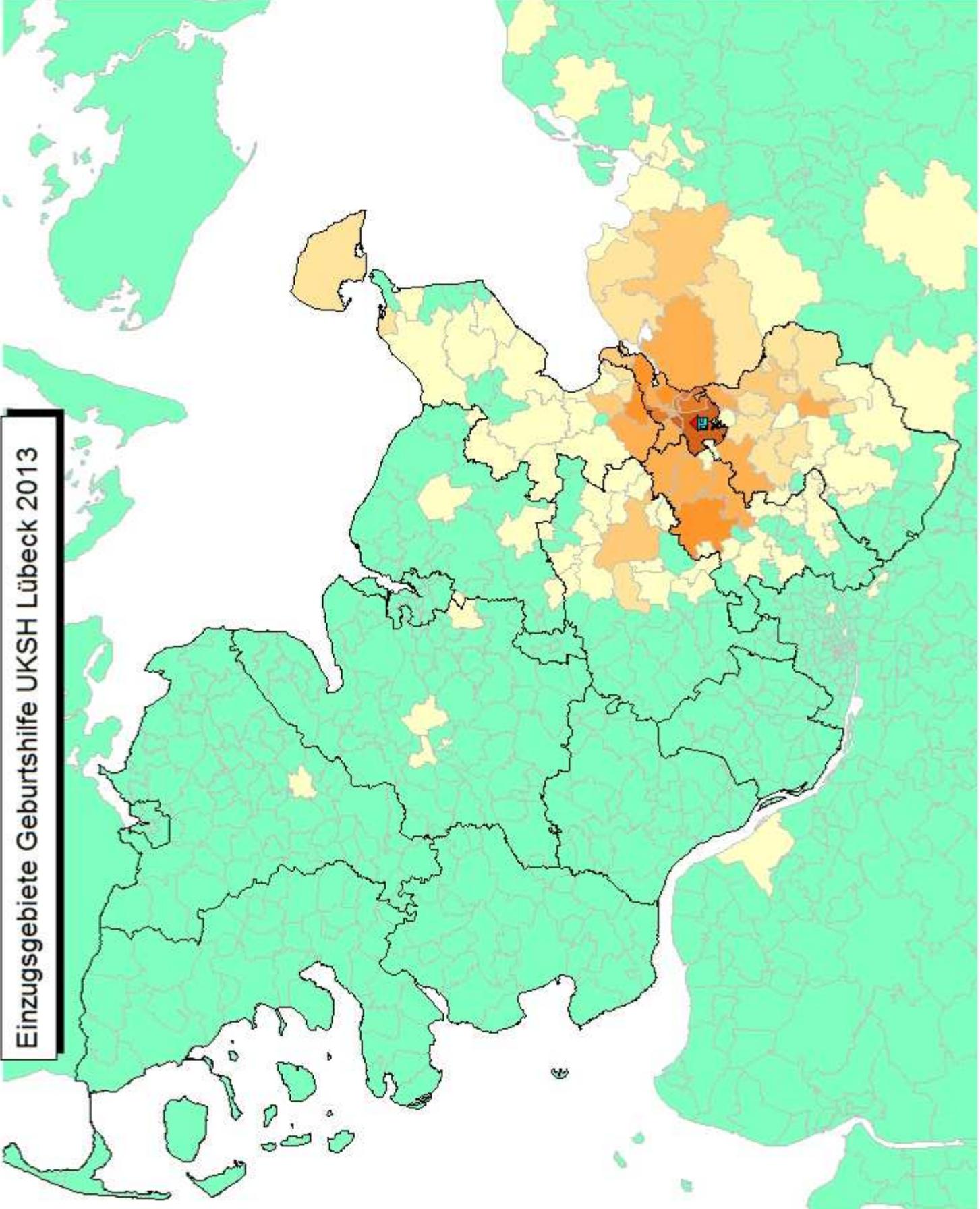
**Einzugsgebiete Geburtshilfe DIAKO 2013**



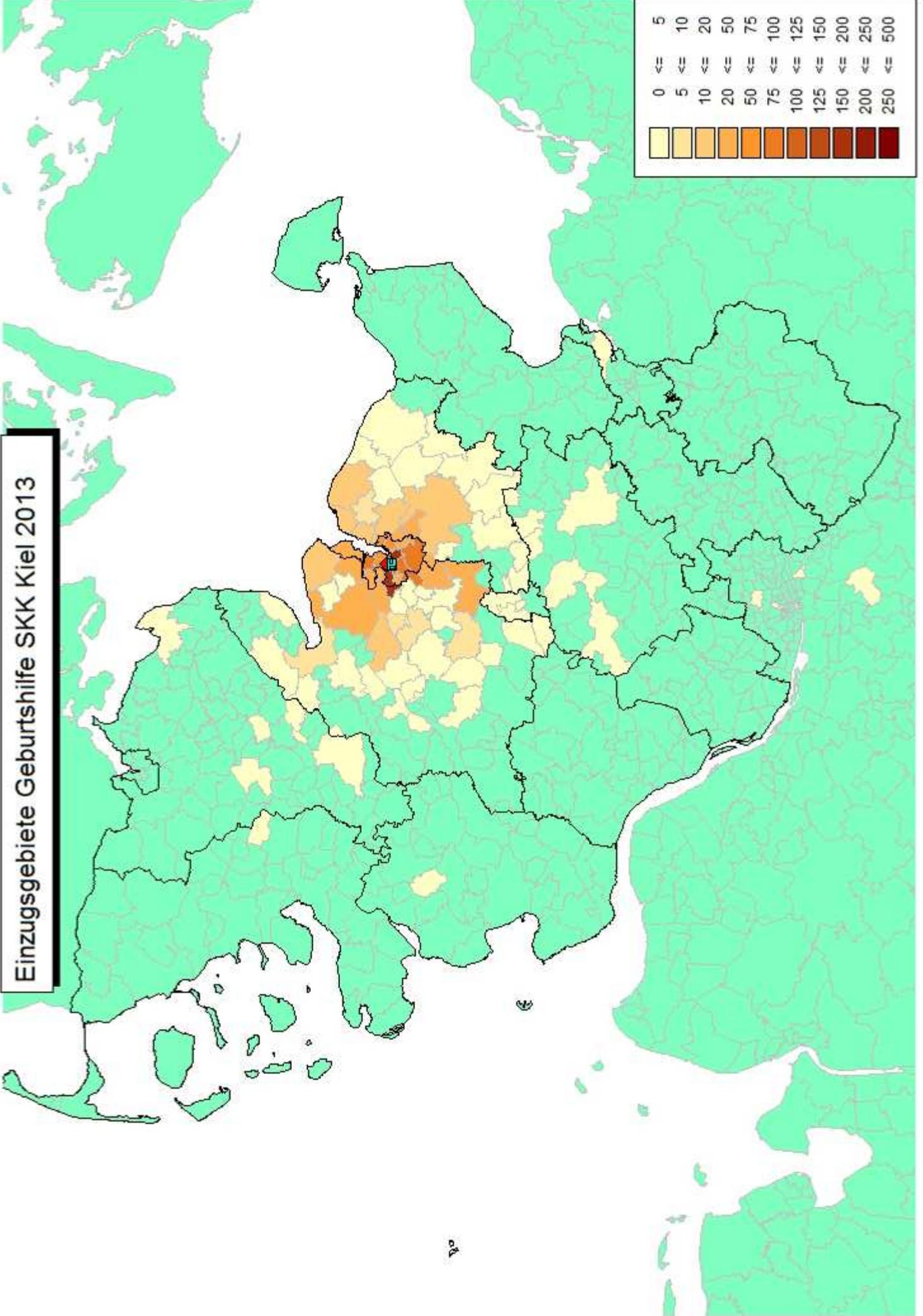
Einzugsgebiete Geburtshilfe UKSH Kiel 2013



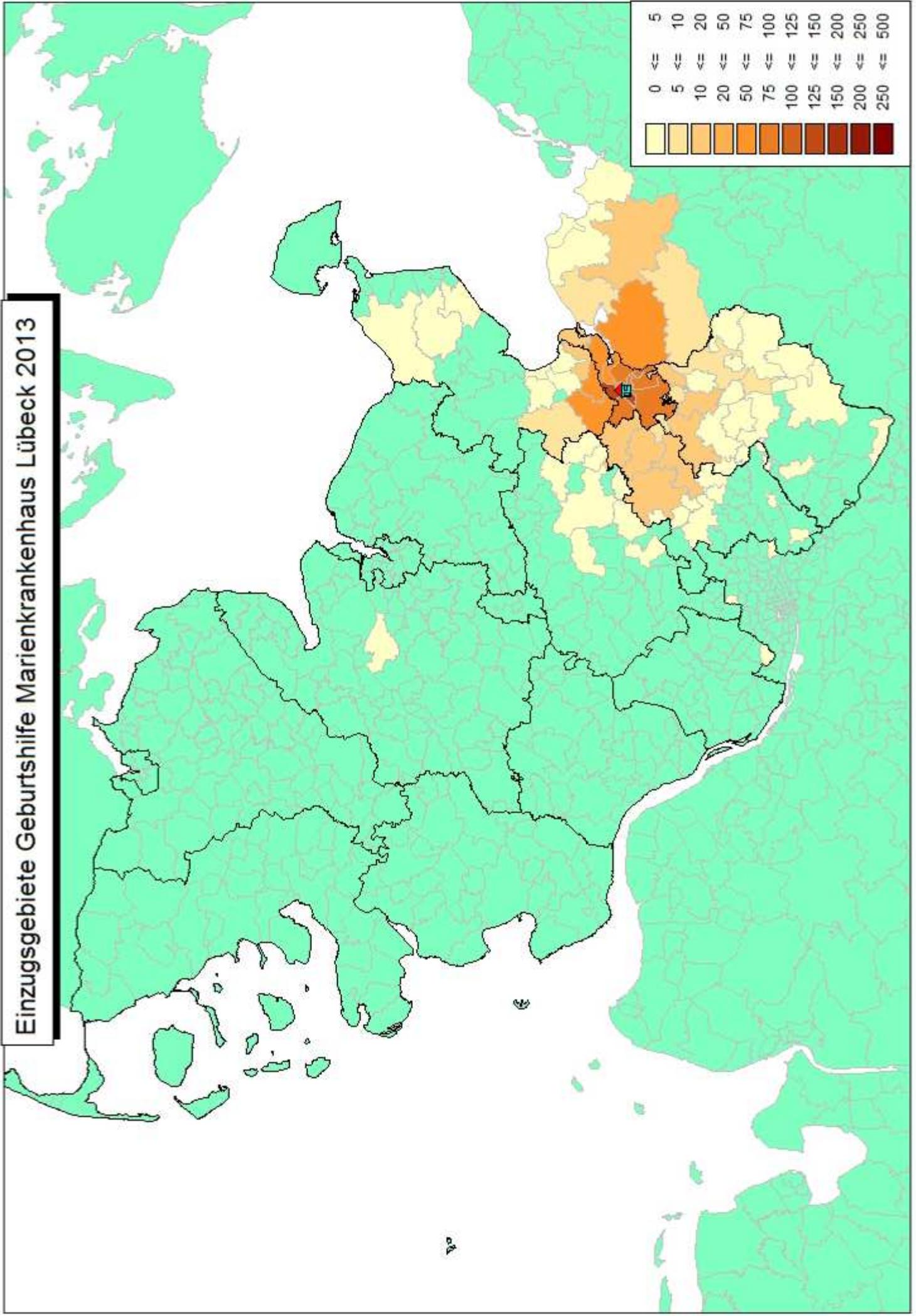
Einzugsgebiete Geburtshilfe UKSH Lübeck 2013



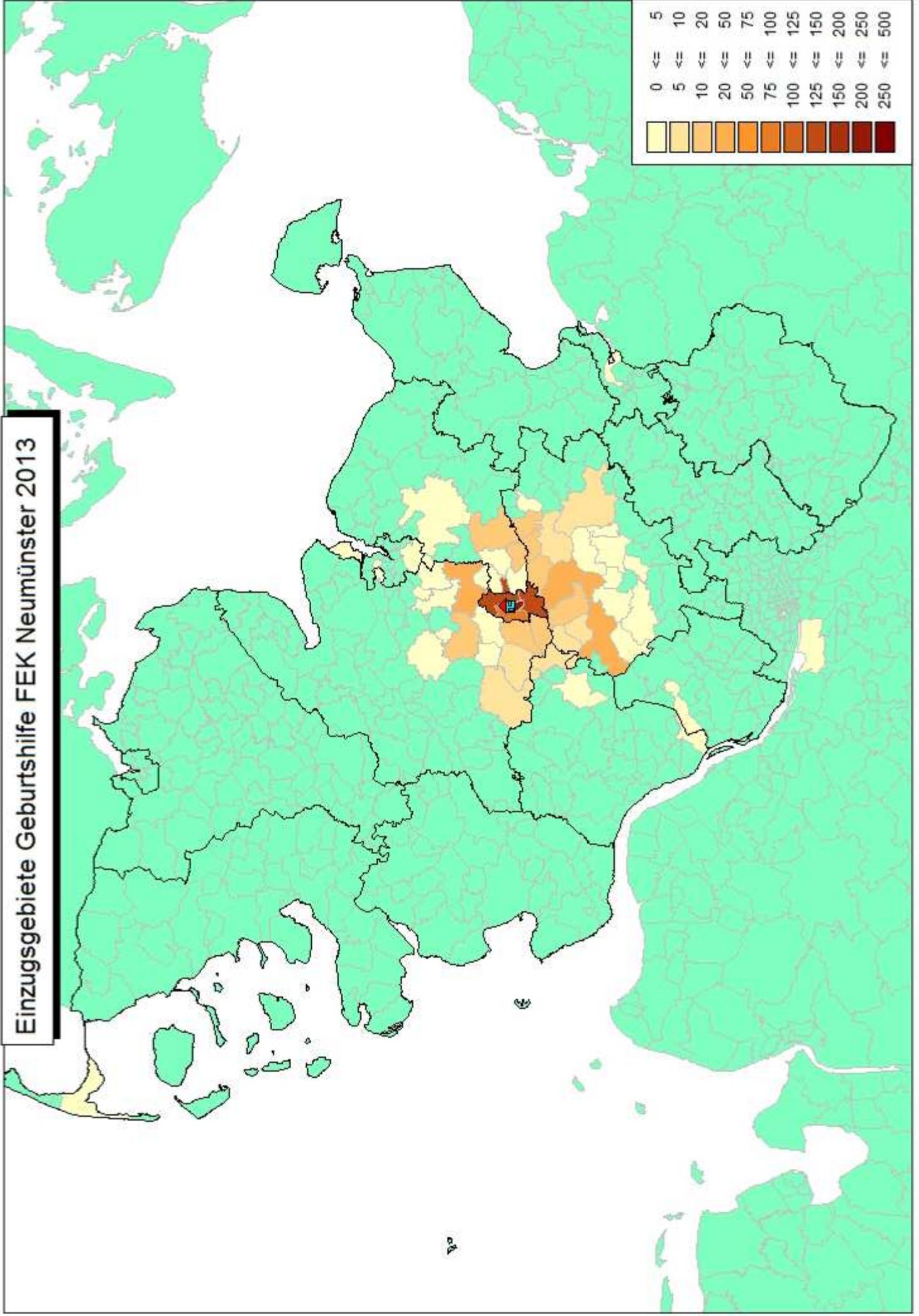
Einzugsgebiete Geburtshilfe SKK Kiel 2013



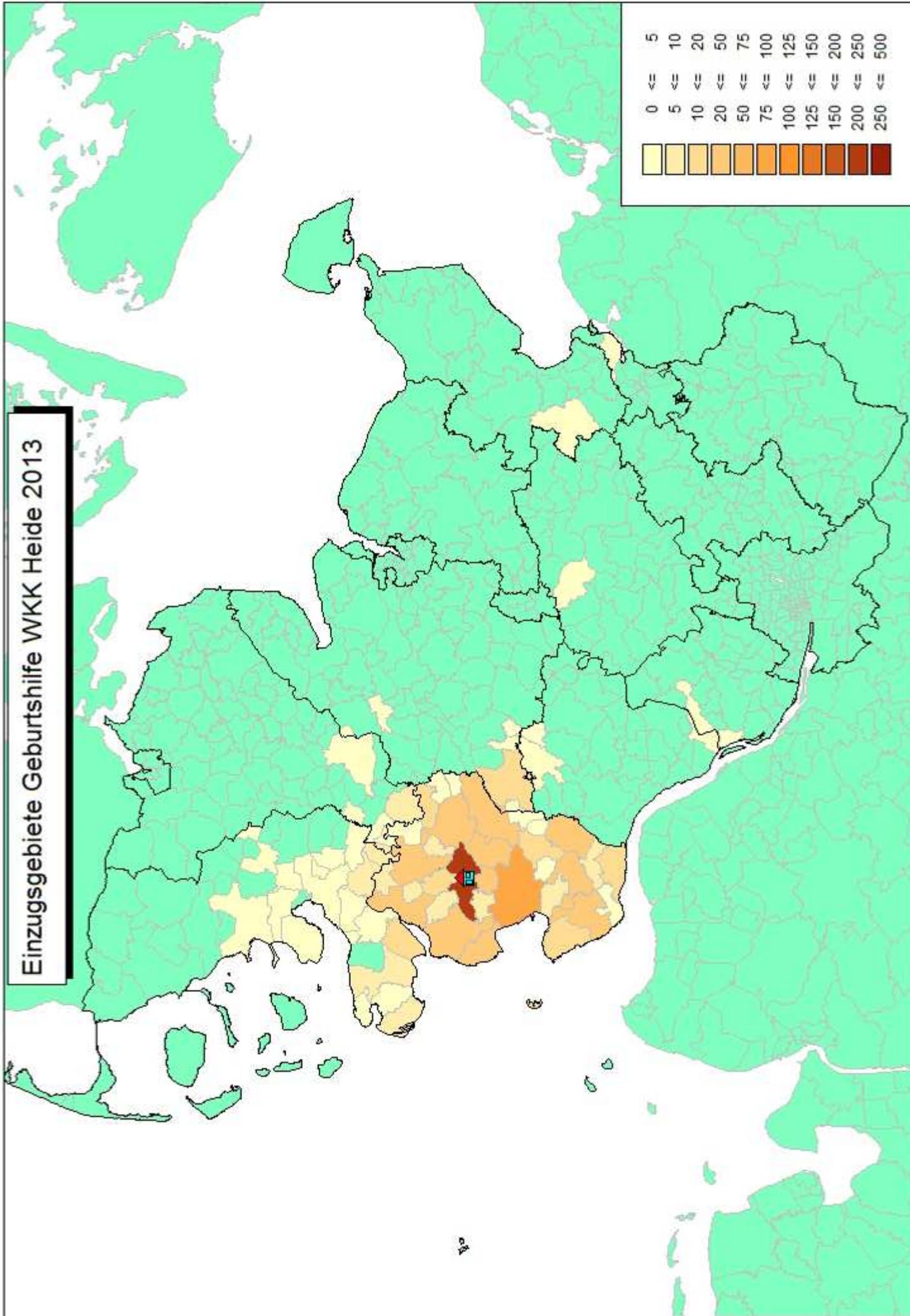
**Einzugsgebiete Geburtshilfe Marienkrankenhaus Lübeck 2013**



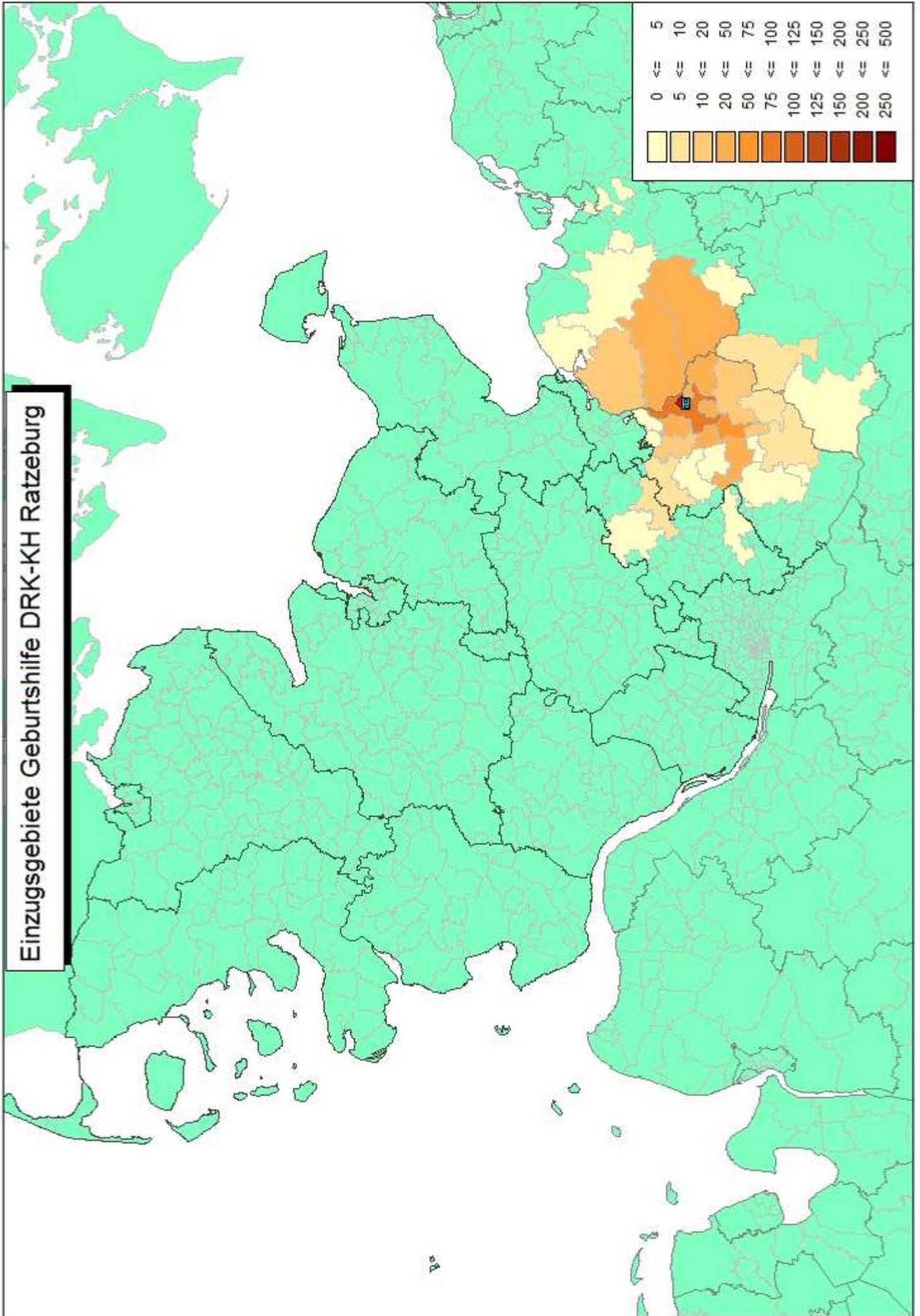
Einzugsgebiete Geburtshilfe FEK Neumünster 2013



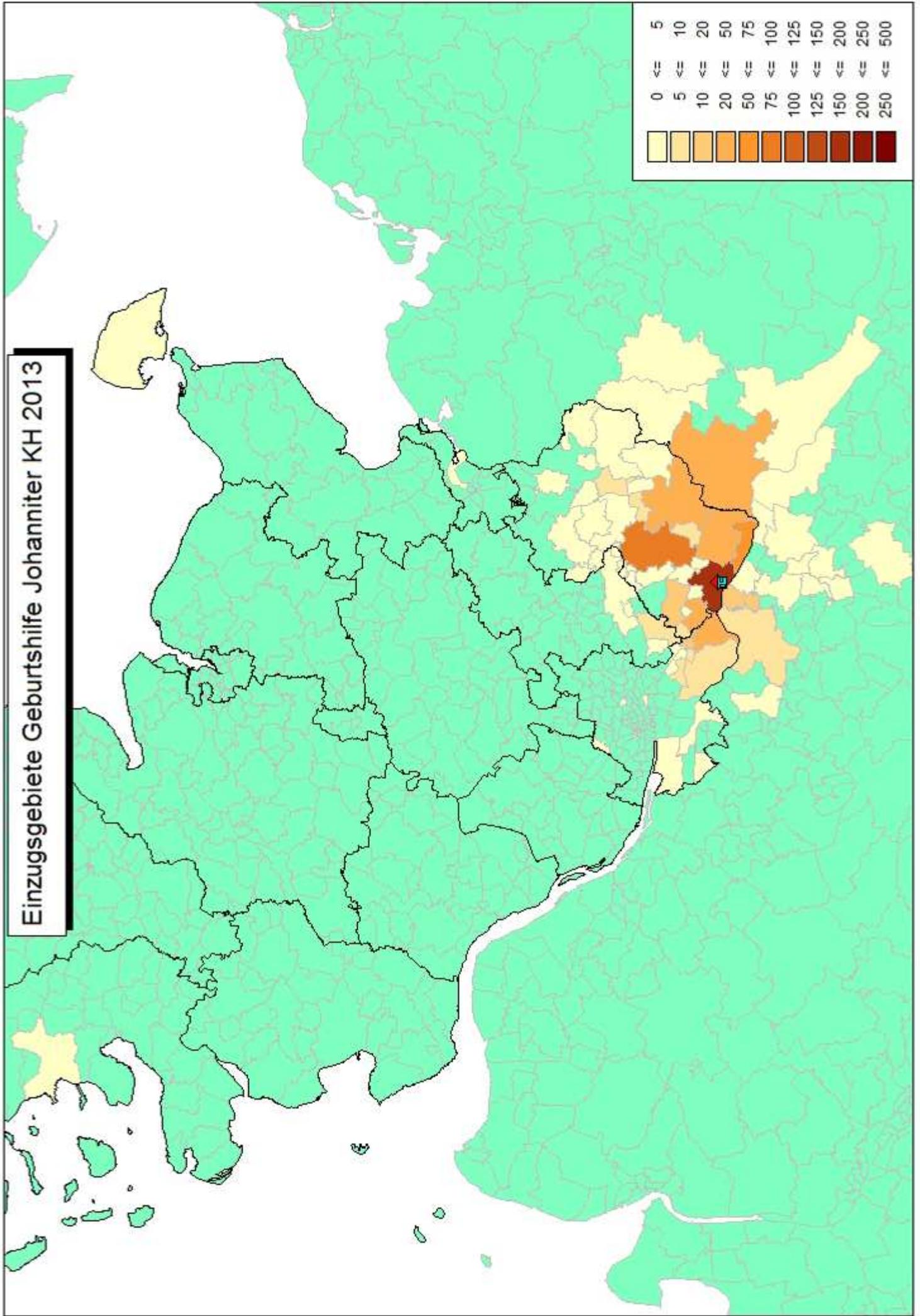
Einzugsgebiete Geburtshilfe WKK Heide 2013



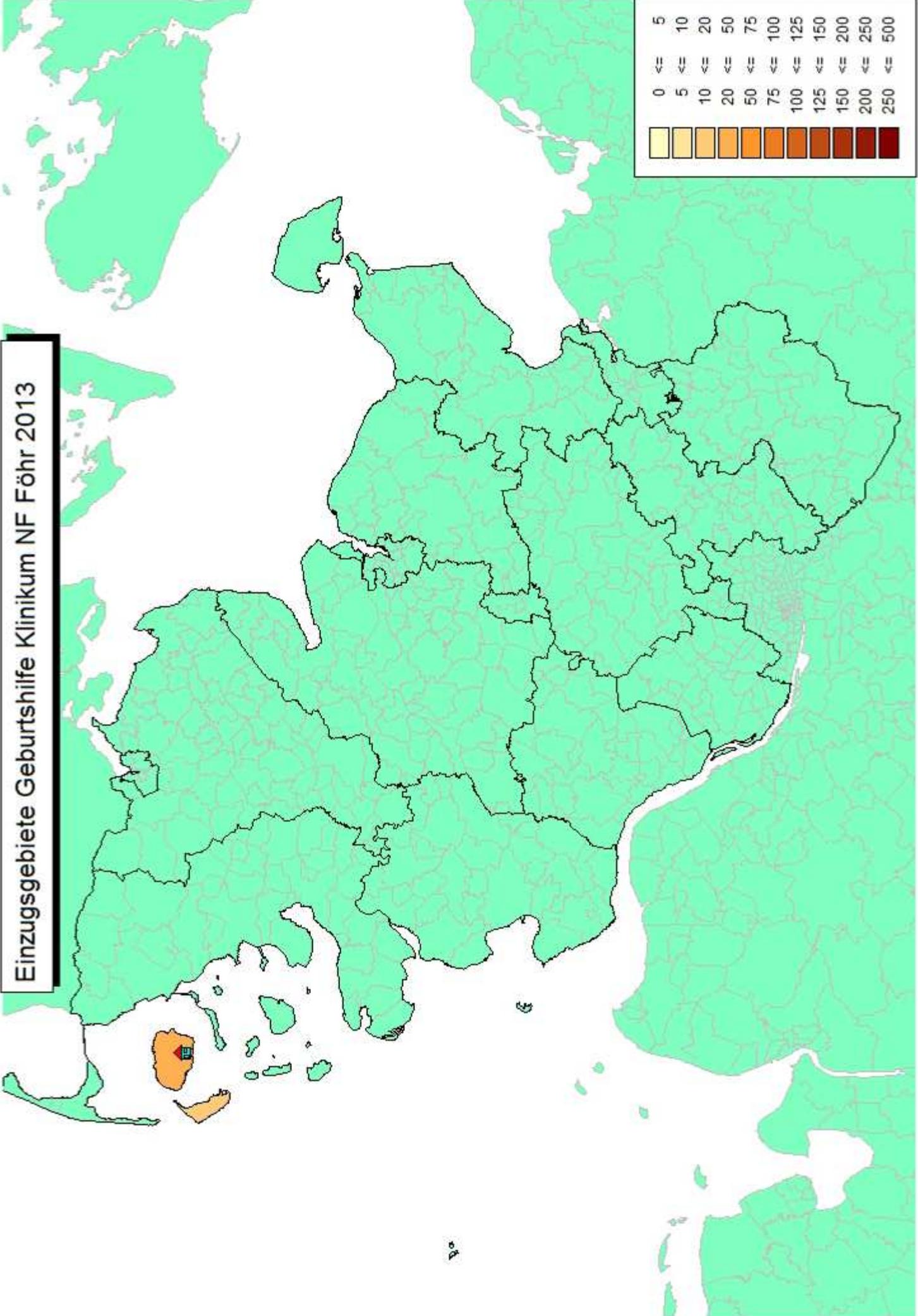
Einzugsgebiete Geburtshilfe DRK-KH Ratzeburg



Einzugsgebiete Geburtshilfe Johanniter KH 2013

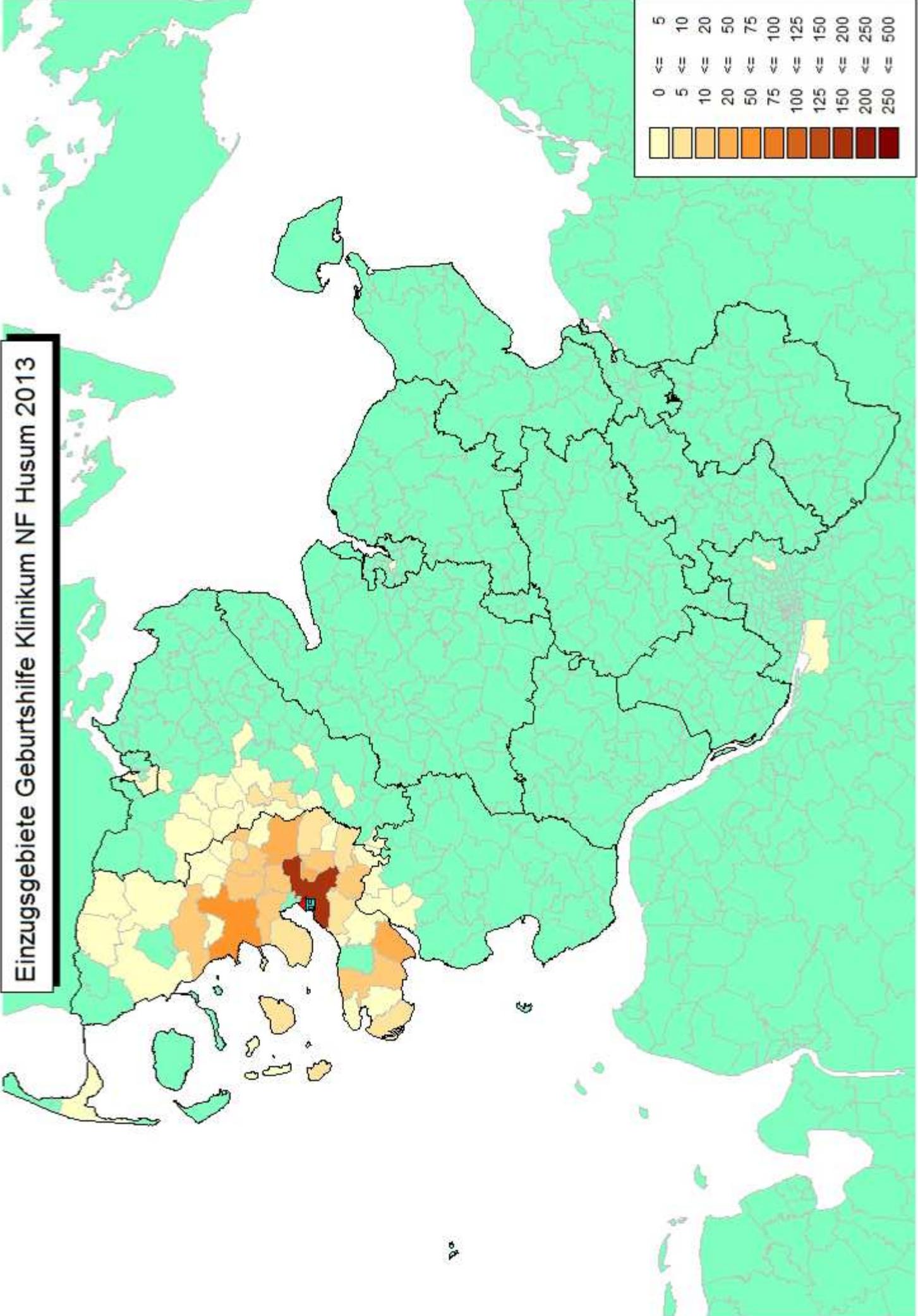


Einzugsgebiete Geburtshilfe Klinikum NF Föhr 2013

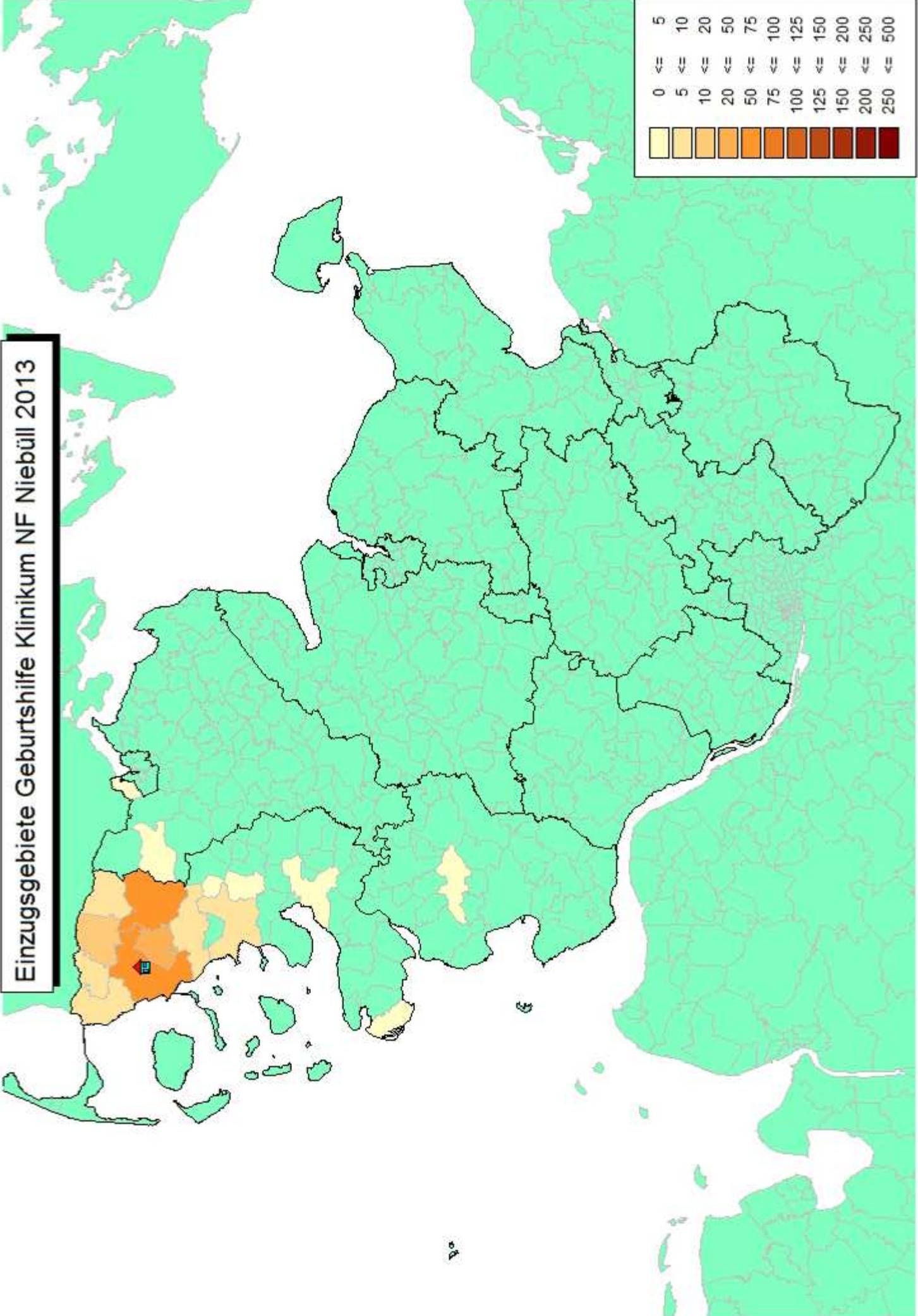


0	5	10	20	50	75	100	125	150	200	250	500
<=	<=	<=	<=	<=	<=	<=	<=	<=	<=	<=	<=

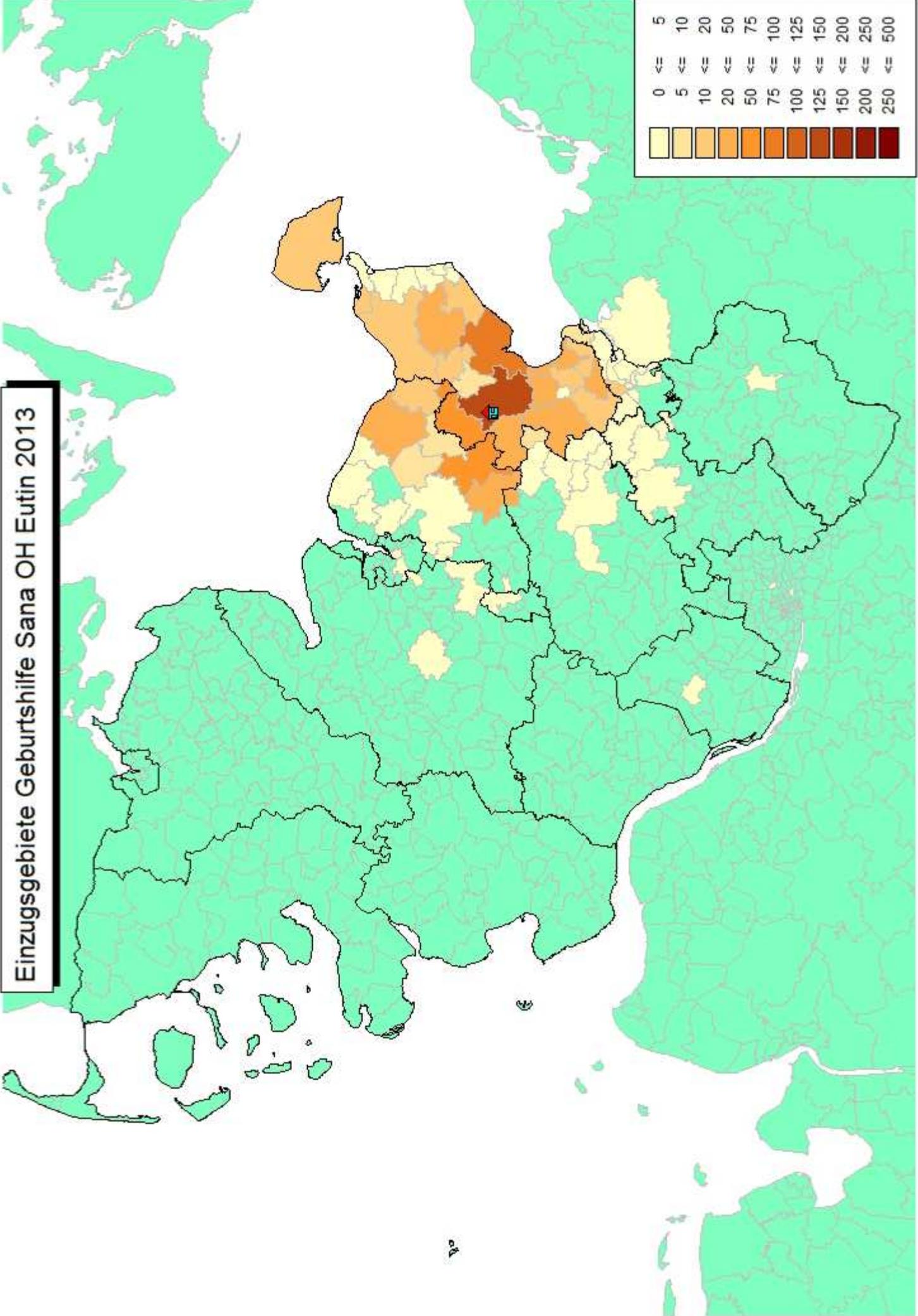
**Einzugsgebiete Geburtshilfe Klinikum NF Husum 2013**



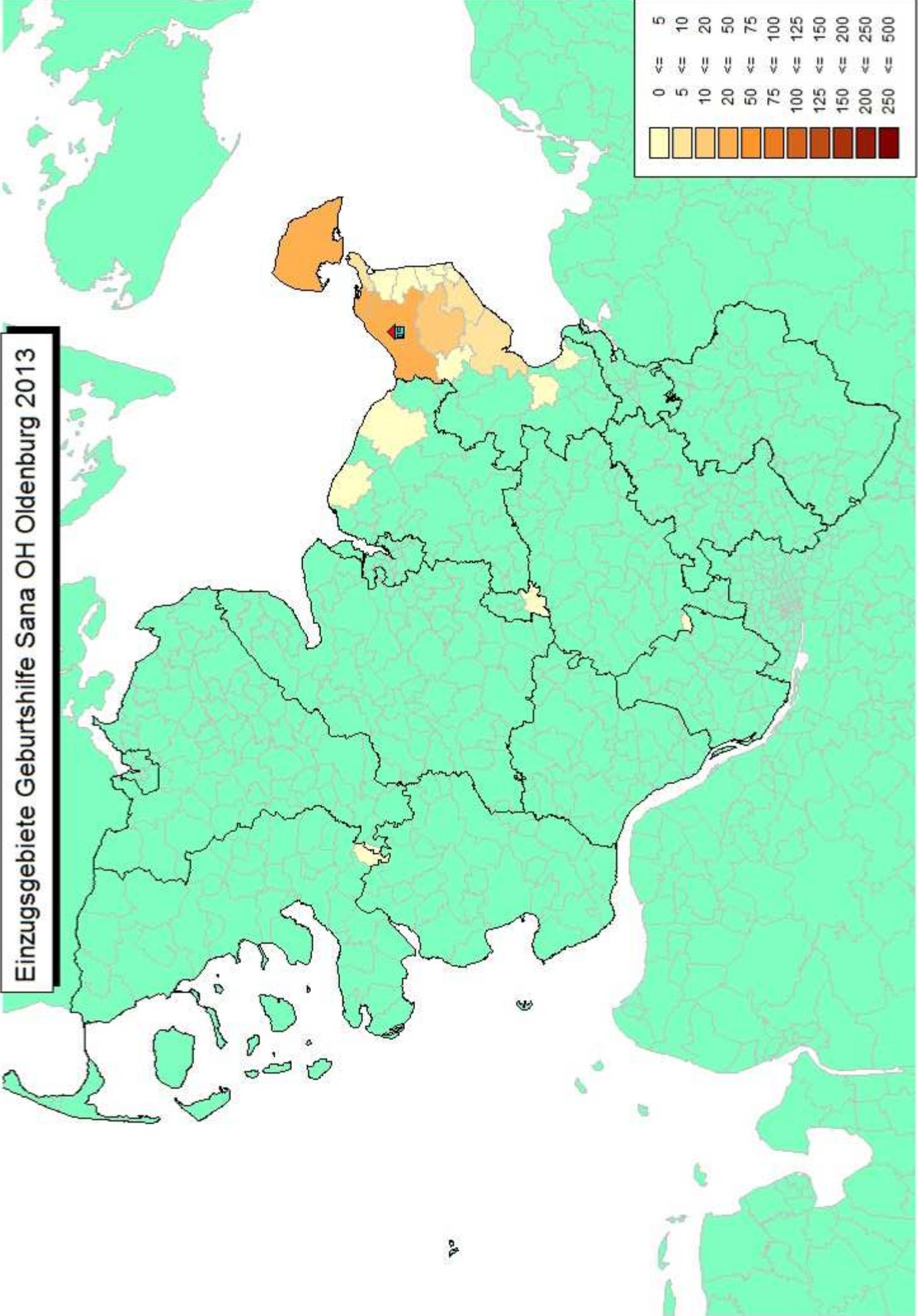
**Einzugsgebiete Geburtshilfe Klinikum NF Niebüll 2013**



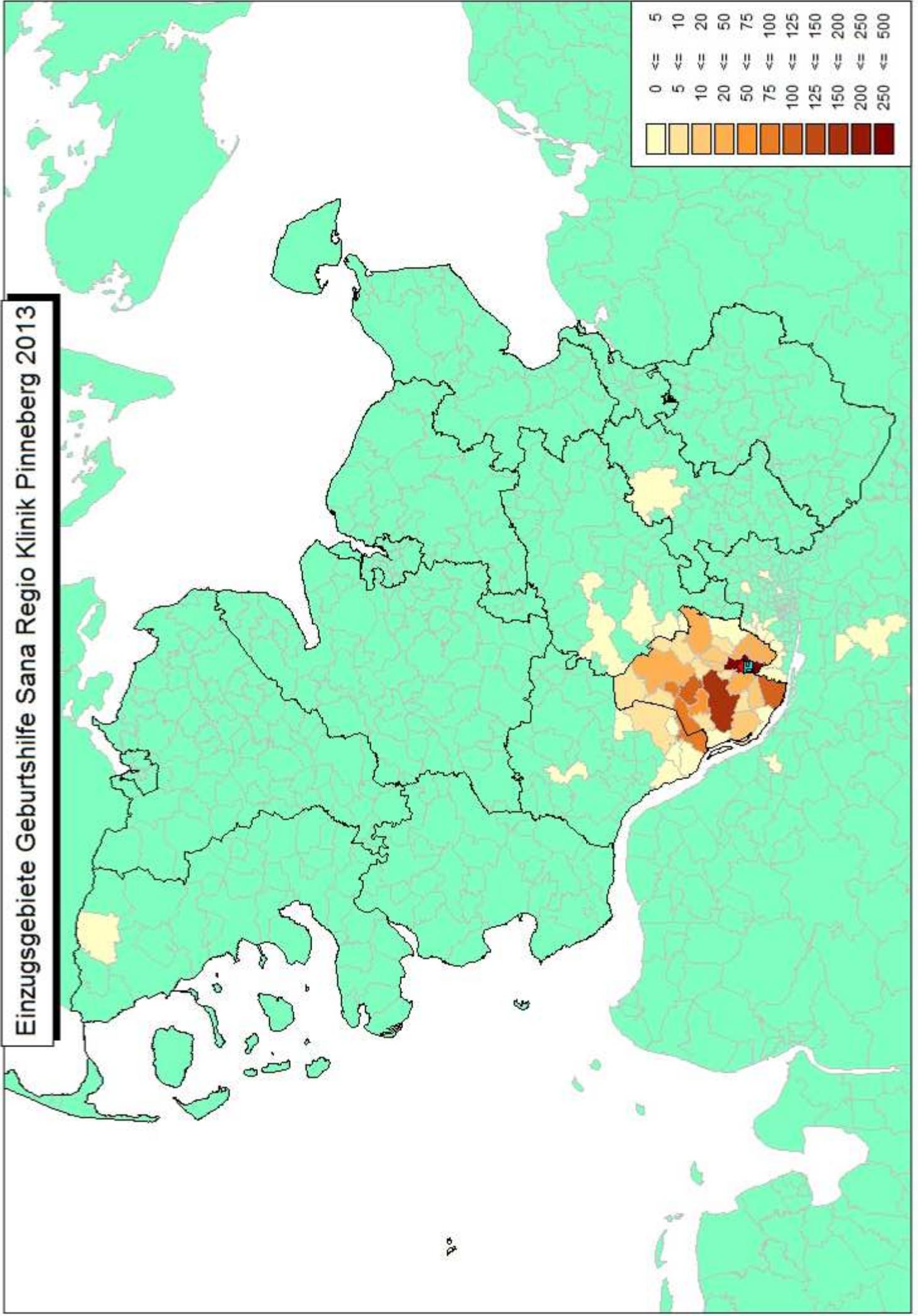
**Einzugsgebiete Geburtshilfe Sana OH Eutin 2013**



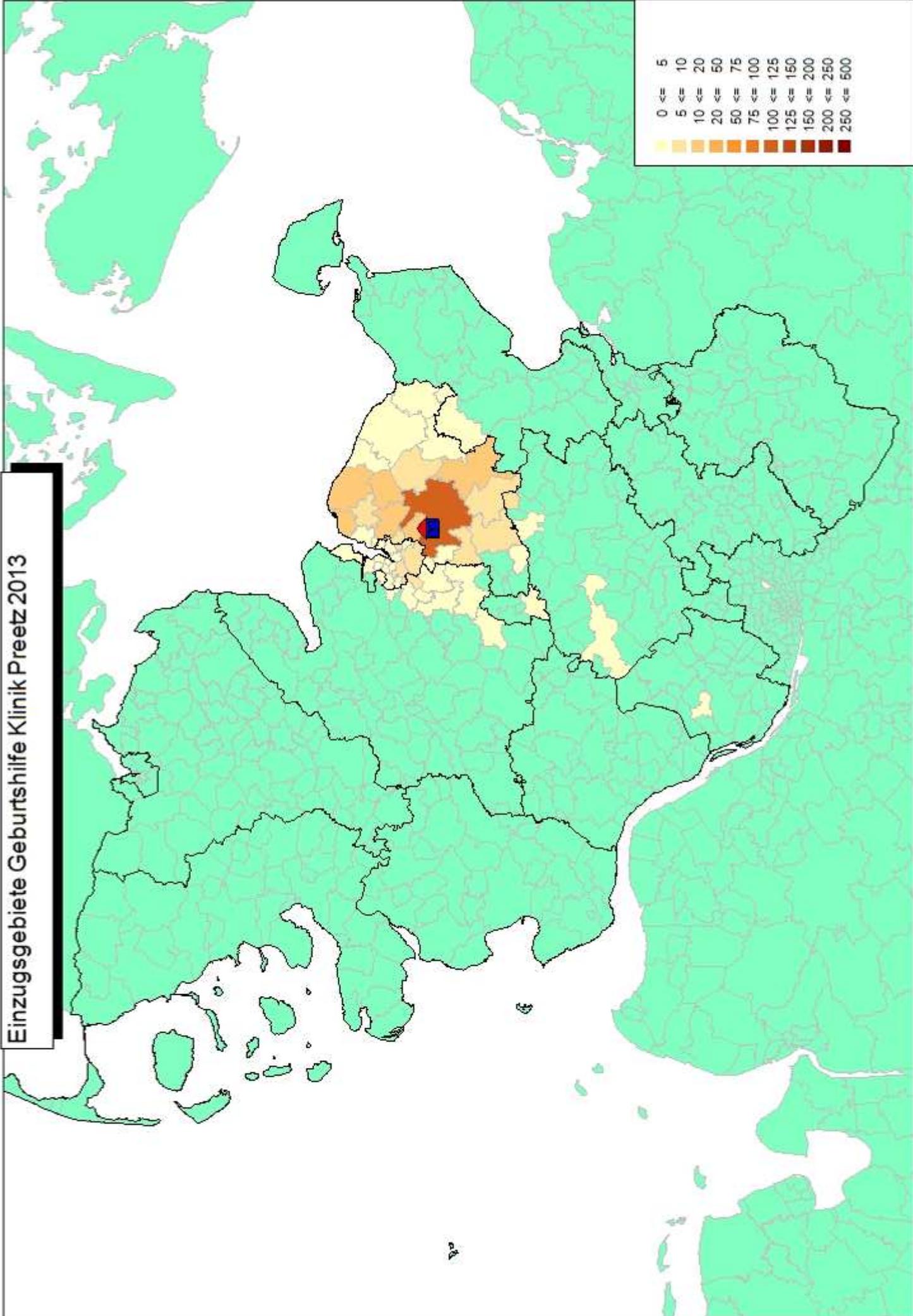
**Einzugsgebiete Geburtshilfe Sana OH Oldenburg 2013**



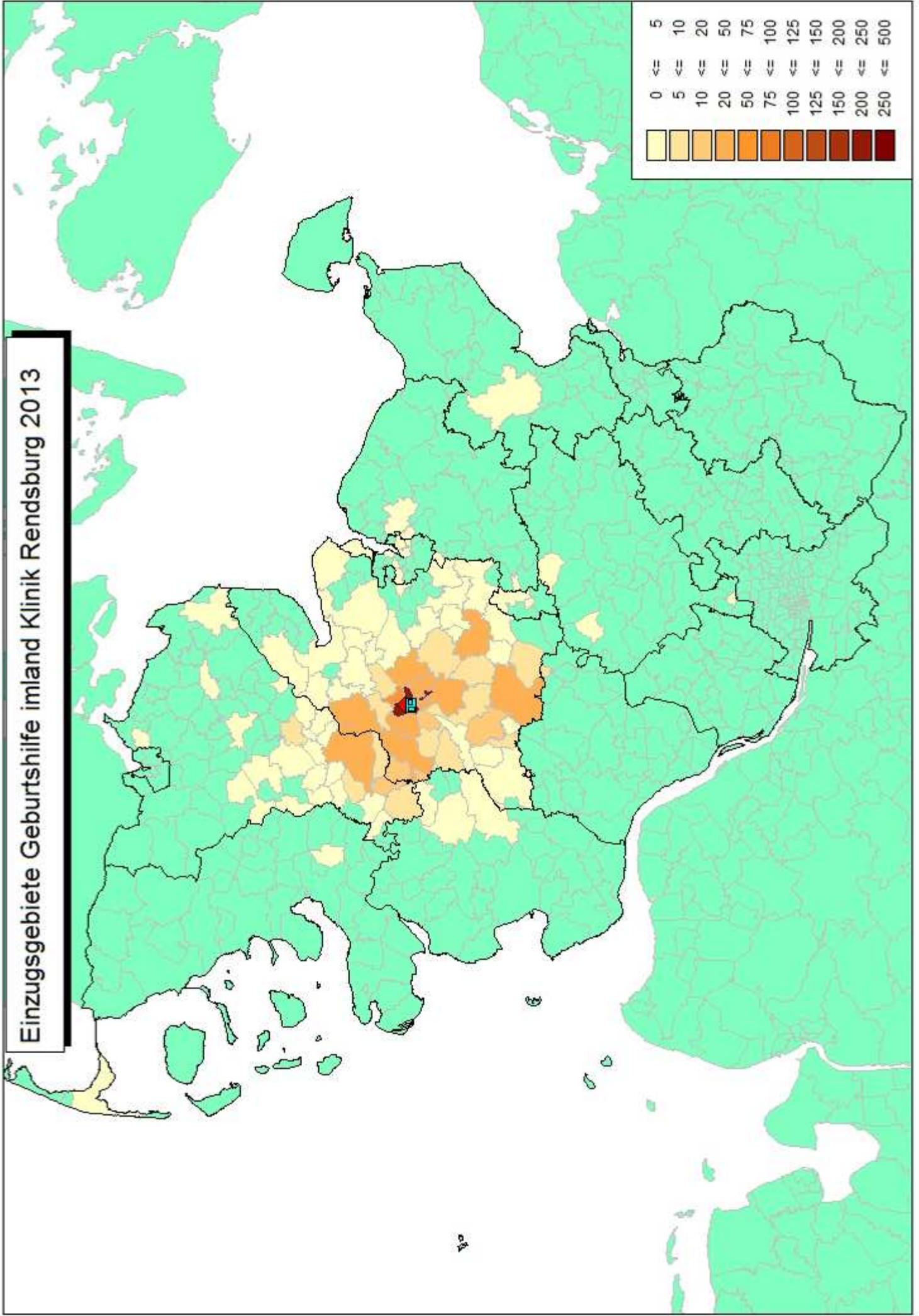
Einzugsgebiete Geburtshilfe Sana Regio Klinik Pinneberg 2013



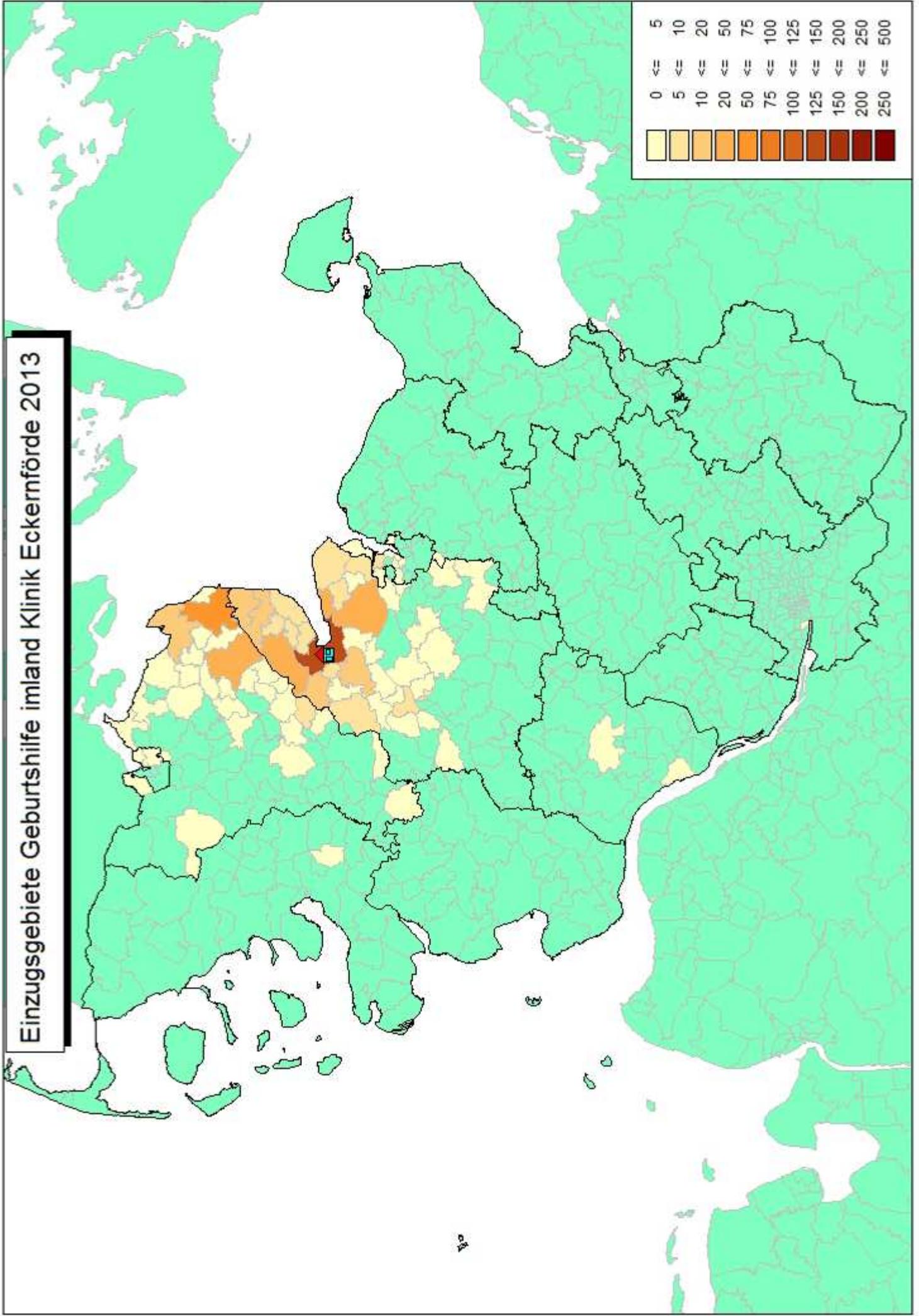
Einzugsgebiete Geburtshilfe Klinik Preetz 2013



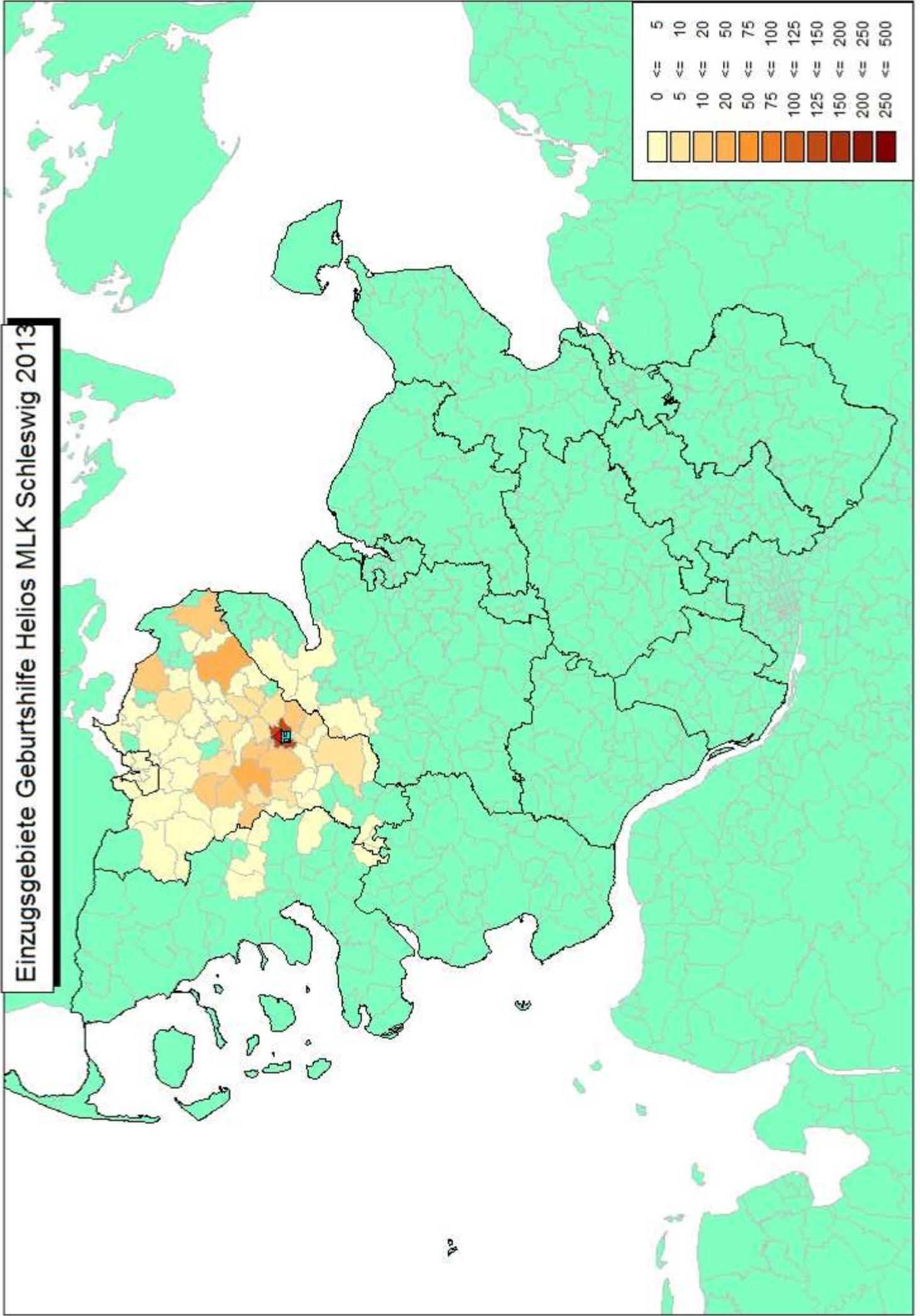
Einzugsgebiete Geburtshilfe imland Klinik Rendsburg 2013



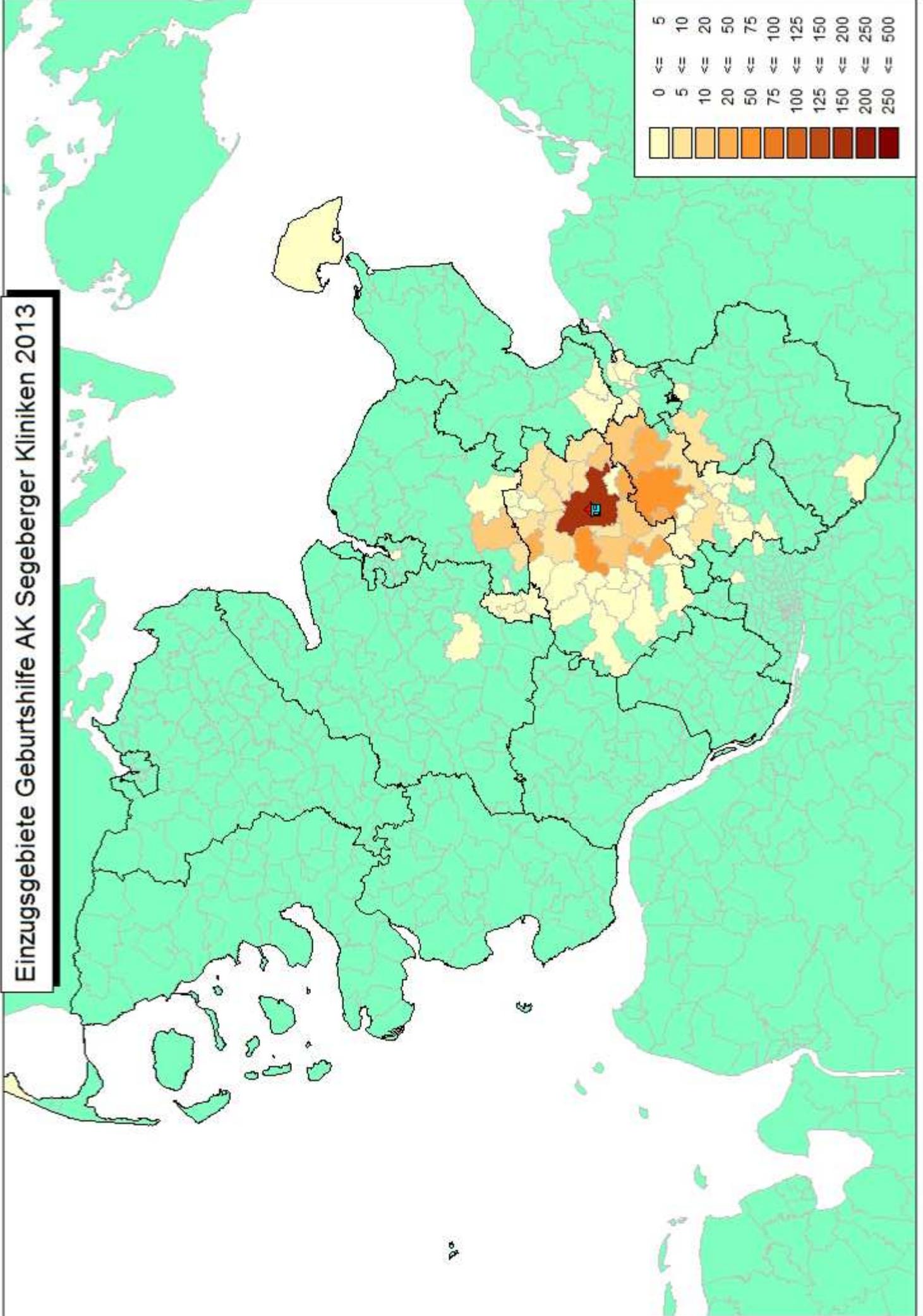
**Einzugsgebiete Geburtshilfe imland Klinik Eckernförde 2013**



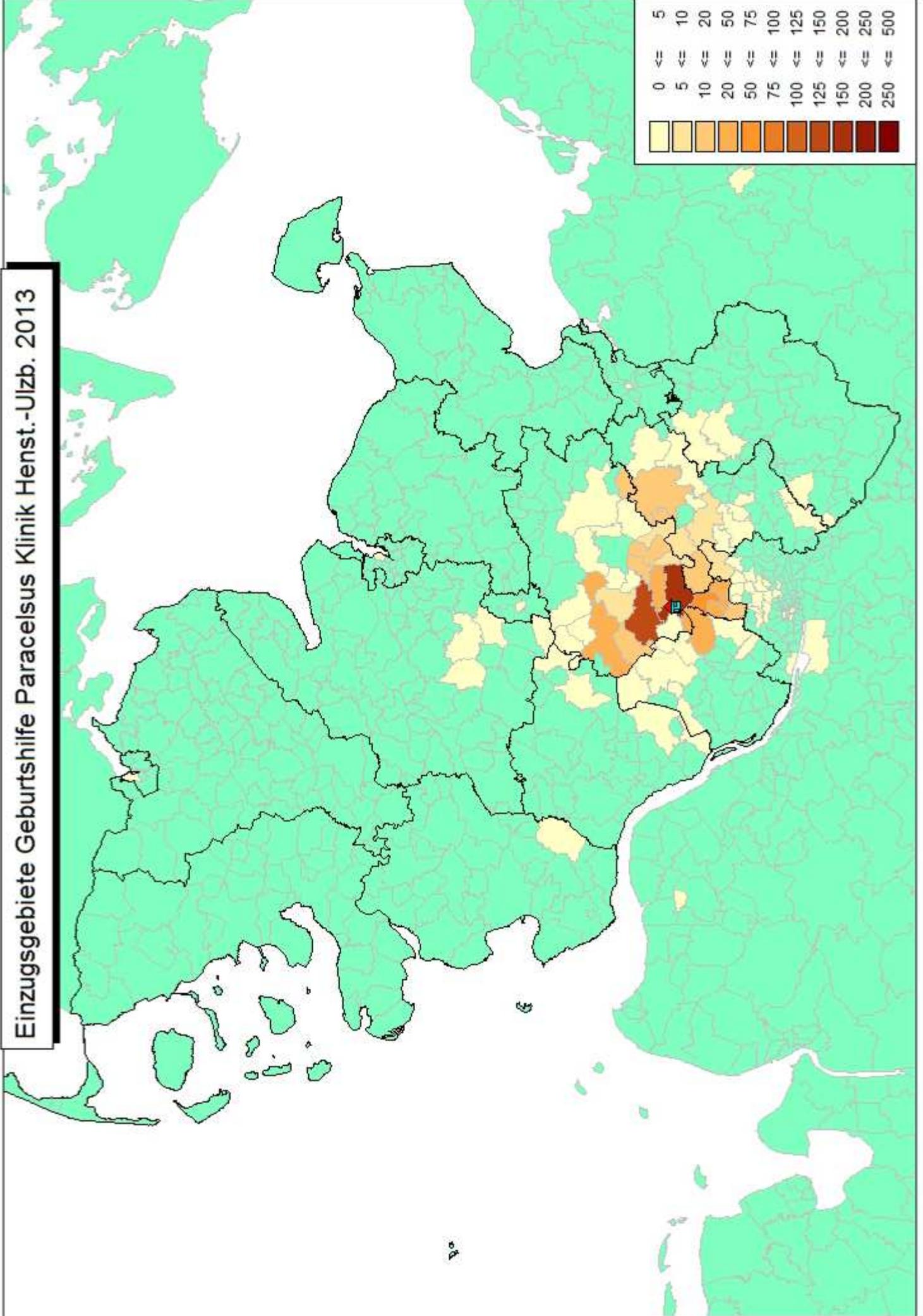
**Einzugsgebiete Geburtshilfe Helios MLK Schleswig 2013**



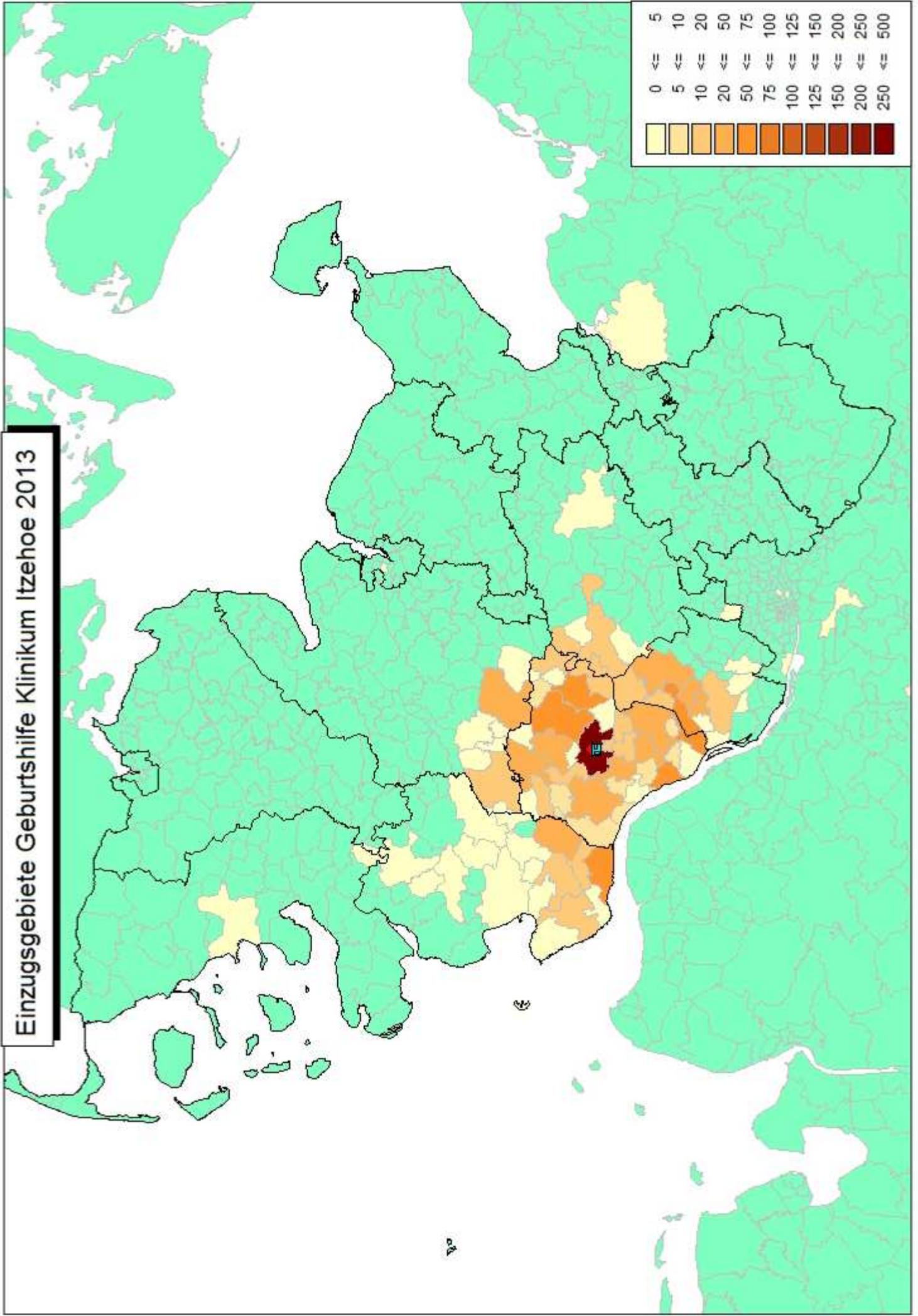
**Einzugsgebiete Geburtshilfe AK Segeberger Kliniken 2013**



**Einzugsgebiete Geburtshilfe Paracelsus Klinik Henst.-Ulzb. 2013**



Einzugsgebiete Geburtshilfe Klinikum Itzehoe 2013



Einzugsgebiete Geburtshilfe KH Reinbek 2013

