

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Umdruck 20/447

Vorsitzende des Sozialausschusses des Landtages Schleswig-Holstein  
Katja Rathje-Hoffmann

per E-Mail: [sozialausschuss@landtag.ltsh.de](mailto:sozialausschuss@landtag.ltsh.de)

**Stellungnahme zur Mündlichen Anhörung des Sozialausschusses am  
1. Dezember 2022 zum Thema Geburtshilfe**

***Sichere Geburtshilfe in Schleswig-Holstein?***

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,  
sehr geehrte Mitglieder des Sozialausschusses,

ich danke für die Möglichkeit zur Teilnahme an der Anhörung des  
Sozialausschusses zum Thema Geburtshilfe sowie der Abgabe einer  
Stellungnahme.

Wir als Elternvertretung bewerten die geburtshilfliche Versorgung in  
Schleswig-Holstein als besorgniserregend. Dies hängt insbesondere mit folgenden  
Entwicklungen zusammen: Seit dem Jahr 2000 hat sich die Anzahl der  
Geburtsstationen halbiert. Die Folge sind längere Anfahrtswege für Schwangere in  
die nächste Klinik mit Geburtsstation. Frauen erleben die Geburt in überfüllten  
Kreißsälen und müssen sich eine Hebamme oft mit drei oder mehr Gebärenden  
teilen. Insbesondere Personalmangel führt häufig zu medizinisch nicht  
notwendigen Eingriffen in den Geburtsverlauf, die von vielen Frauen als Gewalt  
empfunden werden. Dazu zählen Einleitungen, der Kristeller-Handgriff oder  
Dammschnitte ohne oder mit unzureichender Aufklärung. Bei der  
Kaiserschnitttrate liegt Schleswig-Holstein im Deutschlandvergleich auf dem ersten  
Platz mit rund 35 Prozent<sup>1</sup>. Der Hebammenmangel führt im ambulanten Bereich  
dazu, dass Familien nur mit Mühe oder gar keine Hebamme für die Betreuung  
während Schwangerschaft und im Wochenbett finden.

Diese Entwicklung geht aus Sicht unseres Elternvereins mit einem unnötig hohen  
gesundheitlichen Risiko für Schwangere, Gebärende und Mütter sowie ihren  
(ungeborenen) Kindern einher. Das ist nicht akzeptabel.

---

<sup>1</sup> Die Kaiserschnitttrate liegt in den Perinatalzentren mit dem Level 1 bzw. 2 zwischen ca. 24 Prozent in  
Neumünster und 39 Prozent in Heide. In den beiden Unikliniken in Kiel und Lübeck bei rund 30 bzw.  
34 Prozent. Die Geburtskliniken hingegen verzeichnen fast durchweg vergleichsweise niedrige  
Kaiserschnitttraten von rund 21 Prozent in Geesthacht, Rendsburg mit 34 Prozent und 36 Prozent in  
Husum (Zahlen aus 2019, <https://mother-hood.de/informieren/geburtsstationen-deutschland>,  
abgerufen 27.11.2022)

Bundeselterninitiative zum  
Schutz von Mutter und Kind  
während Schwangerschaft,  
Geburt und 1. Lebensjahr

Mother Hood e. V.  
Villenstraße 6  
53129 Bonn

Tel.: 0228/ 24048632

[info@mother-hood.de](mailto:info@mother-hood.de)  
[www.mother-hood.de](http://www.mother-hood.de)

Geschäftsführender Vorstand:  
Katharina Desery  
Jennifer Moosheimer  
Elisabeth Anz

Die Risikofokussierung der vergangenen Jahrzehnte

Wir begrüßen daher die Initiative des Sozialausschusses des Landtages Schleswig-Holsteins, die Sachlage in einer Anhörung zu erörtern.

Bezugnehmend auf den Bericht der Landesregierung Schleswig-Holstein zur "Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein" aus dem Jahr 2021 sowie auf die drei von den Landtagsparteien eingereichten Anträgen, geben wir folgende Stellungnahme zur Versorgungslage ab:

### **1. Themenkomplex Schließung von Geburtskliniken und wohnortnahe Versorgung in der Geburtshilfe (Drucksache 20/224 und Drucksache 20/314)**

Wenn immer mehr kleinere und mittlere Geburtsstationen wie in Schleswig-Holstein schließen, konzentriert sich die Geburtshilfe auf große Geburtszentren mit hochtechnisierter Ausstattung, sog. Perinatalzentren. Manche Expert:innen sehen darin einen Vorteil: Hochtechnisierte, große Kliniken mit angebundener Kinder(intensiv)-Station böten einen Gewinn an Sicherheit, da sie eine höhere Fallzahl aufweisen und im Notfall schneller und besser reagieren könnten.

Diesen Vorteil sehen wir nicht uneingeschränkt. Geburten sind nicht planbar und keinesfalls mit Operationen vergleichbar. Eine Geburt ist ein natürlicher (physiologischer), höchst individueller körperlicher Vorgang und ein hoch emotionales Ereignis im Leben einer Frau und der Familie insgesamt. Anfahrtswege von 40 Minuten und mehr zum nächsten geburtshilflichen Angebot gefährden die Sicherheit von Kind und Mutter. Die Familien sind auf ihrer Fahrt i.d.R. ohne fachliche Begleitung auf sich allein gestellt. Lange Anfahrtswege bedeuten zudem für Familien weitere Schwierigkeiten, wie etwa die Betreuung älterer Geschwisterkinder oder was im Falle eines fehlenden Autos zu tun ist. So genannte Boardinghäuser lehnen wir als unzumutbar für die Familien ab. Frauen warten isoliert von ihren Familien auf den Beginn der Geburt, nicht wissend, ob ihre Begleitperson rechtzeitig eintreffen wird.

Obwohl der überwiegende Teil der Geburten physiologisch verläuft, besteht dennoch die Möglichkeit von pathologischen Verläufen. Bei unbegleiteten, längeren Anfahrtswegen werden diese nicht oder zu spät erkannt und bei lebensbedrohlichen Notfällen kann nicht schnell genug reagiert werden.<sup>2</sup>

Aber auch gesunde Schwangere mit physiologischem Verlauf sind bei langen Anfahrtswegen unnötigem Stress ausgesetzt. Stress wiederum kann zu Geburtsstillstand führen. Die Geburt muss später mit medizinischen Eingriffen wieder "in Gang" gebracht werden. Eine Interventionskaskade (z. B. Gabe von Wehenmitteln, vaginal-operativen Geburten oder Kaiserschnitt) kann die Folge sein.

---

<sup>2</sup> Eine Notsituation muss zuerst erkannt werden können. Sie kann ggf. auch im häuslichen Umfeld oder auf dem Weg in eine Klinik entstehen/beginnen. Ein Anfahrtsweg während der Geburt von 45 Minuten und mehr (je nach Witterungsverhältnissen) plus 20-30 Minuten bis zu einer möglichen Notsectio können schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben.

Zudem ist fraglich, ob wenige große Geburtszentren die Mehrarbeit von fehlenden kleineren Geburtsstationen leisten können. In Anbetracht der aktuellen angespannten Personalsituation in Kliniken, von der auch Perinatalzentren betroffen sind, erscheint dies höchst fragwürdig. Schon jetzt treffen werdende Mütter in den verbleibenden Kliniken auf überfüllte Kreißsäle und überlastetes Personal. Abweisungen und Verlegungen in andere Kliniken sind keine Kriterien für eine sichere Geburt.

Darüber hinaus führen lange Anfahrtswege zu vermehrten Frühaufnahmen. Schwangere, die bereits in einer frühen Phase der Geburt (sog. Latenzphase) stationär aufgenommen werden, erleben häufiger Interventionen wie eine Kaiserschnittgeburt, eine vagina-operative Geburt, die Gabe von synthetischem Oxytocin oder eine Rückenmarksnarkose (PDA).<sup>3, 4</sup> Zudem werden durch Frühaufnahmen die räumlichen und personellen klinischen Kapazitäten noch weiter strapaziert.

Dass bei Schließungen kleinerer Geburtsstationen Hebammen und Gynäkolog:innen tatsächlich in größere Einheiten übergehen, ist aktuell nur eine Annahme, für die die Evidenz bzw. die Erfahrung fehlt.

## **2. Themenkomplex *Qualitativ hochwertige Geburtshilfe sichern (Drucksache 20/295)***

“Gute Geburtshilfe stellt daher das Wohlergehen und die Sicherheit für Mutter und Kind in das Zentrum“, so wie es in der S3-Leitlinie “Die vaginale Geburt am Termin” formuliert wurde. Für das Ziel einer guten und sicheren Versorgung müssen die Bedürfnisse und Bedarfe von Schwangeren, Gebärenden und ihrer Familien in den Mittelpunkt rücken. Diese Prämisse ist für alle Überlegungen hinsichtlich einer qualitativ hochwertigen Geburtshilfe grundlegend.

Der Bericht der Landesregierung zur Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein erläutert aus unserer Sicht einige wichtige Anforderungen an die geburtshilfliche Versorgungsqualität.

So stimmen wir zu, dass die Vorgabe, die Leitlinien zur Geburtshilfe einzuhalten, die Versorgungsqualität erhöhen kann. Leitlinien gelten für alle vier Versorgungsstufen (von der Geburtsklinik Level 4 bis zum Perinatalzentrum Level 1). Wir vermissen in dem Bericht der Landesregierung allerdings einen Prozess, wie die Einhaltung von Leitlinien überprüft werden kann.

Auch wenn eine hohe Rate an Kaiserschnittgeburten keine alleinige Kennzahl für eine niedrige oder hohe Qualität einer Geburtshilfe darstellt, muss die hohe Kaiserschnitttrate in Schleswig-Holstein von deutlich mehr als 30 Prozent im Jahr 2020 kritisch diskutiert werden.<sup>5</sup>

---

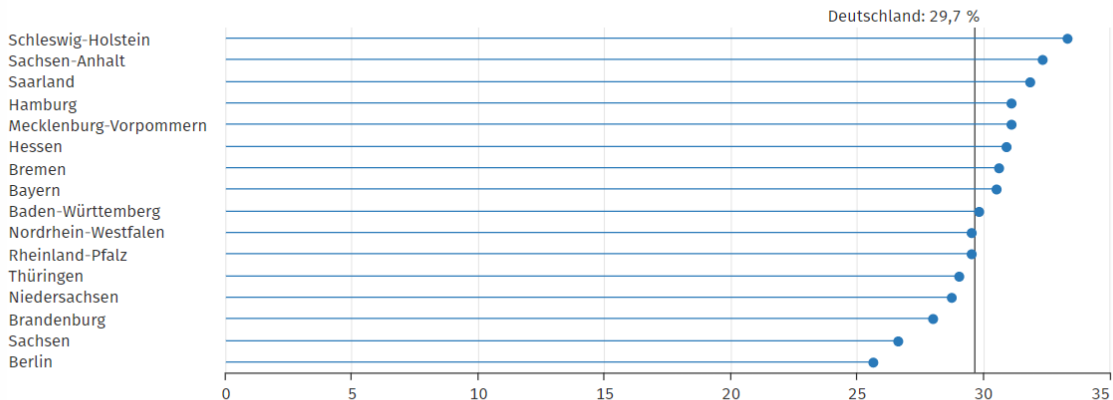
<sup>3</sup> Rahnama P. et al, Impact of early admission in labor on method of delivery, 2006, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16434043](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16434043), abgerufen 29.11.2022

<sup>4</sup> Rota A. et al, Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study, 2017, [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519217302792](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519217302792), abgerufen 29.11.2022

<sup>5</sup> “Als gesichert darf die Erkenntnis gelten, dass eine Sectiorate über 15 Prozent keinen günstigen Einfluss auf die mütterliche und neonatale Morbidität und Mortalität hat und deshalb gut medizinisch begründet sein sollte.“ S3-Leitlinie “Sectio caesarea“, hrsg. von Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e V. (AWMF), Juni 2020, Langfassung, S. 16.

### Krankenhaus-Entbindungen durch Kaiserschnitt 2020

nach Bundesländern, Anteil in %



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

Geburtskliniken mit (hoch spezialisierter) angeschlossener Kinderklinik (Level 1 bis 3) sind ohne Zweifel ein wichtiger Pfeiler einer guten und sicheren Versorgung von Risikoschwangeren sowie Frühgeborenen und kranken Neugeborenen. Wir widersprechen allerdings der Auffassung, dass insbesondere Kliniken mit Level 1 bis Level 3-Status für eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe eine zentrale Bedeutung zukommt.

In der Diskussion um eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe möchten wir den Blick erweitern um die Frage, wie risikoarme und risikofreie Geburten versorgt werden können, die immerhin einen Anteil von nahezu 90 Prozent der Geburten haben. Eine sichere und gute Geburtshilfe für alle Familien muss - neben spezialisierten Zentren - in der Fläche bedarfsgerecht geburtshilfliche Angebote (Geburtshäuser, Hebammenpraxen, gynäkologische Praxen) sowie gut erreichbare Geburtskliniken vorhalten (zu den Risiken weiter Anfahrtswege siehe Punkt 1).

Kooperationen zwischen Geburtskliniken des Versorgungslevels 4 mit Perinatalzentren begrüßen wir.

Bei der Sicherheitsfrage spielt zudem die in den medizinischen Leitlinien empfohlene Eins-zu-Eins-Betreuung von Geburten durch Hebammen eine maßgebliche Rolle.

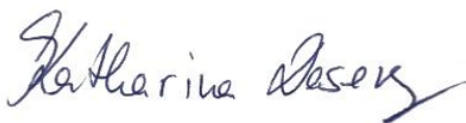
### 3. Lösungsansätze

- Die Landesregierung erkennt die geburtshilfliche Versorgung der Bevölkerung als Prävention für das Erreichen und den Erhalt von Familiengesundheit an und nimmt die Geburtshilfe in die Grund- und Regelversorgung auf.
- Die im Zuge des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfIEG) bereitgestellten Gelder für die Geburtshilfe<sup>6</sup> werden entsprechend der Kriterien an Geburtskliniken verteilt, die vaginale Geburten weiter fördern möchten.

<sup>6</sup> Lauterbach will Geburtshilfe in Krankenhäusern um 240 Millionen Euro stärken, [www.aerzteblatt.de/nachrichten/138628/Lauterbach-will-Geburtshilfe-in-Krankenhaeusern-um-240-Millionen-Euro-staerke-n](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/138628/Lauterbach-will-Geburtshilfe-in-Krankenhaeusern-um-240-Millionen-Euro-staerke-n), abgerufen am 28.11.2022

- Die Landesregierung setzt das Nationale Gesundheitsziel “Gesundheit rund um die Geburt” um mit Konzepten und Maßnahmen zu den fünf Teilzielen des Gesundheitsziels.
- Die Landesregierung fördert die Einrichtung von Hebammengeleiteten Kreißsälen und damit ein Betreuungskonzept, welches die Eins-zu-Eins-Betreuung von Geburten durch Hebammen gewährleistet.
- Die Landesregierung setzt sich für eine Schwangerenvorsorge ein, die entsprechend der Mutterschaftsrichtlinien, der Berufsordnung der Hebammen sowie dem Anspruch von schwangeren Versicherten auf Versorgung mit Hebammenhilfe und Ärztliche Betreuung (SGB V, Art. 1, § 24d) entspricht.
- Die Landesregierung unterstützt einen “Aktionsplan zur Senkung der Kaiserschnitttrate”.
- Für die Identifikation von Risikoschwangerschaften unterstützt die Landesregierung wohnortnah Strukturen innerhalb der ambulanten, interdisziplinären Versorgung. Risikoschwangere können im Bedarfsfall an spezialisierte Kliniken übergeleitet werden, etwa auf dem Land- oder dem Luftweg.
- Die Landesregierung identifiziert die Standorte, welche für den Erhalt einer wohnortnahen Versorgung der Familien zwingend notwendig sind. Für den Fall, dass es sich um Geburtskliniken Level 4 handelt, setzt sie sich z. B. für ein Notfallmanagement und Kooperationen mit Level 1 oder Level 2 Häuser ein.
- Die Landesregierung evaluiert die bereits vorhandenen Versorgungskonzepte auf den Inseln
- Die Landesregierung beschließt die Entwicklung eines strukturierten Übergangs für bevorstehende Schließungen von Geburtsstationen, um den Folgen von Schließungen entgegenzuwirken. Dies böte die Chance, die Versorgungslandschaft aktiv und im Sinne der Familien und ihrer gesundheitlichen Sicherheit zu gestalten. Wir schlagen folgende Punkte für einen strukturierten Übergang vor:
  - a) Dialog mit allen beteiligten Akteur:innen: Was muss getan werden, um die Geburtshilfe zu erhalten?
  - b) Analyse: Welche Bedarfe bestehen in der Region? Was bedeutet eine Schließung für die Region?
  - c) Ist eine Schließung unumgänglich? Wenn ja: Maßnahmen und Zeitplan
  - d) Öffentlichkeitsarbeit

Kiel/ Bonn, 29. November 2022



Katharina Desery  
Vorstand/ Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Mother Hood e. V.