

Katja Rathje-Hoffmann,
Vorsitzende des Sozialausschusses

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

zunächst bedanke ich mich für die Möglichkeit, im Rahmen dieser Anhörung für den Hebammenverband Schleswig-Holstein e. V. Stellung zu nehmen.

Wir begrüßen das Ziel, die Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein zukunftsfähig, qualitativ hochwertig und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu stärken. Entscheidend ist aus unserer Sicht, dass dabei auch die besonderen Anforderungen der Geburtshilfe berücksichtigt, eine verlässliche Versorgung von Schwangeren und Gebärenden in allen Regionen des Landes gewährleistet und neue Versorgungslücken vermieden werden.

Die Geburtshilfe nimmt innerhalb der Krankenhausversorgung eine besondere Stellung ein, deren spezifische Anforderungen in der Krankenhausplanung stärker berücksichtigt werden müssen. Geburten lassen sich weder zeitlich planen noch beliebig auf andere Standorte verlagern. Eine verlässliche geburtshilfliche Versorgung muss deshalb rund um die Uhr gewährleistet sein und sowohl die sichere Begleitung physiologischer Geburten als auch die notwendige Versorgung bei Komplikationen sicherstellen.

Der Kreißaal ist die Notaufnahme für Schwangere. Schwangere und Gebärende benötigen jederzeit einen erreichbaren Ort, an dem ihre Situation fachlich eingeschätzt und die erforderliche Versorgung eingeleitet werden kann. Die Entfernung zur nächsten geburtshilflichen Einrichtung ist daher nicht eine Frage des Komforts, sondern ist entscheidend für die Sicherheit von Mutter und Kind.

Wir bitten den Gesetzgeber deshalb, die besonderen Anforderungen der Geburtshilfe im Landeskrankenhausgesetz und in der darauf aufbauenden Krankenhausplanung ausdrücklich zu berücksichtigen. Vielen Dank!

Stellungnahme des Hebammenverbandes Schleswig-Holstein e. V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung und Änderungen des Krebsregistergesetzes - Drucksache 20/4697

Bedarfsgerechte Planung und wohnortnahe Erreichbarkeit verbindlich absichern

Bezug: § 1 Abs. 1, § 3 Abs. 1 sowie § 6 und § 7 LKHG (Entwurf)

§ 1 Abs. 1 des Entwurfs formuliert den Anspruch einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung. § 3 Abs. 1 verpflichtet das Land, die Kreise und kreisfreien Städte zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung. Die besondere Situation der Inseln und Halligen ist dort bereits ausdrücklich genannt. § 7 Abs. 3 sieht vor, dass der Krankenhausplan unter anderem Versorgungsregionen, Planungsziele und Qualitätsvorgaben enthält.

Diese Regelungen bieten Ansatzpunkte, um die Erreichbarkeit geburtshilflicher Versorgung verbindlich in der Planung zu verankern. Die Geburtshilfe sollte dabei nicht ausschließlich nach Fallzahlen, Wirtschaftlichkeit oder den Voraussetzungen einzelner Leistungsgruppen betrachtet werden. Maßgeblich muss sein, dass Schwangere und Gebärende die notwendige Versorgung innerhalb einer vertretbaren Zeit tatsächlich erreichen.

Zu berücksichtigen sind insbesondere die spezifischen Gegebenheiten ländlicher Räume, der Inseln und Halligen sowie die tatsächlichen Verkehrsbedingungen, einschließlich baustellenbedingter Beeinträchtigungen und längerfristiger Straßensperrungen.

Eine rechnerisch ausreichende Zahl von Standorten gewährleistet keine bedarfsgerechte Versorgung, wenn die Einrichtungen wegen langer Anfahrtswege oder erheblicher organisatorischer und finanzieller Hürden nicht zuverlässig erreichbar sind. Ziel muss es sein, allen Schwangeren und Gebärenden unabhängig von ihrem Wohnort einen verlässlichen und bedarfsgerechten Zugang zur notwendigen geburtshilflichen Versorgung zu ermöglichen. Die sechs Versorgungsregionen daher müssen so geplant werden, dass sie die tatsächlichen Versorgungsbedarfe abbilden und nicht lediglich geografische Zuständigkeiten definieren.

Geburtshilfe im Landeskrankenhausgesetz ausdrücklich als besonderen Versorgungsbereich verankern

Bezug: § 6 Abs. 1 und 4 sowie § 7 Abs. 2 und 3 LKHG (Entwurf)

Der Entwurf sieht eine bedarfsorientierte Fortschreibung des Krankenhausplans vor. Nach § 6 Abs. 4 können hierfür unter anderem Daten zur personellen Ausstattung, zu Kooperationen, Zertifizierungen und erbrachten Leistungen herangezogen werden.

§ 7 Abs. 3 ermöglicht es, im allgemeinen Teil des Krankenhausplans Planungsgrundsätze, Auswahlkriterien, Versorgungsregionen und Qualitätsvorgaben festzulegen.

Bei der Festlegung geburtshilflicher Qualitätsanforderungen sind die bestehenden bundesrechtlichen Vorgaben zu berücksichtigen. Hierzu gehören insbesondere die Leistungsgruppensystematik sowie die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die QFR-RL regelt

wesentliche strukturelle, personelle und organisatorische Voraussetzungen für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in den unterschiedlichen Versorgungsstufen. Diese Vorgaben bilden jedoch vor allem die perinatalogische Versorgung ab. Sie ersetzen weder die regionale Planung der Geburtshilfe noch die Prüfung, ob Schwangere und Gebärende eine geeignete Geburtsklinik tatsächlich rechtzeitig erreichen können. Auch die Einteilung in Versorgungsstufen bildet die Qualität der Begleitung physiologischer Geburten nicht vollständig ab.

Zusätzliche landesplanerische Kriterien sollten daher dort ansetzen, wo sie einen eigenständigen Mehrwert schaffen: bei der regionalen Erreichbarkeit, der Versorgungssicherheit, den personellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine sichere Betreuung physiologischer Geburten sowie bei der Einbeziehung der Erfahrungen und Ergebnisse aus Sicht der Schwangeren, Gebärenden und ihrer Kinder.

Die Geburtshilfe ist kein beliebig austauschbares Leistungsangebot. Sie verbindet die Begleitung physiologischer Prozesse mit der Fähigkeit, bei Komplikationen schnell und fachgerecht zu handeln. Die Krankenhausplanung soll daher nicht nur erfassen, an welchen Standorten Geburten stattfinden, sondern auch die jeweiligen Versorgungskonzepte, personellen und fachlichen Voraussetzungen sowie die Zusammenarbeit zwischen Hebammen, ärztlichem Dienst, Anästhesie, Pädiatrie, Rettungsdienst und weiteren beteiligten Berufsgruppen berücksichtigen.

Die Qualität geburtshilflicher Versorgung soll nicht ausschließlich an der Verfügbarkeit hochspezialisierter Strukturen oder der Zahl medizinischer Interventionen gemessen werden. Ebenso wichtig sind die sichere Begleitung physiologischer Geburten durch Hebammen, die Vermeidung unnötiger Interventionen sowie systematisch erfasste Behandlungsergebnisse und Versorgungserfahrungen. Dazu gehören sowohl die von Schwangeren und Gebärenden selbst eingeschätzten Behandlungsergebnisse (PROMs - *Patient-Reported Outcome Measures*) als auch ihre Erfahrungen mit der Versorgung (PREMs - *Patient-Reported Experience Measures*).

Aus unserer Sicht ist es daher unerlässlich, die geburtshilfliche Versorgung als eigenständigen Planungsgegenstand im Krankenhausplan abzubilden. Dabei sollen die bestehenden bundesrechtlichen Struktur- und Qualitätsvorgaben berücksichtigt und durch landesplanerische Kriterien ergänzt werden, wo dies zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung erforderlich ist.

Hebammengeleitete Geburtshilfe als Bestandteil der Versorgungsplanung berücksichtigen

Bezug: § 7 Abs. 2 und 3 sowie § 38 LKHG (Entwurf)

Hebammengeleitete Versorgungsmodelle sind entscheidend für eine bedarfsgerechte Geburtshilfe. Sie ermöglichen die Betreuung physiologischer Geburten durch Hebammen und sollen (unter Einhaltung definierter Voraussetzungen, verbindlicher Qualitätsstandards und eines klaren Schnittstellenmanagements im Verlegungsfall) in die geburtshilfliche Gesamtversorgung integriert werden.

Der Gesetzentwurf bietet mit den Regelungen zur Krankenhausplanung und der Experimentierklausel in § 38 Ansatzpunkte, innovative Versorgungskonzepte zu erproben und planerisch zu berücksichtigen. Diese Möglichkeiten sollten auch für hebammengeleitete Angebote genutzt werden.

Die Umsetzung hebammengeleiteter Versorgungsmodelle sollte nicht davon abhängen, ob die beteiligten Hebammen angestellt oder freiberuflich tätig sind. Maßgeblich sind vielmehr die fachlichen Voraussetzungen und die sichere interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den erforderlichen medizinischen (Infra-)Strukturen. Zentral ist aus unserer Sicht insbesondere, den hebammengeleiteten Kreißsaal als planungsrelevantes Versorgungsmodell aufzunehmen, Hebammenpraxen und Geburtshäuser ausdrücklich in die Versorgungsplanung und das Schnittstellenmanagement einzubeziehen sowie Modellprojekte zur Weiterentwicklung hebammengeleiteter Geburtshilfe zu ermöglichen und wissenschaftlich zu begleiten.

Hebammenfachliche Expertise verbindlich in Planung und Beratung einbeziehen

Bezug: § 5 LKHG (Entwurf)

Mit § 5 sieht der Gesetzentwurf Ausschüsse für Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung sowie einen Gesundheitsversorgungsrat vor. Der Gesundheitsversorgungsrat ist als beratendes Gremium für intersektorale Fragestellungen vorgesehen. Nach § 5 Abs. 6 können weitere an der Gesundheitsversorgung Beteiligte und Sachverständige beratend hinzugezogen werden.

Eine bloße Möglichkeit zur Hinzuziehung reicht aus unserer Sicht für die geburtshilfliche Versorgung jedoch nicht aus. Die Planung von Geburtshilfe erfordert spezifische Kenntnisse über die physiologische Geburt, die Betreuung von Gebärenden, die personellen Anforderungen im Kreißsaal, die Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen und die Folgen von Standortveränderungen.

Hebammen müssen deshalb frühzeitig und verbindlich an den Beratungen beteiligt werden, in denen über die Ausgestaltung der geburtshilflichen Versorgung entschieden wird. Ihre Expertise darf nicht erst dann einbezogen werden, wenn Planungen bereits weitgehend abgeschlossen sind.

Wir erwarten die verbindliche Beteiligung einer hebammenfachlichen Vertretung in § 5 zu verankern. Dies sollte sowohl die für die Krankenhausplanung zuständigen Beratungsstrukturen als auch den Gesundheitsversorgungsrat betreffen, sofern dort Entscheidungen oder Empfehlungen mit Auswirkungen auf die geburtshilfliche Versorgung beraten werden. Die Beteiligung sollte nicht auf eine anlassbezogene Einladung beschränkt bleiben. Erforderlich sind klare Regelungen zu Vertretung, Beteiligungsrechten und rechtzeitiger Einbindung in die Beratungsverfahren.

Die besonderen personellen Anforderungen der Geburtshilfe berücksichtigen

Bezug: § 6 Abs. 4, § 7 Abs. 3 sowie § 33 LKHG (Entwurf)

Die Qualität und Sicherheit der Geburtshilfe hängen wesentlich von der personellen Ausstattung ab. Dabei sind die besonderen Anforderungen der Hebammenarbeit zu berücksichtigen: Geburten finden rund um die Uhr statt, ihr Verlauf ist nur begrenzt planbar, und die Betreuung kann sich kurzfristig von der Begleitung einer physiologischen Geburt zur Versorgung einer komplexen Notfallsituation verändern.

Eine ausschließlich an allgemeinen Personalstrukturen oder an bisherigen Fallzahlen orientierte Bewertung wird diesen Anforderungen daher nicht gerecht. Auch die Zahl der Geburten allein bildet nicht ab, wie viele Hebammen gleichzeitig für eine sichere Versorgung

verfügbar sein müssen oder welche weiteren Aufgaben im Kreißsaal anfallen.

Eine kontinuierliche 1:1-Betreuung während der verschiedenen Phasen der Geburt ist von entscheidender Bedeutung für den Geburtsverlauf, sie verbessert nachweislich die Qualität, Zufriedenheit und Sicherheit für Mutter und Kind und verringert medizinische Interventionen.

Der Entwurf ermöglicht über § 6 Abs. 4 LKHG die Erhebung von Daten zur personellen Ausstattung und über § 7 Abs. 3 LKHG die Festlegung von Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan. Diese Instrumente sollen genutzt werden, um die personellen Voraussetzungen der Geburtshilfe transparent zu erfassen und bei der Planung zu berücksichtigen. Grundlage soll dabei ein Personalschlüssel sein, der die 1:1- Betreuung in der aktiven Geburtsphase, die Notfallbereitschaft, parallele Betreuungssituationen sowie die zusätzlichen Aufgaben im Kreißsaal abbildet. Der Deutsche Hebammenverband (DHV) hat hierfür als Mindestvorgabe eine Relation von einem Hebammen-Vollzeitäquivalent je 60 Geburten pro Jahr vorgeschlagen, die klinikindividuell weiter angepasst werden soll.

Wir fordern daher, dass die personelle Ausstattung geburtshilflicher Bereiche anhand der tatsächlichen Versorgungsanforderungen bewertet wird. Bei der Planung sind die erforderliche Hebammenpräsenz, die Sicherstellung einer 1:1- Betreuung in der aktiven Geburtsphase, die parallele Betreuung mehrerer Gebärender, die Notfallbereitschaft und die interprofessionelle Zusammenarbeit einzubeziehen. Die Qualitätssicherung muss gewährleisten, dass personelle Anforderungen nicht allein aus wirtschaftlichen oder fallzahlbezogenen Erwägungen abgeleitet werden.

Die konkreten bundesrechtlichen Vorgaben zu Personal- und Qualitätsanforderungen können durch das Landesgesetz nicht beliebig ersetzt oder verdoppelt werden. Schleswig-Holstein sollte die bestehenden Vorgaben zugrunde legen, die landesrechtlichen Spielräume für eine bedarfsgerechte Planung nutzen und Versorgungslücken sichtbar machen. Wo bundesrechtliche Regelungen die besonderen Anforderungen der Hebammenarbeit, insbesondere die 1:1- Betreuung unter der Geburt, nicht ausreichend abbilden, sollte sich das Land auf Bundesebene für eine geeignete Weiterentwicklung einsetzen.

Versorgungsverpflichtung gezielt für die Geburtshilfe weiterentwickeln

Bezug: § 10 LKHG (Entwurf)

§ 10 führt eine Versorgungsverpflichtung für Krankenhausträger ein. Danach soll die Rückgabe eines Krankenhausversorgungsauftrags nicht ohne möglich sein. Eine vollständige oder teilweise Aufhebung setzt unter anderem voraus, dass die weitere Erfüllung unzumutbar ist, diese Unzumutbarkeit nicht allein wirtschaftlich-rechnerisch begründet wird und ein Interessenbekundungsverfahren erfolglos geblieben ist. Zudem darf ein bestehender Bedarf nicht anderweitig ungedeckt bleiben.

Der Gesetzentwurf benennt die Geburtshilfe in seiner Begründung ausdrücklich als Beispiel für einen Versorgungsauftrag, dessen Rückgabe nicht als Druckmittel eingesetzt werden soll. Das ist für die Versorgungssicherheit relevant. Die Regelung bezieht sich jedoch auf den jeweiligen Krankenhausversorgungsauftrag und enthält keine eigenständige Absicherung der geburtshilflichen Versorgung als besonders zeitkritischem Leistungsbereich.

Die Versorgungsverpflichtung sollte deshalb mit der Frage verknüpft werden, wie die geburtshilfliche Versorgung in einer Region tatsächlich gesichert werden kann. Wir regen daher an, bei Entscheidungen über die Einschränkung oder Aufgabe geburtshilflicher Versorgungsangebote eine verpflichtende Prüfung der regionalen Versorgungssituation vorzusehen. Dabei müssen die Erreichbarkeit alternativer Standorte, die tatsächlichen Kapazitäten, die personelle Versorgung und die Auswirkungen auf den Rettungsdienst einbezogen werden.

Eine Veränderung des geburtshilflichen Angebots sollte erst erfolgen, wenn ein tragfähiges Versorgungskonzept für die betroffene Region vorliegt.

Sektorenübergreifende Versorgung verbindlich gestalten

Bezug: § 1 Abs. 1 Nr. 2, § 5 und § 28 LKHG (Entwurf)

Der Entwurf verfolgt das Ziel, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu stärken. § 28 sieht die Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit anderen Leistungserbringern sowie mit ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens vor. Der Gesundheitsversorgungsrat nach § 5 soll zudem intersektorale Fragestellungen beraten.

Für die Geburtshilfe ist die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von besonderer Bedeutung. Die Versorgung beginnt nicht erst mit der Aufnahme im Krankenhaus und endet nicht mit der Entlassung. Hebammen begleiten Schwangere in der Schwangerschaft, unter der Geburt und betreuen Familien im Wochenbett. Damit leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur Prävention und zur frühzeitigen Erkennung von Unterstützungsbedarfen.

Ambulante Hebammenleistungen, außerklinische Geburtshilfe, hebammengeleitete Kursangebote und klinische Geburtshilfe sollten als zusammenhängende Versorgungsstruktur betrachtet werden. Eine Krankenhausplanung, die ausschließlich die stationären Angebote berücksichtigt, bildet die tatsächliche Versorgung von Schwangeren und Familien nur unvollständig ab. Ziel sollte vielmehr sein, die Hebammenversorgung in die sektorenübergreifende Planung einzubeziehen. Dazu gehören insbesondere:

- Ambulante und außerklinische Hebammenversorgung einbeziehen: Die bestehenden Angebote ambulanter und außerklinischer Hebammenversorgung sollen systematisch erfasst und bei der Planung der regionalen Versorgung berücksichtigt werden.
- Hebammengeleitete Versorgungsangebote stärken: Hebammenpraxen, Geburtshäuser und hebammengeleitete Kreißsäle sollen als Bestandteile einer bedarfsge-rechten geburtshilflichen Versorgung in die Planung einbezogen werden.
- Zusammenarbeit der Versorgungsbereiche sicherstellen: Durch verbindliche Kooperations- und Übergabestrukturen ist eine verlässliche Zusammenarbeit zwischen ambulanter, außerklinischer und klinischer Geburtshilfe zu gewährleisten. Dies gilt insbesondere für die Überleitung in die klinische Versorgung und für medizinisch notwendige Verlegungen.

Die sektorenübergreifende Perspektive sollte nicht auf die organisatorische Zusammenarbeit bestehender Einrichtungen beschränkt bleiben. Sie muss auch die Frage beantworten, wie eine Region die Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Familien insgesamt sicherstellen kann.

Qualität, Sicherheit und Krisenfestigkeit gemeinsam betrachten

Bezug: § 3, § 7, § 26 und § 29 LKHG (Entwurf)

Der Gesetzentwurf stärkt die Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Rettungsdienst und sieht Regelungen zur Notaufnahme sowie zur Krankenhausalarmplanung vor. Diese Aspekte sind auch für die Geburtshilfe relevant.

Die geburtshilfliche Versorgung muss bei der Planung von Notfall- und Krisenstrukturen ausdrücklich mitgedacht werden. Schwangere und Gebärende können nicht in jeder Situation auf andere Standorte ausweichen. Bei längeren Anfahrtswegen oder Ausfällen einzelner Versorgungsangebote können sich zusätzliche Anforderungen an den Rettungsdienst und an die aufnehmenden Einrichtungen ergeben.

Die Sicherstellung der Geburtshilfe ist daher auch eine Frage der Krisenresilienz. Dazu gehören klare Zuständigkeiten, funktionierende Kommunikationswege, abgestimmte Verlegungs- und Notfallkonzepte sowie ausreichend personelle Kapazitäten, um auch bei erhöhtem Bedarf handlungsfähig zu bleiben.

Wir erwarten, geburtshilfliche Notfallszenarien ausdrücklich in regionale Versorgungs- und Krisenplanungen aufzunehmen. Dazu zählen insbesondere die Folgen eines vorübergehenden oder dauerhaften Ausfalls eines geburtshilflichen Standortes, die Erreichbarkeit alternativer Einrichtungen sowie die Zusammenarbeit mit Rettungsdienst und aufnehmenden Krankenhäusern.

Zusammenfassung

Der Hebammenverband Schleswig-Holstein e. V. bittet den Gesetzgeber, die folgenden Punkte im weiteren Gesetzgebungsverfahren und bei der Umsetzung des Landeskrankenhausgesetzes zu berücksichtigen:

1. **Geburtshilfe ausdrücklich in der Krankenhausplanung verankern** und als eigenständigen, besonders zeitkritischen Versorgungsbereich berücksichtigen.
2. **Hebammengeleitete Versorgungsmodelle in die Planung einbeziehen** und unterstützen, um eine sichere Begleitung physiologischer Geburten zu gewährleisten.
3. **Hebammenfachliche Expertise verbindlich an Planung und Beratung beteiligen**, insbesondere in den zuständigen Gremien nach § 5 LKHG (Entwurf).
4. **Geburtshilfe braucht eigene Maßstäbe bei der Personalbemessung**, die bei Planung und Qualitätssicherung zu berücksichtigen sind.
5. **Verlässliche geburtshilfliche Versorgung in der Fläche**, Erreichbarkeit und regionale Versorgungssicherheit verbindlich berücksichtigen, einschließlich tatsächlicher Fahrzeiten, ländlicher Räume sowie der besonderen Situation von Inseln und Halligen.

Die Krankenhausreform muss sich daran messen lassen, ob sie eine verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung tatsächlich ermöglicht. Für die Geburtshilfe bedeutet das, nicht allein Strukturen und Fallzahlen zu betrachten, sondern die besonderen Anforderungen und Bedarfe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett konsequent in den Blick zu nehmen.

Nicht jede Geburtsklinik muss ein Perinatalzentrum sein. Jede Region braucht jedoch eine erreichbare geburtshilfliche Versorgung, die physiologische Geburten ebenso berücksichtigt wie die rechtzeitige Erkennung von Risiken und eine verlässliche Versorgung bei Komplikationen ermöglicht.

Wir brauchen Versorgungsstrukturen, die Sicherheit schaffen.

Strukturen, die Unsicherheit erzeugen, können zusätzliche medizinische Interventionen begünstigen - mit möglichen gesundheitlichen Folgen für Mutter und Kind sowie entsprechenden Folgekosten.

Sylt, im Oktober 2026



Anke Bertram, 1.Vorsitzende