Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/7626

Katja Rathje-Hoffmann
Vorsitzende des Sozialausschusses
Schleswig-Holsteinischer Landtag
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Anke Bertram
1.Vorsitzende
Jap-Peter-Hansen-Wai 2
25980 Westerland

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

der Hebammenverband Schleswig-Holstein e. V. bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen der parlamentarischen Anhörung zum vorliegenden Gesetzentwurf Stellung zu nehmen.
Wir begrüßen das Ziel, die rettungsdienstliche Versorgung in Schleswig-Holstein bedarfsorientiert, zukunftsfest und sektorenübergreifend weiterzuentwickeln. Insbesondere die stärkere Vernetzung der Versorgungsbereiche, die Weiterentwicklung der Integrierten Leitstellen und die Einführung landeseinheitlicher Standards sind wichtige Ansätze, um die Qualität der Notfallversorgung nachhaltig zu verbessern.

Die Geburtshilfe in Schleswig-Holstein ist seit Jahren mit erheblichen strukturellen Veränderungen konfrontiert - in den vergangenen 26 Jahren haben landesweit 18 geburtshilfliche Abteilungen ihre Kreißsaaltüren geschlossen.
Heute gibt es nur noch 14 Standorte mit Geburtshilfe. Die zunehmende Zentralisierung führt zu längeren Anfahrtswegen zur nächstgelegenen geeigneten Geburtsklinik und stellt damit auch den Rettungsdienst vor wachsende Herausforderungen. Besonders betroffen sind die ländlichen Regionen sowie die Inseln und Halligen Schleswig-Holsteins.

Umso kritischer sehen wir, dass die besonderen Anforderungen der geburtshilflichen Versorgung im vorliegenden Gesetzentwurf weitgehend unberücksichtigt bleiben. Angesichts der tiefgreifenden Veränderungen in der Krankenhauslandschaft ist dies aus unserer Sicht eine wesentliche Lücke. Denn mit der Schließung geburtshilflicher Abteilungen steigen zugleich die Anforderungen an die präklinische Versorgung, die fachliche Einschätzung geburtshilflicher Situationen und die sichere Begleitung notwendiger Transporte. Die Krankenhausreform und die Reform des Rettungsdienstes dürfen deshalb nicht unabhängig voneinander betrachtet werden.

Eine verlässliche geburtshilfliche Versorgung beginnt nicht erst an der Tür eines Kreißsaales. Sie muss auch bei ungeplanten außerklinischen Geburten, während notwendiger Transporte und in geburtshilflichen Notfallsituationen gewährleistet sein. Ebenso sind die besonderen Anforderungen der geplanten außerklinischen Geburtshilfe in Geburtshäusern und im häuslichen Umfeld z,u berücksichtigen, insbesondere bei erforderlichen Überleitungen in die klinische Versorgung.
Hierfür bedarf es verbindlicher Kooperationsstrukturen zwischen Rettungsdienst, Hebammen und geburtshilflichen Einrichtungen sowie klar geregelter Zuständigkeiten und Alarmierungswege. Wir bitten den Gesetzgeber deshalb, die besonderen Anforderungen der Geburtshilfe im Rettungsdienstgesetz und in der darauf aufbauenden Krankenhausplanung ausdrücklich zu berücksichtigen. Vielen Dank!

Stellungnahme des Hebammenverbandes Schleswig-Holstein e. V. zum Gesetzentwurf der Landesregierung zur Novellierung des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes (SHRDG) - Drucksache 20/4419

Die zunehmende Zentralisierung in der Geburtshilfe führt insbesondere in den ländlichen Regionen Schleswig-Holsteins zu längeren Anfahrtswegen bis zum nächstgelegenen geburtshilflichen Standort. Für Schwangere und Gebärende kann dies mit erheblicher Unsicherheit und psychosozialer Belastung verbunden sein. Insbesondere bei einsetzender Wehentätigkeit, einer vorangegangenen schnellen Geburt oder aufgrund individueller Risikofaktoren kann der Wunsch entstehen, die Fahrt zur Geburtsklinik durch den Rettungsdienst begleiten und absichern zu lassen.
Mit längeren Anfahrtswegen steigt zugleich das Risiko ungeplanter außerklinischer Geburten. Der Rettungsdienst wird häufig hinzugezogen, wenn sich eine Geburt während der Fahrt oder noch vor dem Erreichen der Klinik ankündigt, denn Geburtsverläufe sind individuell und nur bedingt vorhersehbar. Auch bei zunächst unauffälligem Verlauf kann sich eine Geburt unerwartet schnell entwickeln.
Darüber hinaus hat die Schließung von Kreißsälen möglicherweise dazu beigetragen, dass sich immer mehr Frauen bewusst für eine außerklinische Geburt entscheiden. Auch diese Entwicklung muss bei der Planung rettungsdienstlicher Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden.

Die Unterscheidung zwischen einem physiologischen Geburtsverlauf und einer geburtshilflichen Notfallsituation setzt jedoch spezifische Fachkenntnisse und praktische Erfahrung voraus. Eine Geburt ist in aller Regel kein medizinischer Notfall, sondern ein physiologischer, dynamischer Prozess. Anders als bei vielen klassischen Notfallsituationen lässt sich ein fortgeschrittener Geburtsprozess weder stabilisieren noch für einen anschließenden Transport unterbrechen. Insbesondere in der letzten Phase der Geburt kann ein Transport medizinisch nicht mehr vertretbar oder sogar kontraindiziert sein. Die Begleitung einer Geburt erfordert daher eine eigenständige geburtshilfliche Fachkompetenz, die insbesondere bei Geburten außerhalb einer Klinik unverzichtbar ist.

Die notfallmedizinische Qualifikation von Notfallsanitäter*innen, Rettungssanitäter*innen und Notärzt*innen ist für die Versorgung geburtshilflicher Notfälle unverzichtbar. Sie umfasst jedoch nicht die spezifische Fachkompetenz, die für die eigenständige Begleitung physiologischer Geburtsverläufe erforderlich ist. Diese lässt sich auch durch ergänzende Fortbildungen nicht in gleicher Weise erwerben.
Vor diesem Hintergrund müssen die besonderen Anforderungen der geburtshilflichen Versorgung bei der Organisation und Weiterentwicklung des Rettungsdienstes berücksichtigt und Hebammen frühzeitig einbezogen werden. Ihre fachliche Expertise ist insbesondere bei der Einschätzung geburtshilflicher Situationen, der Versorgung bei ungeplanten außerklinischen Geburten und der Gestaltung verlässlicher Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen unverzichtbar.

Auch das Recht auf freie Wahl des Geburtsortes ist in diesem Zusammenhang zu beachten und zu wahren. Frauen müssen sich unabhängig davon, ob sie sich für eine klinische oder außerklinische Geburt entscheiden, auf verlässliche und gut abgestimmte Versorgungsstrukturen verlassen können.

Neben ungeplanten außerklinischen Geburten muss auch die geplante außerklinische Geburtshilfe im Rettungsdienstgesetz berücksichtigt werden. Hausgeburten und Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen (HgE) sind eigenständige Versorgungsangebote mit sorgfältiger Risikoeinschätzung, kontinuierlicher Hebammenbetreuung und geregelter Möglichkeit zur Überleitung in eine Klinik.

Nach den uns von QUAG e. V. vorgestellten, bislang unveröffentlichten Daten wurden 2025 in Schleswig-Holstein 429 außerklinische Geburten dokumentiert. Davon fanden 234 als Hausgeburten und 195 in hebammengeleiteten Einrichtungen statt. Seit 2025 gibt es im Land vier Geburtshäuser. Der Anteil außerklinischer Geburten stieg nach diesen Angaben von 1,35 % im Jahr 2024 auf rund 1,6 % im Jahr 2025. Bundesweit lag der entsprechende Anteil bei rund 1,94 %.
Die von QUAG vorgestellte Überleitungsrate liegt für Schleswig-Holstein bei 22,1 % und damit über dem angegebenen Bundesvergleichswert von 18,7 %. Eine belastbare Aufschlüsselung dieser Landeszahlen nach Überleitungen in Ruhe und zeitkritischen Notfallverlegungen liegt uns derzeit noch nicht vor. Die höhere Überleitungsrate darf daher nicht mit einer höheren Notfallquote gleichgesetzt werden. Auch ein Zusammenhang mit Entfernungen und längeren Fahrzeiten lässt sich aus den Zahlen allein nicht ableiten.
Überleitungen in die klinische Versorgung sind ein regulärer Bestandteil verantwortungsvoller außerklinischer Geburtshilfe. Sie erfolgen aufgrund einer fachlichen Bewertung des Geburtsverlaufs und gehen keineswegs zwangsläufig mit einer Notfallsituation einher. Nicht jede Überleitung erfordert den Einsatz eines Rettungswagens, für zeitkritische Situationen sind jedoch verlässliche Alarmierungswege, geeignete Rettungsmittel, klare Zuständigkeiten und eine fachgerechte Begleitung unverzichtbar. Wir empfehlen daher, die geplante außerklinische Geburtshilfe und die damit verbundenen Überleitungswege ausdrücklich in das rettungsdienstliche Schnittstellenmanagement einzubeziehen.

1. Bundesrechtliche Zuständigkeiten und Hinzuziehungspflicht

Nach § 4 Abs. 1 Hebammengesetz ist die Leistung von Geburtshilfe grundsätzlich Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzten vorbehalten. Eine Ausnahme besteht für Notfälle.
Diese Ausnahme dient der Sicherstellung notwendiger Hilfe in akuten Situationen. Sie kann jedoch nicht als Grundlage dafür verstanden werden, geburtshilfliche Fachkompetenz im Rahmen regulärer rettungsdienstlicher Strukturen dauerhaft zu ersetzen. Zudem verpflichtet § 4 Abs. 3 Hebammengesetz Ärztinnen und Ärzte ausdrücklich, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Geburt eine Hebamme hinzugezogen wird.
Diese bundesrechtliche Verpflichtung gilt unverändert und ist auch im Rahmen der notärztlichen Versorgung zu beachten. Die Notfallausnahme darf nicht als Rechtfertigung für eine dauerhafte strukturelle Verlagerung geburtshilflicher Versorgung auf den Rettungsdienst verstanden werden. Die bestehende Hinzuziehungspflicht muss in der Organisation des Rettungsdienstes praktisch umsetzbar sein.

2. Fortbildung und geburtshilfliche Kompetenz
Bezug zu § 22 SHRDG

Wir begrüßen die verbindliche Fortbildung des Rettungsfachpersonals. In geburtshilflichen Situationen sind jedoch Kenntnisse der Geburtsmechanik, der (vaginalen) Befunderhebung und -interpretation sowie der kontinuierlichen Beobachtung der Gebärenden und Überwachung des ungeborenen Kindes unerlässlich. Diese Kompetenzen können nicht durch einzelne theoretische oder praktische Fortbildungseinheiten an die Stelle der eigenständigen Hebammenqualifikation treten. Geburtshilfliche Situationen stellen nach unserer Erfahrung das Rettungsfachpersonal zudem vor besondere Herausforderungen, da sie im Vergleich zu anderen Einsatzsituationen weniger häufig auftreten und spezifisches Wissen erfordern. Die Organisation des Rettungsdienstes sollte daher gewährleisten, dass geburtshilfliche Fachkompetenz bei entsprechender Indikation tatsächlich und rechtzeitig hinzugezogen werden kann. Es reicht nicht aus, eine Zusammenarbeit mit Hebammen lediglich als freiwillige oder im Einzelfall mögliche Maßnahme vorzusehen.
Wir empfehlen, geburtshilflich relevante Fortbildungen und simulationsbasierte Trainings verbindlich unter Beteiligung von Hebammen zu konzipieren und durchzuführen. Inhaltlich müssen hierbei physiologische Geburtsverläufe, Transportentscheidungen, Kommunikation und die interprofessionelle Verantwortungsabgrenzung berücksichtigt werden. Interdisziplinäre Fortbildung ist unerlässlich, kann aber die Expertise von Fachkräften in der Geburtshilfe nicht ersetzen.

3. Zusammenarbeit - Verbindliche Kooperation
Bezug zu § 6 SHRDG

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure und Versorgungsbereiche begrüßen wir ausdrücklich. Eine allgemeine Verpflichtung zur Zusammenarbeit reicht jedoch nicht aus, um die Versorgung bei geburtshilflichen Einsätzen sicherzustellen
Aus unserer Sicht sollte die Zusammenarbeit mit Hebammen und geburtshilflichen Einrichtungen ausdrücklich in die sektorenübergreifenden Kooperationsstrukturen einbezogen werden. Wir empfehlen ein landesweites Konzept „Hebamme im Rettungsdienst“ mit verbindlichen Kooperationsvereinbarungen zwischen Rettungsdienstträgern, Leitstellen, geburtshilflichen Kliniken, außerklinischen Einrichtungen und Hebammen.

Wir schlagen vor, § 6 um einen Absatz 3 zu ergänzen:

> *„Die Träger des Rettungsdienstes stellen die Zusammenarbeit mit den an der geburtshilflichen Versorgung beteiligten Einrichtungen (HgE) und Hebammen sicher. Hierzu sind geeignete Kooperationsstrukturen zu schaffen, die insbesondere die Hinzuziehung von Hebammen bei geburtshilflichen Einsätzen, die Begleitung notwendiger Transporte sowie die Zusammenarbeit bei Verlegungen aus der geplanten außerklinischen Geburtshilfe berücksichtigen.“*

Diese Einbindung sollte auch für die Vorbereitung auf regionale Krisenlagen und rettungsdienstliche Großschadensereignisse mitgedacht werden. Insbesondre bei eingeschränkten Verkehrsverbindungen oder längerem Ausfall regulärer Versorgungskapazitäten kann eine frühzeitig abgestimmte Zusammenarbeit mit vorhandenen Hebammenstrukturen erforderlich sein.

4. Rettungsdienstliche Vorhaltungsstruktur und rettungsdienstliche Einsatzkategorien
Bezug zu §§ 8 und 9 SHRDG

Die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der rettungsdienstlichen Vorhaltestrukturen und eine stärkere Orientierung an der medizinischen Dringlichkeit der angeforderten Hilfeleistung sind grundsätzlich nachvollziehbare und sinnvolle Reformansätze. Dabei müssen jedoch die besonderen Anforderungen geburtshilflicher Situationen berücksichtigt werden. Für die geburtshilfliche Versorgung ist jedoch nicht allein entscheidend, innerhalb welcher Zeit ein Rettungsmittel am Einsatzort eintrifft. Ebenso relevant sind die tatsächlichen Transportzeiten zur nächsten geeigneten geburtshilflichen Einrichtung und die Verfügbarkeit fachkundiger Betreuung während des Transports.
Gerade in Schleswig-Holstein können die Entfernungen zwischen Wohnort und geburtshilflicher Klinik erheblich sein. Die fortschreitende Zentralisierung der Geburtshilfe erhöht damit die Wahrscheinlichkeit, dass Geburten ungeplant außerhalb einer Klinik stattfinden oder sich ein Geburtsverlauf während des Transports wesentlich verändert. Dies muss sowohl bei der rettungsdienstlichen Vorhalteplanung als auch bei der Entwicklung der Einsatzkategorien berücksichtigt werden. Geburtshilfliche Hilfeersuchen dürfen nicht allein nach allgemeinen notfallmedizinischen Kriterien eingeordnet werden.
Insbesondere ist zwischen einer physiologisch beginnenden Geburt, einer unmittelbar bevorstehenden Geburt und einer geburtshilflichen Komplikation zu unterscheiden.
Eine physiologische Geburt ist nicht zwangsläufig ein medizinischer Notfall. Sie erfordert jedoch fachkundige geburtshilfliche Betreuung.

Wir empfehlen, die Besonderheiten „geburtshilflicher Hilfeersuchen“ in der rettungsdienstlichen Bedarfsplanung und bei der Festlegung landeseinheitlicher Einsatzkategorien ausdrücklich zu berücksichtigen.

5. Kosten und Finanzierung
Bezug zu § 10 SHRDG

Eine verlässliche Einbindung von Hebammen in rettungsdienstliche Einsätze kann nur gelingen, wenn ihre Tätigkeit organisatorisch und finanziell abgesichert ist. Ein bestehender Berufshaftpflichtschutz deckt nicht zwangsläufig sämtliche Tätigkeiten im Rahmen regelmäßig vereinbarter rettungsdienstlicher Einsätze ab. Anfahrt, Begleitung beim Transport und Rückfahrt müssen zudem ausdrücklich mitgedacht werden.
Dies betrifft insbesondere die Vergütung der Einsätze, gegebenenfalls erforderliche Bereitschaftsleistungen sowie den Versicherungsschutz während der Anfahrt, des Einsatzes und der Begleitung eines Transports.
Eine dauerhaft verlässliche Zusammenarbeit darf zudem nicht vom freiwilligen und unentgeltlichen Engagement einzelner Hebammen abhängig sein. Die Finanzierung entsprechender Kooperationsmodelle soll deshalb als Bestandteil der rettungsdienstlichen Aufgabenwahrnehmung berücksichtigt werden.

Wir schlagen vor, §10 Absatz 2 um folgenden Satz zu ergänzen:

„Zu den Kosten der Aufgabenwahrnehmung gehören auch die notwendigen Aufwendungen für die vertraglich geregelte Einbindung weiterer medizinischer und geburtshilflicher Professionen (Hebammen), soweit diese zur bedarfsgerechten rettungsdienstlichen Versorgung hinzugezogen werden.“

Mit dieser Ergänzung soll klargestellt werden, dass die erforderlichen Aufwendungen für eine strukturierte Zusammenarbeit mit Hebammen im Rahmen der rettungsdienstlichen Aufgabenwahrnehmung berücksichtigt werden können. Die konkrete Ausgestaltung der Finanzierung und des Versicherungsschutzes ist im Zusammenwirken mit den zuständigen Trägern und Kostenträgern zu regeln.

6. Rettungsmittel und deren Besetzung Bezug zu §§ 13 und 14

Die vorgesehenen Regelungen zur Besetzung der Rettungsmittel sollten um die Möglichkeit einer Hinzuziehung von Hebammen ergänzt werden, bestenfalls einen Storchenwagen.Insbesondere bei fortgeschrittenen Geburtsverläufen, unmittelbar bevorstehenden Geburten oder notwendigen geburtshilflichen Verlegungen ist eine fachkundige Begleitung erforderlich. Dabei ist zwischen der notfallmedizinischen Versorgung und der eigenständigen geburtshilflichen Betreuung zu unterscheiden. Eine Hebamme muss nicht regelhaft Bestandteil der Besatzung eines Rettungswagens sein. Erforderlich ist vielmehr ein verlässliches Verfahren, das ihre Hinzuziehung bei entsprechender Indikation ermöglicht.
Dies kann durch eine Alarmierung zum Einsatzort, die Begleitung eines Transports oder andere geeignete Kooperationsmodelle erfolgen.
Ein verlässliches Risiko- und Verlegungsmanagement umfasst die frühzeitige Einschät zung geburtshilflicher Risiken, klare Kriterien für eine notwendige Überleitung sowie ve rbindliche Abläufe für die Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Rettungsdienst und geburtshilflichen Kliniken. Dabei müssen auch die Transportmöglichkeiten der Hebamme zum Einsatzort und gegebenenfalls ihr Rücktransport nach Begleitung einer Gebärenden berücksichtigt werden.

Wir empfehlen ausdrückliche eine rechtssichere Grundlage zu schaffen, die die bedarfsgerechte Hinzuziehung und Mitfahrt von Hebammen bei geburtshilflichen Einsätzen ermöglicht und die dafür erforderlichen Alarmierungs-, Kooperations- sowie Transport- und Rücktransportwege verbindlich regelt.
Ergänzend sollte geprüft werden, ob in Schleswig-Holstein ein speziell für geburtshilfliche Einsätze ausgestatteter Rettungswagen, ein sogenannter „Storchenwagen“, eingerichtet werden kann. Ein solches Fahrzeug könnte insbesondere in Regionen mit langen Anfahrtswegen zu geburtshilflichen Kliniken eine sinnvolle Ergänzung der bestehenden Rettungsdienststrukturen darstellen. Neben der erforderlichen notfallmedizinischen Ausstattung sollte es über spezielle geburtshilfliche und neonatologische Ausrüstung verfügen und gemeinsam mit einer Hebamme eingesetzt werden.
Wir regen an, die Einführung eines solchen Modells im Rahmen eines Pilotprojekts zu prüfen und dabei insbesondere den regionalen Bedarf, geeignete Standorte, die personelle Besetzung sowie die Finanzierung zu berücksichtigen.

7. Experimentierklausel (Telenotfallmedizin und Modellvorhaben) Bezug zu §§ 17 und 18 SHRDG

Die vorgesehene Experimentierklausel bietet die Möglichkeit, neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und Hebammen unter definierten Rahmenbedingungen zu erproben. (Pilotprojekt: Hebamme im Rettungsdienst)
Der Hebammenverband Schleswig-Holstein sieht hierin eine Chance, regionale Modelle zur strukturierten Einbindung von Hebammen in die präklinische Versorgung zu entwickeln und wissenschaftlich zu evaluieren.
Dabei könnten unterschiedliche organisatorische Ansätze untersucht werden, beispielsweise die digitale Alarmierung registrierter Hebammen, die Einbindung in bestehende rettungsdienstliche Kooperationsstrukturen oder die fachliche Begleitung geburtshilflicher Transporte. Entscheidend ist jedoch, dass solche Modellvorhaben nicht als Ersatz für bereits bestehende gesetzliche Verpflichtungen verstanden werden. Die bundesrechtliche Hinzuziehungspflicht besteht unabhängig von der Durchführung entsprechender Modellprojekte.
Wir empfehlen, die Experimentierklausel ausdrücklich auch für die Entwicklung und Erprobung interprofessioneller Versorgungsmodelle unter Beteiligung von Hebammen zu nutzen.
Die Telenotfallmedizin eröffnet zudem neue Möglichkeiten, fachliche Unterstützung bei langen Anfahrtswegen bereitzustellen. Wir regen an, bei geburtshilflichem Hilfeersuchen auch eine telemedizinische Beratung durch Hebammen organisatorisch zu ermöglichen. Sie ist als ergänzende fachspezifische Unterstützung von ärztlicher Telenotfallmedizin abzugrenzen und darf die notwendige persönliche Hinzuziehung einer Hebamme nicht ersetzen.

8. Medizinische Verantwortung und heilkundliche Kompetenzen Bezug zu §§ 20 und 21 SHRDG

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Stärkung der medizinischen Leitung und die rechtssichere Ausgestaltung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter begrüßen wir grundsätzlich. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die geburtshilfliche Versorgung eigenen berufsrechtlichen Vorgaben unterliegt.
Die erweiterten Kompetenzen des Rettungsfachpersonals dürfen nicht dazu führen, dass die gesetzlich geregelten, den Hebammen vorbehaltenen Tätigkeiten oder die ärztliche Hinzuziehungspflicht verletzt werden. Dies gilt insbesondere für die Beurteilung des Geburtsfortschritts, die Entscheidung über die Transportfähigkeit einer Gebärenden und die Begleitung einer bereits begonnenen Geburt.
Die im Rettungsdienst verwendeten standardisierten Handlungsanweisungen müssen daher mit den bundesrechtlichen Vorgaben des Hebammengesetzes vereinbar sein.

Vorschlag für eine Ergänzung des § 20

> *„Bei der Erstellung und Weiterentwicklung von Standardarbeitsanweisungen sowie bei der Gestaltung von Schnittstellen, die die Versorgung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen betreffen, ist geburtshilfliche Fachkompetenz unter Beteiligung von Hebammen einzubeziehen.“*

Darüber hinaus bedarf es klarer Regelungen zur fachlichen Verantwortung bei gemeinsamen Einsätzen. Bei physiologisch verlaufenden Geburten liegt die eigenständige geburtshilfliche Betreuung im Kompetenzbereich der Hebamme. Bei pathologischen Verläufen und medizinischen Notfällen sind die ärztlichen Zuständigkeiten zu beachten.
Diese unterschiedlichen Verantwortungsbereiche müssen in den rettungsdienstlichen Abläufen und den entsprechenden Handlungsanweisungen eindeutig abgebildet sein.
Mit dieser Ergänzung soll sichergestellt werden, dass die besonderen fachlichen und berufsrechtlichen Anforderungen der Geburtshilfe bei der Entwicklung rettungsdienstlicher Standards verbindlich berücksichtigt werden.
Eine dauerhafte Besetzung der Leitung Medizinische Versorgung durch Hebammen ist hierfür nicht zwingend erforderlich. Entscheidend ist ihre verbindliche fachliche Beteiligung bei geburtshilflich relevanten Regelungen.

9. Integrierte Leitstellen und geburtshilfliche Ersteinschätzung Bezug zu § 23 SHRDG

Die Integrierten Leitstellen übernehmen eine zentrale Rolle bei der Einschätzung von Hilfeersuchen und der Steuerung in geeignete Versorgungsstrukturen.
Für geburtshilfliche Hilfeersuchen sind spezifische Abfrage- und Alarmierungskriterien erforderlich. Insbesondere müssen Hinweise auf eine unmittelbar bevorstehende Geburt, mögliche Komplikationen sowie besondere Risiken zuverlässig erkannt werden.
Die Entwicklung landeseinheitliche Abfrage- und Alarmierungsstandards sollte unter Beteiligung von Hebammen erfolgen.
Darüber hinaus sollte die Alarmierung einer Hebamme bei entsprechender Indikation unmittelbar durch die Leitstelle erfolgen. Hierfür bieten sich auch digitale Alarmierungssysteme an, wie sie bereits in einzelnen Kooperationsprojekten eingesetzt werden. Die Alarmierung von Hebammen darf nicht – wie derzeit üblich – von persönlichen Kontakten oder individuellen Zufällen abhängen. Hierfür sind landeseinheitliche Abfrage- und Alarmierungsstandards erforderlich.

Vorschlag für eine Ergänzung des § 23

> *„Bei geburtshilflichen Hilfeersuchen sind die besonderen Anforderungen an die fachliche Einschätzung des Geburtsverlaufs und die Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen zu berücksichtigen. Hierfür sind landeseinheitliche Abfrage- und Alarmierungsstandards unter Beteiligung von Hebammen zu entwickeln. Diese haben bei entsprechender Indikation auch die unverzügliche Hinzuziehung einer verfügbaren Hebamme vorzusehen.“*

10. Behandlungskapazitätennachweis und geburtshilfliche Zielkliniken Bezug zu §§ 8, 9 und 24 SHRDG

Auch der digitale Behandlungskapazitätennachweis sollte die Besonderheiten der geburtshilflichen Versorgung berücksichtigen. Hierzu gehören insbesondere die Versorgungsstufen der geburtshilflichen Einrichtungen, die neonatologischen Möglichkeiten sowie die aktuelle Aufnahmefähigkeit geeigneter Zielkliniken.

In Schleswig-Holstein muss die gesamte präklinische Versorgungszeit betrachtet werden, nicht nur die Eintreffzeit des Rettungsmittels. Insbesondere auf Inseln und Halligen sowie in ländlichen Regionen sind tatsächliche Transportwege, Witterung, Fährverbindungen und die Verfügbarkeit geeigneter Zielkliniken relevant.
Gerade in Schleswig-Holstein mit seinen regional unterschiedlichen Versorgungsstrukturen ist eine transparente und aktuelle Darstellung der verfügbaren Kapazitäten von besonderer Bedeutung.

11. Qualitätssicherung und Evaluation

Die Weiterentwicklung des Rettungsdienstes sollte auch im Hinblick auf die geburtshilfliche Versorgung systematisch evaluiert werden.
Neben rettungsdienstlichen Kennzahlen wie Eintreff- und Transportzeiten müssen dabei insbesondere die Qualität der geburtshilflichen Versorgung, die Angemessenheit von Transportentscheidungen, die Versorgungsergebnisse für Gebärende und Neugeborene sowie die rechtzeitige Einbindung geeigneter Fachpersonen berücksichtigt werden.
Ebenso wichtig ist die Perspektive der Frauen. Ihre Erfahrungen mit der Versorgung sind eine wesentliche Grundlage für die Bewertung der Versorgungsqualität. Dazu gehören insbesondere das Erleben von Sicherheit, die Kommunikation mit den beteiligten Fachpersonen und die Beteiligung an Entscheidungen.
Wir empfehlen daher, unter Beteiligung geburtshilflicher Fachexpertise geeignete Qualitätsindikatoren zu entwickeln und in das Qualitätsmanagement zu integrieren. Dabei sollten neben objektiven Versorgungsergebnissen auch die von den Frauen selbst berichteten Behandlungsergebnisse (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs) und Versorgungserfahrungen (Patient-Reported Experience Measures, PREMs) berücksichtigt werden.

12. Zusammenfassende Empfehlungen

Der Hebammenverband Schleswig-Holstein e. V. empfiehlt, den Gesetzentwurf insbesondere in folgenden Punkten zu ergänzen:

1. **Verbindliche Zusammenarbeit:** Die Kooperation zwischen Rettungsdienst, Hebammen und geburtshilflichen Einrichtungen muss ausdrücklich im Gesetz berücksichtigt und durch geeignete Vereinbarungen abgesichert werden.

2. **Berücksichtigung der Hinzuziehungspflicht:** Die bestehende bundesrechtliche Hinzuziehungspflicht nach § 4 Abs. 3 HebG muss sich in den organisatorischen Strukturen und Handlungsabläufen des Rettungsdienstes widerspiegeln.

3. **Geburtshilfliche Fachkompetenz:** Hebammen müssen bei der Entwicklung rettungsdienstlicher Standards, insbesondere bei geburtshilflich relevanten Standardarbeitsanweisungen und im Schnittstellenmanagement, verbindlich beteiligt werden.

4. **Landeseinheitliche Alarmierungsstandards:** Für geburtshilfliche Hilfeersuchen sind spezifische Abfrage- und Alarmierungsverfahren unter Beteiligung von Hebammen zu entwickeln.

5. **Berücksichtigung regionaler Versorgungsbedingungen:** Die Besonderheiten der geburtshilflichen Versorgung, insbesondere längere Transportwege und eingeschränkte Erreichbarkeit geeigneter Kliniken, müssen in der rettungsdienstlichen Planung berücksichtigt werden.

6. **Hinzuziehung und Mitfahrt:** Die Hinzuziehung und Begleitung durch Hebammen muss organisatorisch, rechtlich und finanziell abgesichert werden.

7. **Interprofessionelle Fortbildung:** Geburtshilfliche Fortbildungen des Rettungsfachpersonals sollen unter fachlicher Beteiligung von Hebammen erfolgen.

8. **Finanzierung und Versicherungsschutz:** Die Einbindung von Hebammen muss durch verlässliche Regelungen zur Vergütung, zum Versicherungsschutz und zur organisatorischen Verantwortung abgesichert werden.

9. **Qualitätssicherung:** Die geburtshilfliche Versorgung im Rettungsdienst muss systematisch evaluiert werden. Dabei sind sowohl Versorgungsergebnisse als auch die Erfahrungen der betroffenen Frauen zu berücksichtigen.

13. Schlussbemerkung

Die Reform des Rettungsdienstgesetzes bietet die Chance, die präklinische Versorgung in Schleswig-Holstein an die veränderten Anforderungen der Gesundheitsversorgung anzupassen. Diese Chance sollte auch für die geburtshilfliche Versorgung genutzt werden!
Die zunehmende Zentralisierung geburtshilflicher Einrichtungen führt zu längeren Transportwegen und erhöht damit die Anforderungen an die Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen außerhalb der Klinik.
Die damit verbundenen Herausforderungen können nicht allein durch zusätzliche Qualifikationen des Rettungsfachpersonals bewältigt werden. Die fachliche Kompetenz der Hebammen muss vielmehr als eigenständiger Bestandteil einer sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur berücksichtigt werden.
Die bundesrechtliche Hinzuziehungspflicht besteht bereits. Nun gilt es, die Voraussetzungen für ihre praktische Umsetzung auch im Rettungsdienst zu schaffen.

Eine rechtlich bestehende Hinzuziehungspflicht kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn die dafür notwendigen Strukturen geschaffen sind.

Wir brauchen Versorgungsstrukturen, die Sicherheit schaffen – durch klare Zuständigkeiten, verlässliche Zusammenarbeit und die Einbindung der jeweils erforderlichen Fachkompetenz. Der Hebammenverband Schleswig-Holstein e. V. ist bereit, seine fachliche Expertise in die Entwicklung entsprechender Kooperationsstrukturen und Versorgungsmodelle einzubringen.

Eine zukunftsfeste rettungsdienstliche Versorgung muss auch gewährleisten, dass Schwangere, Gebärende und Neugeborene unabhängig von ihrem Wohnort Zugang zu einer fachlich angemessenen und sicheren Versorgung erhalten.

Sylt, im Oktober 2026

Hebammenverband
Schleswig-Holstein e.V.

Anke Bertram,1.Vorsitzende