



Niederschrift

Sozialausschuss

20. Wahlperiode – 8. Sitzung

am Donnerstag, dem 1. Dezember 2022, 9:00 Uhr,
im Sitzungszimmer 122 des Landtags

Anwesende Abgeordnete

Katja Rathje-Hoffmann (CDU), Vorsitzende

Hauke Hansen (CDU)

Dagmar Hildebrand (CDU)

Werner Kalinka (CDU)

Cornelia Schmachtenberg (CDU), i. V. von Andrea Tschacher

Eka von Kalben (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), i. V. von Jasper Balke

Nelly Waldeck (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), i. V. von Catharina Nies

Birte Pauls (SPD)

Sophia Schiebe (SPD)

Dr. Heiner Garg (FDP)

Christian Dirschauer (SSW)

Die Liste der **weiteren Anwesenden** befindet sich in der Sitzungsakte.

Tagesordnung:		Seite
1.	Mündliche Anhörung	4
	Schließungen von Geburtskliniken sofort stoppen – Unhaltbare Zustände beenden	4
	Antrag der Fraktion der SPD Drucksache 20/224	
	Qualitativ hochwertige Geburtshilfe für Schleswig-Holstein sichern	4
	Alternativantrag der Fraktion der FDP Drucksache 20/295	
	Wohnortnahe Versorgung in der Geburtshilfe	4
	Alternativantrag der Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Drucksache 20/314	
2.	Verschiedenes	37

Die Vorsitzende, Abgeordnete Rathje-Hoffmann, eröffnet die Sitzung um 9:00 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

1. Mündliche Anhörung

Schließungen von Geburtskliniken sofort stoppen – Unhaltbare Zustände beenden

Antrag der Fraktion der SPD

[Drucksache 20/224](#)

Qualitativ hochwertige Geburtshilfe für Schleswig-Holstein sichern

Alternativantrag der Fraktion der FDP

[Drucksache 20/295](#)

Wohnortnahe Versorgung in der Geburtshilfe

Alternativantrag der Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

[Drucksache 20/314](#)

Ärztammer Schleswig-Holstein

Dr. Gisa Andresen, Vizepräsidentin

[Umdruck 20/430](#) (neu)

Berufsverband der Frauenärzte e. V.

Doris Scharrel, Landesvorsitzende

[Umdruck 20/424](#)

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen in Schleswig-Holstein

Dr. Ralf van Heek, Landesverbandsvorsitzender

[Umdruck 20/448](#)

Dr. med. George Hillebrand, Chefarzt der

**Kinderklinik Itzehoe und Landessprecher des Verbandes Leitender
Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)**

[Umdruck 20/464](#)

Frau Dr. Andresen legt die Auffassung der Ärztekammer Schleswig-Holstein dar, [Umdruck 20/430](#) (neu).

Frau Scharrel trägt die wesentlichen Inhalte ihrer Stellungnahme vor, [Umdruck 20/424](#). Wünschenswert sei Sachlichkeit bei der Erarbeitung der Kriterien im Qualitätszirkel.

Herr Dr. van Heek beleuchtet die Kernpunkte seiner Einschätzung, [Umdruck 20/448](#).

Herr Dr. Hillebrand verdeutlicht seine Haltung anhand von Folien, [Umdrucke 20/464](#) und 20/619.

* * *

Frau Dr. Andresen antwortet auf eine Frage der Abgeordneten Pauls, Level-4-Häuser seien zu schließen, wenn keine kinderärztliche Betreuung gewährleistet sei. Unter politisch transparenter Entscheidungsfindung – eine Frage des Abgeordneten Kalinka – verstehe sie das Informieren der Bevölkerung über Risiken kleiner Häuser mit geringer Ausstattung. Der Krankenhausplan sollte offen diskutiert werden. Es müsse darüber gesprochen werden, an welchem Standort wofür investiert werden sollte und welche Konsequenzen das habe. In Schleswig-Holstein gebe es lediglich 1,6 Prozent außerklinische Geburten, was eine Anfahrtszeit von 45 Minuten als nicht zu lange erscheinen lasse.

Frau Scharrel führt auf Fragen der Abgeordneten Pauls aus, für den Qualitätszirkel stehe die Krankenhausplanung 2023 unmittelbar an. Zu Einzelheiten wolle sie sich im laufenden Verfahren nicht äußern; das Papier werde zu gegebener Zeit veröffentlicht. Im Rahmen des Maßnahmenkatalogs von 2014/16 sei die Qualität von Level-4-Kliniken hinterfragt worden. Die jährliche Überprüfung im Fachausschuss Perinatalogie habe ergeben, dass teilweise Mindestanforderungen nicht eingehalten würden. Drei von neun Geburtskliniken seien geschlossen worden, was nicht bedeute, dass das Land diese Entscheidung getroffen habe. Zum Beispiel sei die Nordseeklinik Westerland in der Trägerschaft von Asklepios, und in Hamburg sei entschieden worden. Es sei überlegt worden, wie das Land in Bezug auf Transport, Boarding, Schulung oder Rettungswesen so vernetzt werden könne, dass in 45 Minuten Transportzeit eine Überweisung in ein Haus mit höherem Level möglich sei. Gegenwärtig werde im haus- und fachärztlichen Bereich und auch in der Geburtshilfe mit

40 Minuten Fahrzeit mit dem Auto gearbeitet. Einer Schwangeren werde geraten, den Weg zu ihrer Klinik zu verschiedenen Tageszeiten zu fahren und das für den Weg zur Geburt zu organisieren. Bestandteil der Mutterschafts-Richtlinien sei das Vorstellen in der Klinik, um zu erkennen, ob das gewählte Haus der richtige Ort für diese Geburt sei.

Die meisten Hebammen arbeiteten mit Ärzten oder Ärztinnen zusammen, nach Auskunft der Ärzte und Ärztinnen seien es 50 bis 60 Prozent. Bei der Anstellung einer Hebamme in einer Praxis gebe es rechtliche Probleme. Sie selber, Frau Scharrel, habe einen Kooperationsvertrag mit einer selbstständigen Hebamme. Die Zusammenarbeit sei sehr gut. Das sei auch in der Zeit der Fall gewesen, als sie im UKSH gearbeitet habe, wo es jährlich 3.000 Geburten gegeben habe. Man habe sich aufeinander verlassen und auch verlassen können.

Die regionale Versorgung mit Hebammen – eine Frage der Abgeordneten von Kalben – betreffe die Betreuung der Schwangeren und vor allem die Nachsorge. Das werde von einer Frauenarztpraxis nicht geleistet. Für Vertragsärzte gebe es Verpflichtungen bezüglich Sprechstundenzeiten und Abrechnung über die Krankenkassen. Die durchschnittliche Zahl der Patientinnen oder der Schwangeren pro Arzt oder Ärztin sei bekannt. Bei Hebammen gebe es keine Transparenz, was die Hebammen selber bedauerten. Hier sollte eine Erhebung gemacht werden, um zu erkennen, wo Förderung nötig sei, oder auch, um die Zufriedenheit mit der Berufstätigkeit wiederherzustellen; denn Geburtshilfe sei grundsätzlich erfüllend.

Ambulante und klinische Versorgung sollten besser vernetzt werden, das Ganze müsse transparent gemacht werden, sodass die Frauen informiert seien, welche Möglichkeiten sie hätten. Was sich als Mangel darstelle, sei bisweilen das Fehlen von Information. Krankenhausplaner auf Bundesebene prognostizierten, Schleswig-Holstein brauche genau ein Perinatalzentrum des Levels 1. Schleswig-Holstein habe jedoch die Besonderheit, in Ost und West keine Nachbarn zu haben, zu denen ausgewichen werden könne. Auch für Häuser mit Level 1 oder 2 – eine Frage des Abgeordneten Kalinka – werde die Einhaltung der Strukturvorgaben im Fachausschuss Perinatalogie überprüft.

Herr Dr. van Heek antwortet auf eine Frage der Abgeordneten Pauls, ob geplant sei, Level-4-Kliniken zu schließen, niedergelassene Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen betreuten Level-4-Kliniken und könnten dies verantworten. Ein Teil der Schließungen sei darauf zurückzuführen, dass das nicht mehr bewältigt worden sei. Auch Blaulichtfahrten stellten ein

Risiko dar. Die Mutter ebenso wie das Baby machten bei einer vaginalen Geburt einen physiologischen Anpassungsprozess durch, eventuell besetzt mit Angst, Traumatisierung oder dem Erleben von Gewalt in der Geburtshilfe – eine Nachfrage der Abgeordneten von Kalben. Nach den Kriterien des G-BA erfüllten 90 Prozent der Geburten das Kriterium für eine Level-4-Versorgung, nach den Leitlinien für Kinderärzte seien es etwa 80 Prozent, aber auch dabei träten Notfälle auf. Es stelle sich die ethische Frage, was die Gesellschaft dem Individuum zugestehen wolle, um andere Qualitätsmerkmale des Lebens – Freiheit, Verantwortung, psychologische Sicherheit oder Wohlbefinden – zu haben. Denn zum Beispiel dürfe jemand mit seinem Kind mit 200 Stundenkilometern über die Autobahn fahren; hier werde das Interesse des Kindes nicht wahrgenommen. Die Mütter seien in der Geburtshilfe sicher, die Kinder gegebenenfalls nicht.

Herr Dr. Hillebrand vertritt die Auffassung, wenn gewährleistet sei, dass Level-4-Kliniken die definierten Standards einhalten könnten, müssten sie nicht geschlossen werden. Nur seien die Minimalanforderungen schon in den letzten 20 Jahren nicht erfüllt worden. In Zukunft werde es schwieriger, solche Strukturen aufrechtzuerhalten. Er selber sei einige Male mit einem Polizeiwagen, gefolgt von einem Rettungswagen mit Inkubator, gefahren, um vom UKE aus in Henstedt-Ulzburg eine Notfallversorgung zu machen, weil es dort eine Lücke bei den Kinderärzten gegeben habe. Denn trotz allen Bemühens sei mit drei Leuten eine Versorgung 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr nicht zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund der Wünsche der jungen Generation an die Arbeitszeitgestaltung und der demografischen Entwicklung würden solche Geburtsabteilungen nicht bestehen können. Wenn bei einer Hausgeburt Probleme aufträten, würden viele Ressourcen gebunden. Er persönlich erinnere sich an eine Fahrt mit vier Blaulichtfahrzeugen inklusive Polizei zum Freimachen des Weges. Das sei in der Zukunft nur schwer darstellbar. Normale Verlegungsfahrten müssten oft einige Stunden warten. Daher sollte Geburtshilfe dort angeboten werden, wo die benötigten Fachbereiche ein gutes Angebot vorhalten könnten. Das sollte offen kommuniziert werden – eine Frage des Abgeordneten Kalinka –, ohne Angst zu machen. Wenn die Morbidität und Mortalität von Müttern und Neugeborenen niedrig bleiben sollte, müsse eine Anfahrtszeit von mehr als 45 Minuten zumutbar sein. In Skandinavien sei vor 10 bis 15 Jahren stark zentralisiert worden. Dort habe es keine nennenswerte Zunahme von außerklinischen Geburten gegeben.

Eine Zusammenarbeit zwischen kleinen Häusern und Level-1- oder -2-Kliniken – eine Frage des Abgeordneten Kalinka – sei denkbar. Wenn das UKE weitere sieben Assistenten und

Assistentinnen einstelle, könne der Standort Henstedt-Ulzburg mitversorgt werden, was allerdings finanziell nicht darstellbar sei; vermutlich sei das Personal gar nicht zu rekrutieren. Es sei mithin kein tragfähiges Modell für die Zukunft. In Bad Segeberg gebe es eine Versorgung durch das UKSH Lübeck, was gut funktioniere. Für den Übergang sei das auch nötig, weil eine Umstellung auf große Zentren Zeit brauche.

Abgeordneter Dr. Garg tut kund, es mache ihm Angst, dass es nach wie vor das Versprechen gebe, dass Level-4-Häuser mit weniger als einer Geburt pro Tag erhalten werden könnten. Flächendeckende wohnortnahe Versorgung könne aufgrund des Fachkräftemangels nicht angeboten werden.

Herr Dr. Hillebrand spricht sich für eine gemeinsame Krankenhausplanung von Schleswig-Holstein und Hamburg aus – eine Frage des Abgeordneten Dr. Garg –; das sei für den Speckgürtel relevant, aber auch in Hamburg seien die Ressourcen begrenzt. Itzehoe übernehme bisweilen Schwangere mit drohender Frühgeburt, wenn die Hamburger Perinatalzentren dazu nicht mehr in der Lage seien. Abgeordneter Dr. Garg sei zuzustimmen, dass Kooperation in beide Richtungen laufen müsse. Jedoch gelange zum Beispiel die Kinderklinik des UKSH in Kiel immer wieder an die Grenzen ihrer Aufnahmefähigkeit in Bezug auf die Bettenkapazität.

In den letzten 20 bis 30 Jahren seien die Eltern in die Neonatologie viel stärker einbezogen worden. In Level-1-Zentren sei die Schaffung einer familiären Atmosphäre möglich – eine Frage des Abgeordneten Kailnka –; auch wenn ein Kind beatmet werden müsse, würden die Eltern integriert. Teilweise sei eine Übernachtung beim Kind möglich. Von daher sei ein großer gesellschaftlicher Diskurs – eine Frage des Abgeordneten Dirschauer – nicht nötig, jedoch einer in Bezug auf wohnortnahe Versorgung und Personalverknappung.

Die Kaiserschnittraten in Deutschland – eine Frage der Abgeordneten Pauls – seien weitgehend konstant, in großen Zentren eher rückläufig, weil eine nicht indizierte Sectio negative Auswirkungen auf das Kind habe: Der Anpassungsprozess entfalle und damit der physiologische Stress, damit das selbstständige Leben beginnen könne. Eine Sectio am wehenfreien Uterus sei risikoreich. Auch das sei ein Argument für größere Zentren; denn bei vielen Geburten könne die Indikation für eine Sectio fundierter gestellt werden. Bei einer Mindestzahl von 1.500 Geburten pro Jahr wie in Portugal werde das Team lernen, wo man noch warten könne oder wo ein Kaiserschnitt angezeigt sei.

Auch in größeren Häusern herrsche Personalmangel – eine Frage des Abgeordneten Kalinka. Große Häuser seien nicht automatisch attraktiv für Stellensuchende. Eine gewisse Größe und damit Vielfalt und Sicherheit durch die Arbeit in einem Team seien Pluspunkte und passen zu flexiblen Arbeitszeiten. Auch in Level-1-Zentren müssten wegen der Personalknappheit Vorgänge effizienter gestaltet werden.

Herr Dr. van Heek führt aus, ein Kaiserschnitt behindere nicht nur den Anpassungsprozess, die Kinder seien später auch anfälliger für chronische Erkrankungen wie zum Beispiel Allergien. Es sei wichtig, einen gesellschaftlichen Diskurs über Geburtskultur zu führen; dazu gehörten auch Themen wie Risiko und Angst.

Der Fachkräftemangel sei vor zehn Jahren prognostiziert worden. Herr Westerfellhaus, der Pflegebeauftragte der vormaligen Bundesregierung, habe vor der Pandemie gemeint, es gebe Hunderttausende Pflegekräfte, die gegebenenfalls zurückgeholt werden könnten; während der Corona-Pandemie seien es mehr geworden. Um solche stillen Reserven zu heben, sei Geld nötig, damit Einkommen und Arbeitsbedingungen attraktiver würden. Die Ausbildung von Nachwuchs dauere je nach Beruf bis zu zehn Jahre.

Frau Scharrel vertritt die Ansicht, eine verbindliche Kooperation mit Level-4-Häusern sei eine gute Sache. Jedoch müssten beide Seiten davon profitieren. Ohne eine geburtshilfliche Abteilung in einem kleinen Krankenhaus gebe es keine fachärztliche Weiterbildung mehr, was sich auf die gynäkologische Abteilung auswirken werde. Verbindliche Absprachen zur Weiterbildung über die Landesgrenze hinaus seien sinnvoll. Es fehle der digitale Austausch. Hamburg sei nicht informiert worden, dass Frauen in Henstedt-Ulzburg nicht mehr betreut würden. Wenn eine Frau aus dem Hamburger Speckgürtel in Hamburg entbinden wolle, müsse sie sich quasi in der 8. Schwangerschaftswoche anmelden. Als Kooperationspartner für Schleswig-Holstein gebe es nur Hamburg; Mecklenburg-Vorpommern stehe nicht zur Verfügung, auch Kliniken in Niedersachsen seien zu weit entfernt. Es gebe einen Austausch zwischen den Johanniter-Krankenhäusern Geesthacht und Lauenburg. Das beruhe jedoch auf persönlichen Verbindungen, nicht auf einem tragfähigen Konzept.

Geburtskultur sei eine gute Sache; das liege jedoch außerhalb der Versorgungssituation. Das Grundlegende müsse angegangen werden: Personal, Finanzierung, Krankenhausplanung. Krankenhäuser befänden sich in privater Hand, und dort werde entschieden. Die Geburt sei der Start ins Leben, die Hebamme begleitet die Gebärende, die sich und ihr Kind in

guten Händen wisse. Das sei Geburtshilfe ohne viel Intervention. Die Erfahrung im Umgang mit Schwangeren fehle in kleinen Häusern. Eine Oberärztin, die nie eine Beckenendlage vaginal entwickelt habe, aber bereits zwei Kaiserschnitte gemacht habe, werde sich schneller für eine Sectio entscheiden, anders als jemand mit großer Erfahrung, was ein Argument für Zentren sei.

Um der etwaigen Angst zu begegnen – eine Frage der Abgeordneten von Kalben –, werde die Schwangere über mögliche Kliniken und ihre Ausstattung ausführlich informiert und ermuntert, die Kreißsäle zu besichtigen und in der Sprechstunde Fragen zu stellen. Eine Wochenbettdepression beginne mit dem Östrogenabfall am zweiten oder dritten Tag, wenn die Frau wieder zu Hause sei. Die Hebamme, die die junge Mutter im Wochenbett besuche, werde damit konfrontiert.

Frau Dr. Andresen informiert, der Fachkräftemangel – eine Frage des Abgeordneten Kalinka – betreffe auch große Kliniken. Dem könne durch das Anbieten attraktiver Teilzeitmodelle begegnet werden, außerdem durch Zentralisierung, Zuwanderung und Willkommenskultur. Des Weiteren müsse über eine Legislaturperiode und über Ländergrenzen hinausgedacht werden.

Hebammenverband Schleswig-Holstein

Anke Bertram

[Umdruck 20/465](#)

Hebammen am Städtischen Krankenhaus Kiel

Ute Bringmann und Martina Piol, Beleghebammen

[Umdruck 20/429](#)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e. V.,

Regionalvertretung Nord

Burkhardt Zieger, Geschäftsführer

Frau Bertram begrüßt eingangs Hebammen der Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg im Zuschauerraum, deren Arbeitsplatz seit diesem Tag weggefallen sei. Dass sich auf ihre Frage, wer von ihnen in ein anderes Krankenhaus wechsele, nur wenige Frauen meldeten, zeige,

dass die Aussage falsch sei, durch Schließung kleiner Geburtshilfeeinrichtungen werde der Personalnotstand in größeren Abteilungen behoben.

Sodann trägt Frau Bertram die Schwerpunkte ihrer Stellungnahme vor, [Umdruck 20/465](#). 111 Hebammen in Schleswig-Holstein hätten ihre Rückkehr in eine Klinik in Aussicht gestellt, wenn sich die Arbeitsbedingungen verbesserten und sie originäre Hebammenarbeit leisten könnten. Strukturelle Gewalt im Kreißaal dürfe es nicht geben. Frau Bertram zitiert Aussagen von Hebammen über die schlechte Lage in der Geburtshilfe. Vom Hebammenverband werde darüber hinaus die Aufnahme der Berufsgruppe der Hebammen in das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz zur Sicherung der Hebammen als Fachpersonal in der klinischen Geburtshilfe sowie die Aufnahme und die Erwähnung in der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung gefordert. Die Arbeit der Hebamme auf den bettenführenden Stationen müsse vollumfänglich angerechnet werden, da sonst die praktische Ausbildung gefährdet sei.

Frau Piol gibt das Wesentliche ihrer Einschätzung wieder, [Umdruck 20/429](#).

Herr Zieger weist darauf hin, auch wenn Notfälle selten seien, komme in einer solchen Situation bei dezentralen Geburtshilfeabteilungen dem Rettungsdienst große Bedeutung zu. Schon jetzt könne der Rettungsdienst nicht immer die nächstgelegene Klinik anfahren, weil sie belegt sei. Dadurch verlängerten sich Wegezeiten. Wenn ein Standort geschlossen werde, wandere das Personal nicht in die größere Klinik, perspektivisch vielleicht dann, wenn deren Geburtshilfeabteilung attraktive Arbeitsbedingungen biete. Wenn an einem Ort die Pflege aufgegeben werde, könne sie nicht an einem anderen Ort mitübernommen werden. In den Kinderkliniken herrsche nach zwei Jahren mit Corona jetzt wegen RSV-Infektionen Kapazitätsmangel; die Personaldecke sei knapp bemessen. Bei einer operativen Entbindung seien Teams der OP-Pflege und Anästhesiepflege nötig. Bei einer Schließung müsse das nächste Zentrum mehr Infrastruktur vorhalten. Es herrsche jedoch Fachkräftemangel. Die stille Reserve von 100.000 Pflegenden, von der Andreas Westerfellhaus gesprochen habe, könnte nicht zurückgewonnen werden, da etliche mittlerweile in anderen Berufen arbeiteten. Die Pflegepersonaluntergrenzen könnten bisweilen nicht eingehalten werden, wobei das die unterste Grenze dessen darstelle, was nötig sei. Von daher seien attraktive Modelle zu planen.

* * *

Abgeordneter Kalinka vertritt die Ansicht, was die Paracelsus-Klinik in Henstedt-Ulzburg gemacht habe, sei inakzeptabel. Im Übrigen seien die Vorträge der Hebammen völlig anders als die der Ärztinnen und Ärzte.

Auf Fragen von Abgeordnetem Kalinka und Abgeordneter Schmachtenberg äußert Frau Bertram, es sei zwischen Geburtshilfe und Geburtsmedizin zu unterscheiden. Wo in G-BA-Richtlinien Qualitätsvorgaben bezüglich Risiken gemacht würden, könne dem nur in Zentren Rechnung getragen werden. Für bestimmte Operationen gebe es spezialisierte Kliniken, die aufgesucht werden könnten, zum Beispiel Heidelberg für Hüftoperationen. Das treffe für eine Geburt nicht zu. Eine Geburt sei ein fortschreitender Prozess. Hier hätten weite Wege größere Bedeutung als bei Herzinfarkt oder Schlaganfall, bei dem diese Person für den Transport stabilisiert werde. Ein Eingreifen in eine Geburt durch wehenhemmende Mittel habe negative Auswirkungen.

Wie groß Kliniken maximal sein sollten – eine Frage des Abgeordneten Hansen –, sei schwer zu beantworten. Für eine Geburt seien kleine Kliniken vorzuziehen, weil Geburt Zeit brauche. Dafür sei die Bezahlung nicht ausgelegt. Damit sich Frauen wohlfühlten – eine Frage der Abgeordneten von Kalben –, brauchten sie jemanden, der sich um sie kümmere. Eine Hebamme sei dazu in der Lage. Es gebe Kliniken mit 6.000 Geburten im Jahr. Auch in solchen Häusern sei gute Arbeit möglich. Es seien die Begleitumstände, die die Arbeit erschwerten.

Geburtshilfe sei nicht in der Grund- und Regelversorgung enthalten – eine Frage des Abgeordneten Kalinka. Bei der Inneren Medizin oder der Chirurgie sei eine maximale Fahrzeit von 30 Minuten angesetzt, bei der Geburtshilfe seien es 40 Minuten.

Zum Fachkräftemangel – Fragen der Abgeordneten Schmachtenberg und Waldeck – schildert Frau Bertram, ihr hätten innerhalb von zwei Wochen fünf freiberufliche Kolleginnen gestanden, dass sie aufhörten, weil sie ausgelaugt, am Ende seien. Eine Hausgeburtshebamme brauche weniger Geburten pro Jahr als eine angestellte Hebamme in einer Klinik, um ihre Qualifikation nachzuweisen. Die Zahl der Geburten in Schleswig-Holstein sei gestiegen, die Anzahl der Geburtshilfeeinrichtungen sei gesunken, die Kaiserschnitttrate steige – eine Frage der Abgeordneten Pauls –, Schleswig-Holstein habe das Saarland überholt, das zuvor auf Platz eins gewesen sei. Ein Grund dafür sei, dass nach einem Kaiserschnitt die nächste Geburt dieser Frau wieder so gemacht werde. Die Zentralisierung sei ebenfalls ein Grund;

die Geburt sei planbar. Wenn mehrere Geburten zusammenträfen, sei es möglich, dass die Geburt per Kaiserschnitt schneller beendet werde.

Frau Bringmann schildert auf eine Frage der Abgeordneten Schmachtenberg nach originärer Hebammenarbeit ihre Situation: Sie sei seit 26 Jahren Hebamme und habe bis auf zwei Jahre Auszeit stets im Kreißsaal gearbeitet, und das gerne. Jetzt tue sie das nur noch, weil das Städtische Krankenhaus Kiel mit einem Belegsystem arbeite; dadurch gebe es keinen Personalmangel. Die Arbeit im Kreißsaal habe sich verändert. Die Digitalisierung habe Einzug gehalten.

Frau Bertram ergänzt, die Arbeit einer Beleghebamme sei anders als die einer angestellten Hebamme, und in einem hebammengeführten Kreißsaal werde die originäre Hebammenarbeit vollzogen. Für Beleghebammen gebe es für die Abrechnung die Obergrenze von zwei Gebärenden gleichzeitig. Für angestellte Hebammen gebe es kein Limit. Dokumentation sei wichtig, aber dafür gebe es keine Kapazitäten. Auch gebe es Kliniken, in denen Hebammen die Kreißbetten putzten, weil kein Reinigungspersonal vorhanden sei, und zwar nicht nur nachts. Das sei zwar in der Ausbildung gelernt worden, aber diese Zeit fehle für das Coachen einer Gebärenden. Was in einem Kreißsaal an Arbeit anfalle, werde oftmals von Hebammen übernommen, weil Personalnot auf allen Ebenen herrsche: Bestellungen aufgeben, Wäsche machen. Originäre Hebammenarbeit sei, die Frau bei der Geburt zu begleiten, und das brauche Zeit.

Die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst – eine Nachfrage der Abgeordneten Pauls – laufe gut. Auf Föhr stehe die Frauenärztin nach dem 31. Dezember dieses Jahres nicht mehr zur Verfügung, die Hebammen seien auf sich gestellt. Hebammen könnten und dürften eine Geburt selbstständig betreuen, im Gegensatz zum Arzt. Was in einem Notfall zu geschehen habe, sei nicht geregelt. Der letzte Qualitätszirkel Nordfriesland habe 2019 getagt. Es sei an der Zeit, ein Konzept zu erarbeiten. Die Hebammen müssten beim Rettungsdienst verankert werden. Im Main-Kinzig-Kreis sei das der Fall. Damit werde auch die Versicherungsproblematik gelöst. Letztendlich trage der Notarzt oder die Notärztin die Verantwortung für die Geburt. Das sei einerseits gut, andererseits habe die Hebamme die Remonstrationspflicht, was bedeute, dass sie eingreifen müsse, wenn der Notarzt falsch handele. Es komme vor, dass Hebammen plötzlich zu einer Geburt gerufen würden, was im Zuge der Zentralisierung zunehmen werde.

Frau Piol fügt an, einer Frau müsse ein Kaiserschnitt angeboten werden, wenn sie bereits einen erlebt habe. Viele dieser Frauen entschieden sich dafür. Fakt sei, dass die Kaiserschnitttrate ansteige, wenn Frauen nicht gut umsorgt würden. Originäre Hebammenarbeit seien Betreuung, Begleitung und Feststellung von Abweichungen der physiologischen Geburt. Das werde im Städtischen Krankenhaus Kiel im hebammengeleiteten Kreißsaal gemacht. Solche Arbeitsbedingungen seien bei Hebammen begehrt. Das sei einer der Gründe, warum es an diesem Krankenhaus keinen Mangel an Hebammen gebe. Es gebe ein attraktives Dienstsysteem, wer einspringe, werde bezahlt. In hebammengeleiteten Kreißsälen würden die Frauen von Hebammen entbunden und betreut, ohne Arzt. Die Frauen seien vorbereitet und vorsortiert. Frauen hätten oftmals Angst vor zu viel medizinischem Eingreifen oder Mangel an Mitsprache in Häusern mit Level 1 oder 2, was Auswirkung auf den Geburtsverlauf habe. Am Ende könne eine Sectio stehen. Derzeit kämen 240 Frauen in die Hebammensprechstunde im Städtischen Krankenhaus.

Wie viele Frauen betreut werden könnten oder wie groß eine Klinik sein müsse – eine Frage des Abgeordneten Hansen –, sei schwer zu beantworten. Das hänge vom Personal ab. Das Städtische Krankenhaus habe mehr Personal in den einzelnen Schichten. Es gebe ein anderes Dienstplansystem als in Häusern mit angestellten Hebammen, weil die Beleghebammen das selber machten. Dem Fachkräftemangel könne begegnet werden, indem die Bedingungen angepasst würden. In den Kliniken müssten hebammengeleitete Kreißsäle eingeführt werden, damit Hebammen und Frauen die Chance hätten, in Häusern mit einem höheren Level als 4 physiologisch zu entbinden. Eine Ärztin an einem Krankenhaus in Stockholm mit 6.000 Geburten im Jahr habe berichtet, dass sämtliche Hebammen gekündigt hätten, weil sie wie am Fließband arbeiten müssten. Weil die Zustände so schlecht seien, würden Frauen zur Entbindung ausfliegen. Bei zwei Frauen aus Uppsala sei das Kind im Bauch gestorben. Es sei ein Risiko, wenn eine Frau nicht mehr betreut werden könne und in ein anderes Haus gefahren werden müsse. Fehmarn liege 80 km von Lübeck entfernt. Nach Kiel kämen die Frauen früher und besetzten damit Räume und Hebammen, weil sie aus Unsicherheit nicht mehr nach Hause fahren wollten. Sie seien auch ungeduldiger und verlangten mitunter einen Kaiserschnitt.

Der Ruf nach mehr Studentinnen sei sinnlos, wenn es niemanden gebe, der sie ausbilde – eine Frage der Abgeordneten Pauls und Waldeck. Im Städtischen Krankenhaus würden lediglich zwei Frauen ausgebildet, und das sehr gut. Sie hätten den Wunsch, zu bleiben. In

einem Kreißsaal, der unterbesetzt sei, könne nicht ausgebildet werden. Hier seien Verbesserungen vonnöten.

Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V.

Patrick Reimund, Geschäftsführer

[Umdruck 20/453](#)

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Delf Kröger, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik und Kommunikation

[Umdruck 20/443](#)

Herr Reimund erinnert daran, dass es in den 80er-Jahren 40 Geburtshilfeinrichtungen in Schleswig-Holstein gegeben habe, aktuell seien es 16. Jeder Kreis und jede kreisfreie Stadt habe eine Einrichtung verloren. Plön, das nur eine einzige Einrichtung gehabt habe, habe diese eingebüßt. Sodann trägt Herr Reimund die Schwerpunkte seiner Stellungnahme vor, [Umdruck 20/453](#).

Herr Kröger stellt die wesentlichen Punkte der Einschätzung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein vor, [Umdruck 20/443](#).

* * *

Abgeordneter Dr. Garg fasst die beiden Stellungnahmen so zusammen, dass Schluss sein sollte mit der kalten Strukturbereinigung und ein Prozess in Gang gesetzt werden müsse, der zu einer zukunftsfähigen Struktur führe, die personell darstellbar sei und Qualitätskriterien einhalte.

Abgeordneter Kalinka merkt an, bei der Krankenhausplanung würden am Ende Abgeordnete entscheiden. Es sei richtig, dass um jede kleine Einrichtung der Geburtshilfe gekämpft werde. Wenn eine Geburtshilfeinrichtung jahrzehntelang gut gelaufen sei, gebe es per se keinen Grund, sie zu schließen. Was Bundesminister Lauterbach plane, bedeute das Ende der Level-4-Häuser. Kommunale Träger könnten jedoch entscheiden, eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Darüber, ob etwa 500 Geburten pro Jahr die Erhaltung der Einrichtung rechtfertigten, müsse diskutiert werden.

Herr Kröger entgegnet auf eine Frage der Abgeordneten Schmachtenberg, er habe davon gesprochen, dass ein System mit Belegärzten nicht flächendeckend funktioniere, nicht etwa von Beleghebammen.

Herr Reimund ergänzt, bei Belegärzten gebe es ein Problem mit der Haftpflichtversicherung. Das Belegsystem mit Hebammen funktioniere in einer großen Einrichtung besser als in einer kleinen; denn gute Arbeitsbedingungen ließen sich mit 20 Beleghebammen leichter organisieren als mit sechs, wenn 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche abzudecken seien.

Sodann bestätigt Herr Reimund die Zusammenfassung des Abgeordneten Dr. Garg, dass am Ende eine tragfähige Struktur stehen sollte – das gelte nicht nur für die Geburtshilfe, sondern für die Krankenhausplanung insgesamt –, mit den vorhandenen personellen Ressourcen. Auch wenn Personalmangel herrsche, bedeute das nicht, dass nichts dagegen unternommen werden sollte. Die Arbeitsbedingungen und die Vergütung sollten attraktiv sein. Der Mangel werde dadurch kleiner, verschwinde aber nicht.

Am Ende des Findungsprozesses stehe ein Zielbild – eine Frage des Abgeordneten Kalinka –, das zu Beginn noch unklar sei. Es sei möglich, dass ein Standort, der nach diesem Zielbild nicht zwingend nötig sei, trotzdem erfolgreich betrieben werde. Das sei ein Problem für die Kommunikation mit der Öffentlichkeit. Hier müsse die Politik am Ende eine Entscheidung treffen, denn solche Konstellationen würden auftauchen. Im Gegensatz zu Dänemark, wo es eine Stelle gebe, die bestimme, sei die Lage in Schleswig-Holstein bunter, was die Interessenlage oder die Akteure angehe. Hier müssten dicke Bretter gebohrt werden, und das sei keine angenehme Arbeit. Wenn die Erreichbarkeit in Autominuten oder Kilometern definiert sei, bleibe die Besonderheit Schleswig-Holsteins, dass es im Westen und im Osten an Wasser grenze. Am Ende des Prozesses stehe ein Netz, das auskömmlich finanziert werden müsse.

Nicht alle Einrichtungen würden dieselben Leistungen erbringen können, weil sie in unterschiedlichen Regionen stünden, weil sie andere Versorgungsaufträge hätten – eine Frage der Abgeordneten Pauls –, aber sie hätten ähnliche Vorhaltekosten, die im derzeitigen System nicht abgebildet seien. Wenn die Zentralisierung gemäßigt ausfalle, müssten die Vorhaltekosten durch eine Extrafinanzierung gedeckt werden. Es werde zu diskutieren sein, ob dieser Anteil bei 20 oder bei 50 Prozent liege und ob das zusätzliches Geld sein müsse oder sich durch Umverteilung ergebe. Dieses Problem hätten sämtliche Krankenhausträger, nicht

nur private. Bei kommunalen Trägern gebe es einen politischen Entscheidungsprozess, bei den frei-gemeinnützigen Trägern sehe es wieder anders aus.

Abgeordneter Kalinka macht darauf aufmerksam, dass die Kommunen in Schleswig-Holstein an der Investitionsfinanzierung der Kliniken erheblich beteiligt seien. Zu erinnern sei an den [Umdruck 18/227](#) aus dem Jahr 2014. Auch die Krankenkassen finanzierten die Kliniken.

Herr Reimund gibt Abgeordnetem Kalinka recht, Verdichtung der Arbeit, Überbelastung oder Fachkräftemangel seien keine spezifischen Probleme kleiner Einheiten. Nur ließen sich Schwankungen in größeren Häusern leichter auffangen. Da Krankenhäuser in der Regel rund um die Uhr besetzt sein müssten, gebe es Vorhaltekosten und auch personelle Vorhaltungen, die sich in einer größeren Einheit besser verteilen.

**Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen
Geburtshilfe QUAG e. V.**

Gitta Scholz, Vorsitzende

[Umdruck 20/456](#)

AOK Nordwest, Landesdirektion Kiel

Kathrin Knoblich

[Umdruck 20/415](#)

VDEK Schleswig-Holstein

Claudia Straub, Leiterin der Landesvertretung

[Umdruck 20/415](#)

Frau Scholz referiert die Stellungnahme der QUAG, [Umdruck 20/456](#), anhand von Folien, [Umdruck 20/618](#). Hebammen berichteten über deutlich mehr Nachfragen zu außerklinischen Geburten, als sie gut betreuen könnten. Somit bestehe eine Unterversorgung, und die freie Wahl des Geburtsortes sei nicht gewährleistet. Um die spezifischen Forderungen weiterzuverfolgen, werde die Aufnahme der QUAG in den Qualitätszirkel „Geburtshilfe in Schleswig-Holstein“ für die Stärkung der physiologischen Geburt empfohlen.

Frau Knoblich trägt die gemeinsame Haltung des Landesverbandes der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen e. V. in Schleswig-Holstein vor, [Umdruck 20/415](#).

Frau Straub fügt an, hinsichtlich der Sterblichkeit von Mutter und Kind oder der Sectiorate gebe es eine stetige Verbesserung in Schleswig-Holstein, während die Zahl der Kliniken zurückgehe. Allgemein sei zu konstatieren, dass eine Konzentration der Leistung zu einer besseren Qualität in der Versorgung führe. 99 Prozent der Schwangeren wünschten die Geburt in einer stationären Einrichtung. Die Diskussion über die Weiterentwicklung sollte die Chancen in den Blick nehmen und weniger defizitorientiert geführt werden. Klinikschließungen bedeuteten einen schmerzhaften Prozess. Wenn die Qualität an vielen Standorten erhalten werden könne, sei das gut. Derzeit gebe es jedoch personelle Engpässe. Damit sich die Arbeitsbedingungen bessern könnten, müsse in den Konzentrationsprozess steuernd eingegriffen und in zukunftsfähige Standorte investiert werden. Eine Finanzierung nach dem Gießkannenprinzip dürfe es nicht geben. Hier sei die Politik gefordert. Die Krankenhausträger seien aufgerufen, mit entsprechenden Angeboten auf die Wünsche der Mütter und der jungen Familien zu reagieren, sodass es auch räumlich zeitgemäße Bedingungen gebe.

* * *

Abgeordnete Pauls bekundet ihre Hoffnung, dass die Krankenkassen eine bessere Bezahlung des Personals mittrügen.

Frau Straub führt aus, bezüglich der Fahrzeit – eine Frage des Abgeordneten Kalinka – seien verschiedene Minutenwerte in der Diskussion. Die Krankenkassen verließen sich auf die wissenschaftliche Expertise, was für den Normalfall zumutbar sei. Von Inseln und Halligen weg sei eine halbe Stunde nicht realistisch. Die Krankenkassen finanzierten Boardinghouse-Konzepte. Darauf sollte in der Schwangerenberatung hingewiesen werden, nicht nur durch die Krankenkassen. Die zumutbare Fahrzeit sollte vom G-BA festgelegt werden. Sie selber würde 45 Minuten den 30 Minuten vorziehen.

Die Krankenkassen wünschten, dass das Land aktiv in den Diskussionsprozess eingreife und sich gezielt für bestimmte Standorte starkmache, damit sich nicht Kliniken von der Versorgung abmeldeten, wie das derzeit geschehe, ohne dass Nachbarkliniken die Kapazität hätten, die Lücke zu füllen. Wenn eine Einrichtung unter 500 Geburten pro Jahr – dies gelte als Schwelle zu Wirtschaftlichkeit und Qualität – schließe, müsse woanders aufgestockt wer-

den. Auf den Einwand des Abgeordneten Dr. Garg, ein solches Vorgehen setze ein Gesamtkonzept voraus, verweist Frau Straub darauf, Frau Knoblich habe dargelegt, dass sich die Krankenkassen eine Analyse der Situation wünschten, die sich am prognostizierten Bedarf orientiere, wie viele Frauen im gebärfähigen Alter in einer Region lebten und wie viele nachwüchsen. Die sich herauskristallisierenden Standorte sollten gezielt gestärkt werden. Es sei nicht zu erwarten, dass das Konzept der Kooperation kleiner Kliniken mit Zentren zukunftsfähig sei, denn auch größere Standorte seien mit personellen Problemen konfrontiert.

Frau Knoblich antwortet auf Fragen des Abgeordneten Kalinka, zunächst müsse geklärt werden, wie das Konzept der Geburtshilfe für Schleswig-Holstein aussehen sollte, damit genau dorthin Mittel gelenkt werden könnten. Es sollte also nicht aktuell Geld ausgeschüttet werden, um in einigen Jahren zu erkennen, dass dieser Standort nicht überlebensfähig sei. Krankenhausplanung könne pro Kreis betrachtet werden oder für die Landesteile Schleswig und Holstein. Für die Geburtshilfe müsse ein Konzept entwickelt werden, das nicht an Kreisgrenzen haltmache, sondern für ganz Schleswig-Holstein vorhersage, wo Kinder zu erwarten seien.

Auf die Einschätzung des Abgeordneten Kalinka hin, keine Klinik in Schleswig-Holstein sei überflüssig, es gebe im Gegenteil Wartezeiten, und von „Gießkanne“ sollte nicht gesprochen werden, da das ein negativ besetzter Begriff sei, präzisiert Frau Knoblich, den Krankenkassen gehe es darum, durch eine Erhebung den Krankenhausbedarf festzustellen, auch, an welchen Orten dieser Bedarf bestehe. Bevor zusätzliche Gelder verteilt würden, müsse festgestellt werden, wo es zukunftsfähige Krankenhäuser gebe, die die Geburtshilfe in den kommenden zehn Jahren anbieten könnten, um diese ausreichend zu finanzieren.

Frau Straub entgegnet auf den Einwand der Abgeordneten Pauls, danach würde es in Ostholstein keine Geburtsklinik mehr geben, weil dort der Altersdurchschnitt sehr hoch sei, was ihrer Vorstellung von Daseinsvorsorge widerspräche, die begrenzten Ressourcen Geld und Personal müssten da eingesetzt werden, wo sie gebraucht würden. Es gebe nicht zu viel Geburtshilfe in Schleswig-Holstein – eine Frage des Abgeordneten Kalinka –, sondern dadurch, dass Standorte aufgegeben würden, zu wenig. Der Engpass sollte durch Aufbau an anderer Stelle beseitigt werden.

Abgeordneter Kalinka gibt zu bedenken, dass die Einwohnerzahl in Schleswig-Holstein steige, dass die Zahl der älteren Menschen zunehme, die größeren Behandlungsbedarf hätten,

es gebe viele Touristen, auch die Corona-Folgen seien nicht aufgearbeitet, und es gebe eine Arbeitsverdichtung mit vermehrtem Burnout. Somit nehme der Bedarf an medizinischer Versorgung zu.

Frau Straub antwortet, die Krankenkassen orientierten sich am Bedarf. Die Zahl der Geburten sei gestiegen; das würde im Konzept berücksichtigt. Die Krankenkassen setzten sich dafür ein, in einem Gebiet mit vielen älteren Menschen die Angebote für sie zu stärken. In Ostholstein würden etwa Geriatrieangebote verbessert, wahrscheinlich aber nicht die Geburtshilfe. Denn die sollte da vorhanden sein, wo viele junge Frauen lebten.

Frau Scholz informiert, die außerklinisch tätigen Hebammen seien per Gesetz verpflichtet, alle Zahlen bei der QUAG zu melden – Fragen der Abgeordneten Pauls und Schmachtenberg –, welche über den GKV-Spitzenverband finanziert werde. QUAG werde von internen und externen Audits überprüft, das werde vom GKV-Spitzenverband per Zufallsverfahren kontrolliert. Wenn die Qualitätsmanagementkriterien nicht erfüllt seien, habe der GKV-Spitzenverband nach § 134 a SGB V die Möglichkeit, einer Hebamme die Zulassung zu entziehen. Es gebe Hebammen, die sich nicht meldeten und keine Daten lieferten. QUAG wisse nicht, wer das sei, und könne somit nicht handeln, weil es keine Zahl gebe, wie viele Hebammen es gebe und wie viele außerklinische Geburtshilfe anböten. Frau Bertram arbeite daran, das für Schleswig-Holstein zu erfassen. 2018 habe es 141 Hausgeburten gegeben, 2021 253. Die Zahl der Geburtshausentbindungen hätten sich von 33 auf 65 verdoppelt. Mit Corona habe es einen Anstieg gegeben. Nicht eingerechnet seien die Anfragen, die nicht hätten bedient werden können. Warum es in Schleswig-Holstein verglichen mit anderen Bundesländern so wenige seien, sollte untersucht werden. Schleswig-Holstein sei ein Flächenland. Hannover habe einen Babynotarztwagen, es habe eine hohe Hausgeburtsrate gegeben. Das UKSH Lübeck habe einen Babynotarztwagen und fahre damit nach Bad Segeberg. Ein solcher sollte an allen Kliniken, an denen Pädiater seien, installiert werden und von der Hebamme direkt gerufen werden können. Wenn von einem solchen Zentrum Hausgeburten oder kleine Kliniken betreut würden, müsse das vergütet werden.

Einige Hebammen wollten in einer größeren Stadt in Schleswig-Holstein, wo es eine Klinik gebe, ein Geburtshaus gründen – eine Frage des Abgeordneten Hansen –, es sei am Geld gescheitert. Aus Sicht von QUAG sollte das Land die Anschubfinanzierung übernehmen. Auf die Präzisierung des Abgeordneten Hansen hin, er habe gefragt, wer die Betriebskosten tragen solle, antwortet Frau Scholz, die Betriebskostenpauschale werde über den Ergänzungs-

vertrag geregelt und aus dem Topf der Krankenkassen gezahlt. Es gebe Bundesländer – Schleswig-Holstein gehöre nicht dazu –, die zusätzlich einen Beitrag leisteten, etwa wegen der Energiepreissteigerung.

(Unterbrechung von 13:28 Uhr bis 14:05 Uhr)

6K Klinikverbund

Dr. Martin Blümke, Vorstandsvorsitzender

Johanniter-Krankenhaus Geesthacht

Frank Germeroth, Geschäftsführer, und Miriam Jens, leitende Hebamme

Herr Dr. Blümke teilt mit, der 6K Klinikverbund gehöre zu den größeren Standorten. Der Verbund plädiere dafür, einen ressourcenorientierten Ansatz zu wählen, da das Personal knapp sei. Eine Zentralisierung der Geburtshilfeeinrichtungen, wenn auch mit Augenmaß, sei nicht zu vermeiden. Daten darüber, wie viele Hebammen verfügbar seien und welche personellen Wünsche sie hätten, sollten erhoben werden. 1.000 Geburten pro Jahr mit Schwankungen um 200 bis 300 seien eine gute Messzahl; damit seien die Wegezeiten der werdenden Eltern tragbar. Die Refinanzierung sei sekundär; sie hänge auch nicht mit der Zahl 1.000 zusammen. Aus Sicht des 6K-Verbundes sei eine gut funktionierende pädiatrische Mitversorgung der Geburtsstandorte unverzichtbar. Das sei nicht zwingend eine Kinderklinik, es gebe gute Kooperationsmodelle. Das Westküstenklinikum Heide und das Klinikum Nordfriesland arbeiteten auf diese Weise.

Schleswig-Holstein brauche ein Boardinghouse-Konzept, das vom Land zu finanzieren sei. Die Krankenkassen seien weder willens noch geeignet, das zu tun. Wie in Skandinavien sollten werdende Eltern eine gewisse Zeit vor der Geburt kostenfrei darin leben können.

Dass Hebammen akademisch ausgebildet würden, sei gut, die praktische Ausbildung führe jedoch dazu, dass viel Zeit der Hebammen in den Kliniken gebunden werde und die Personalressource sich weiter verknappe. Dadurch würden weniger Frauen ausgebildet, nötig sei jedoch das Gegenteil.

Herr Germeroth korrigiert, er sei lediglich Interimsmanager des Johanniter-Krankenhauses Geesthacht. Sodann informiert er, die Klinik sei ein Level-4-Krankenhaus und betreibe eine Gynäkologie und Geburtshilfe und versorge außer dem südlichen Schleswig-Holstein auch Patientinnen aus Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Niedersachsen. Pro Jahr gebe es 750 bis 800 Geburten. Es gebe einen Kooperationsvertrag mit dem Städtischen Klinikum Lüneburg. Der Kinderarzt brauche 30 Minuten Fahrzeit. Assistenzarzt und Oberarzt arbeiten im Vordergrunddienst. Die Fachärzte seien im Haus und innerhalb weniger Minuten im Kreißaal. Im Pflegebereich gebe es Personalnot, nicht jedoch bei den Hebammen, von denen es insgesamt 14 gebe, nicht alle in Vollzeit.

Die Hebammen, die angestellt seien, hätten einen guten Teamgeist und seien zufrieden, im Gegensatz zu Schilderungen aus anderen Häusern, auch wenn die Arbeitsbelastung hoch sei. Die Sectorate betrage 21 Prozent und liege damit 10 Prozentpunkte unter dem schleswig-holsteinischen Schnitt und auch deutlich unter dem Bundesschnitt. Die Geburtshilfe habe in Geesthacht einen hohen Stellenwert, die Zufriedenheit der Mütter und Väter sei groß. Daran sei zu erkennen, dass auch ein Level-4-Haus eine Daseinsberechtigung habe. Wenn die Geburtshilfe in Geesthacht schließen müsste – was nicht angedacht sei –, könnte das aktuell kein größeres Zentrum auffangen.

Die Geburtshilfe sei defizitär, eine Sofortmaßnahme sei nötig. Zwar habe Bundesminister Lauterbach 1,4 Milliarden Euro für die notleidende Geburtshilfe thematisiert, jedoch appelliere er, Frank Germeroth, auch an das Land, die Klinik zu unterstützen. Sie könne nicht warten, bis ein Konzept ausgearbeitet sei; ab Januar sei Liquidität vonnöten.

Der Denkansatz der Krankenkassen von soeben, wo überwiegend ältere Menschen lebten, brauche es keine Geburtshilfe, führe in die Irre. Schleswig-Holstein sei ein Flächenland und brauche Zuwanderung aus den Ballungsgebieten und aus dem Ausland. Junge, qualifizierte Fachkräfte würden gesucht. Sie würden sich nur dort niederlassen, wo sie ihre Kinder bekommen könnten und wo es gute Schulen gebe. Ansonsten vergreisten einige Gebietskörperschaften. So dürfe keine Gesundheitsstruktur geplant werden.

Frau Jens, leitende Hebamme und Pflegerische Leiterin für den Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie, berichtet, sie arbeite seit mehr als 20 Jahren als Vollzeithebamme am Johanniter-Krankenhaus in Geesthacht. Obwohl Geesthacht ein Level-4-Krankenhaus sei, habe es eine Neonatologie gehabt, in der überwachungspflichtige Neugeborene, etwa wenn sie i.v.-

Antibiose-pflichtig gewesen seien, aufgenommen worden seien, sodass das Kind nicht von der Mutter getrennt sei. Ein Kinderarzt komme sechsmal pro Woche vom über 20-jährigen Kooperationspartner, dem Städtischen Klinikum Lüneburg, das dadurch entlastet sei und sich auf schwierige Fälle konzentrieren könne. Die Zusammenarbeit laufe reibungslos.

Hamburg habe ab 2024 50 Hebammenabsolventinnen, in Schleswig-Holstein gebe es 35 Studienplätze. Eine Änderung der Verordnung zur Festlegung von Pflegeplanuntergrenzen, PpUGV, sei nötig, da nicht genug ausgebildet werden könne, weil in den bettenführenden Stationen gemäß dem Schlüssel nur wenige Hebammen tätig sein dürften. Auf der anderen Seite bekundeten viele Hebammen in Ausbildung, die zum Teil schon vorher anderweitig berufstätig gewesen seien, sie wollten nicht in einer Level-1-Klinik arbeiten, weil die Arbeitsbedingungen schlecht seien. Abhilfe könne durch die Einrichtung von hebammengeführten Kreißsälen geschaffen werden. Viele bevorzugten die Arbeit in einem kleineren Haus mit hoher Betreuungsqualität. Messzahl sollte nicht die Zahl der Geburten pro Jahr, sondern das Personal für eine 1:1- oder 1:2-Betreuung sein. 6.000 Geburten pro Jahr erforderten eine entsprechend hohe Zahl von Hebammen zur qualifizierten Betreuung.

Frau Jens schildert einen Arbeitstag, wie sie ihn in einem Level-1-Haus erlebt habe: um 6:30 Uhr eine Frühgeburt in der 25. Woche, um 9 Uhr die Geburt einer Frau mit HELLP-Syndrom, um 12 Uhr eine Drittgebärende ohne Risiko, die eine Wassergeburt gewünscht habe. Ein solches Umschwenken von der Pathologie auf die Physiologie sei kaum zu leisten. Es brauche ein Konzept, damit Frauen die beste Geburt bekämen, was nicht identisch mit Maximalversorgung sei.

* * *

Abgeordneter Dr. Garg vertritt die Ansicht, wenn Versorgungsbedarfe ermittelt würden, sektorenverbindend geplant werde und die Politik dann entscheide, sei es möglich, dass das Ergebnis besser sei als der Status quo. Es werde eine Konzentration geben müssen, jedoch flächendeckend und mit Augenmaß.

Herr Dr. Blümke legt dar, eine Klinik habe stets ein Mischspektrum – eine Frage der Abgeordneten von Kalben –, physiologische Geburten und medizinisches Eingreifen, die Häufigkeiten unterschieden sich. Es müsse ein Modell gefunden werden, dass auch in einem Level-1-Haus hebammenbegleitete Geburten stattfinden könnten, in Absprache mit den Gynä-

kologen und Gynäkologinnen. Abgeordnetem Dr. Garg sei zuzustimmen, dass es eine Konzentration geben müsse; Kliniken mit 300 bis 400 Geburten im Jahr seien weder personell darstellbar noch finanzierbar. Kooperationen – ebenfalls eine Frage des Abgeordneten Dr. Garg – sollte es ausschließlich mit Pädiatern geben, nicht mit Hebammen oder Gynäkologen. Eine Kooperation in räumlicher Nähe sei eine gute Sache, da Risiken zumeist im Vorfeld erkannt würden und man steuern könne. Wenn Modelle eindeutig beschrieben seien, könnten auch Level-4-Häuser existieren. Schleswig-Holstein sei auf einem guten Wege. Der FDP-Antrag fordere, die Geburtshilfe an den Standorten des UKSH zu stärken. Nötig sei jedoch die finanzielle Unterstützung sämtlicher gut funktionierender Geburtsstandorte, da fast alle defizitär seien. Was vom Bund an Finanzmitteln avisiert sei, reiche nicht aus. Wenn gute Arbeitsbedingungen geschaffen werden sollten, seien Investitionen und neue Konzepte nötig, was mit Kosten verbunden sei.

Frau Jens antwortet auf Fragen der Abgeordneten von Kalben und Kalinka nach besseren Arbeitsbedingungen für Hebammen, in Geesthacht gebe es viel Eins-zu-eins-Betreuung, es gebe ein familiäres Umfeld und Zeit, was Komplikationen vermeiden helfe. In der geburtshilflichen Sprechstunde selektiere die Leitende Oberärztin, wer für die Level-4-Klinik geeignet sei. Das sei zeitintensiv, erhöhe jedoch die Zufriedenheit.

Auf Nachfrage des Abgeordneten Kalinka nach der Quote der Komplikationen führt Frau Jens aus, 0,1 Prozent der Kinder brauchten intensivmedizinische Unterstützung und hätten Reanimationsbedarf; 1 Prozent der Kinder müssten unterstützt werden, das bedeute, stimuliert, gewärmt oder zum Atmen angeregt. Darüber hinaus entwickle sich ein Bedarf, etwa durch eine Infektion, was von einem Notfall während der Geburt zu unterscheiden sei. Solche Kinder könnten auch in einer Level-4-Klinik vom Pädiater einer kooperierenden Klinik versorgt werden.

Auf eine weitere Nachfrage des Abgeordneten Kalinka nach der Berechtigung von Level-4-Häusern antwortet Frau Jens, es werde im Vorfeld selektiert, sodass erwartbare Komplikationen einem höheren Versorgungslevel zugeordnet würden. Nur ganz wenige deutsche Frauen würden keine oder nicht genug Voruntersuchungen machen – eine weitere Nachfrage des Abgeordneten Kalinka –, vorwiegend betreffe das Migrantinnen. Die Vorsorge sei etabliert.

Es gebe Hebammen, die lieber physiologische Geburten in einem Hebammenkreißsaal betreuten – eine Nachfrage der Abgeordneten von Kalben –, und solche, die eher medizinisch anspruchsvollere Geburten begleiteten. Ein solches Konzept werde sowohl den Gebärenden als auch den Hebammen gerecht.

In einem einzigen Fall sei eine Frau vom UKSH Lübeck nach Geesthacht geschickt worden – eine Frage der Abgeordneten Pauls –, sie habe den errechneten Entbindungstermin um zwölf Tage überschritten, und ihre Frauenärztin habe nach einer Ausweichklinik gesucht, in der die Geburt sofort eingeleitet werden könne.

Auf die Frage des Abgeordneten Kalinka, ob eine Kooperation mit einem kleineren Haus denkbar sei, wiederholt Herr Dr. Blümke seine Auffassung, ein Haus mit 300 bis 400 Geburten im Jahr sei weder medizinisch noch wirtschaftlich sinnvoll. Sein Haus, das WKK Heide, schicke Pädiater zum Klinikum Nordfriesland nach Husum, weil die Personaldecke genügend groß sei. Es sei nicht falsch, dass es Kliniken gebe, die Geburtshilfe auf einem niedrigeren Level anböten. Hier seien Kooperationsmodelle umsetzbar. Auch in einem Level-1-Haus gebe es unproblematische Geburten. Die Frauen hätten sich für die medizinische Sicherheit entschieden, aber die Sache auf sich zukommen lassen, und das sei in Ordnung. Die Trennung in hausgeburthliches Ambiente und Notfallmedizin könnten Level-1-Häuser derzeit nicht schaffen, weil das personalintensiv sei. Das Modell sei ideal, auch für die Mitarbeiterakquise – eine Nachfrage des Abgeordneten Kalinka –, es sei aber wegen der mangelnden Verfügbarkeit für die kommenden zehn Jahre nicht darstellbar.

Abgeordneter Kalinka gibt zu bedenken, wenn man rein wirtschaftlich argumentiere, verbrauchten kleinere Kliniken Ressourcen, die den größeren dann nicht mehr zur Verfügung stünden. Auf der anderen Seite rühre ein Teil der hohen Belastung großer Häuser daher, dass sie in weniger gravierenden Fällen tätig werden müssten, die auch in kleineren Einheiten versorgt werden könnten. Die Politik sollte jedoch dafür sorgen, dass jede Frau die Möglichkeit habe, zu wählen, ob sie von Sicherheit umgeben sein oder familiär betreut werden wolle.

Abgeordneter Dr. Garg erinnert daran, nach dem Plan der Bundesregierung solle die Vergütungsänderung in der Geburtshilfe vorgezogen werden; nur noch Level-4-Häuser mit Pädiatrie würden zusätzlich vergütet. Ein solches gebe es in Schleswig-Holstein nicht. Von daher komme Kooperationen eine große Bedeutung zu. Die Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg

hätte mit einem Kooperationspartner, so schwierig die Suche auch sein möge, weiterbestehen können. Ob eine Klinik mit weniger als einer Geburt pro Tag festgelegte Qualitätsanforderungen erfüllen könne, sei fraglich. Diese Entscheidung müsse aber von der Politik getroffen werden.

Herr Germeroth informiert, dass große Häuser in der Geburtshilfe ebenfalls defizitär arbeiten, auch wenn der Zusammenhang nicht linear sei. Die DRG sei mit 1.906 Euro für eine vaginale, komplikationslose Geburt bewertet. Das Johanniter-Krankenhaus Geesthacht habe pro Geburt ein Defizit von 1.000 Euro. Das Krankenhaus habe fest vor, die Geburtshilfe weiterzuführen. Die Finanzierung sei jedoch nicht gesichert.

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Campus Kiel

Prof. Dr. Nicolai Maass, Klinikdirektor

Prof. Dr. Ulrich Pecks, Leiter der Geburtshilfe

[Umdruck 20/426](#)

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Prof. Dr. Ulrich Pecks, Oberarzt und Leiter der Geburtshilfe

[Umdruck 20/426](#)

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Prof. Dr. Achim Rody, Direktor

[Umdruck 20/426](#)

Herr Dr. Pecks stellt anhand einer PowerPoint-Präsentation die Position des UKSH und auch der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. vor, [Umdruck 20/629](#). Die Müttersterblichkeit werde nicht systematisch erfasst, da Todesfälle nach Verlegung in ein anderes Haus oder spätere tödliche Komplikationen nicht in die Geburtsstatistik einfließen. Dasselbe gelte für die Neugeborenensterblichkeit. Der pH-Wert des Nabelschnurblutes werde gemessen, die Folgen und Spätfolgen einer Azidose gingen jedoch nicht ein. Die Zeit von der Entscheidung für einen Notfallkaiserschnitt bis zur Entbindung sollte 20 Minuten nicht überschreiten, was zu lange sei; das UKSH habe sich 10 Minuten zum Ziel gesetzt.

Herr Dr. Rody nennt die Rahmenbedingungen für die klinische Geburtshilfe der Zukunft, [Umdruck 20/426](#), Anlage 2. Boardinghouse-Konzepte müssten auch das ambulante Operieren einbeziehen, da eine Frau von weither nicht wohnortnah fachärztlich betreut werden könne. Luft- und bodengestützte Transportmöglichkeiten müssten in ein solches Konzept eingebracht werden. Risikofaktoren müssten früh identifiziert werden. Eine Geburt, die im Durchschnitt rund 16 Stunden dauere, werde mit etwa 1.600 Euro bezahlt und, eine Blinddarmentfernung, die eine halbe bis eine Stunde benötige, mit 4.200 Euro. Als Fazit sei festzuhalten, eine zunehmend risikobehaftete Geburtshilfe treffe auf personell inadäquat ausgestattete Kliniken, die finanziell unterversorgt seien.

Herr Dr. Maass informiert, er sei Mitglied des Qualitätszirkels zum Thema Geburtshilfe. Aufgrund seiner früheren Tätigkeit in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Baden-Württemberg stellte er fest, in Schleswig-Holstein kooperierten alle Häuser in exzellenter Weise, was andernorts nicht in diesem Maße der Fall sei. Es gebe keine Konkurrenz zwischen den Kreißsälen, sondern gegenseitige Hilfe. Als die Geburtshilfe in Eckernförde geschlossen worden sei, habe das UKSH Kiel die dortigen Schwangeren und einen Teil der Hebammen übernommen.

* * *

Herr Dr. Maass berichtet auf die Frage der Abgeordneten Pauls zur Schließung der Geburtshilfe in Eckernförde, hochschwängere Frauen hätten nicht beim Kooperationspartner imland Klinik in Rendsburg entbinden wollen oder können, sodass sein Haus sie kurzfristig übernommen habe. Es habe die Möglichkeit, Beleghebammenverträge zusätzlich zu den festangestellten Hebammen abzuschließen. Acht bis zehn solcher Verträge seien mit Hebammen aus Eckernförde geschlossen worden. Personelle Engpässe gebe es in allen Kliniken im OP-Bereich sowie bei Pflegekräften und Hebammen auf den Stationen. Zwei Stationen hätten deswegen geschlossen werden müssen.

Im Städtischen Krankenhaus in Kiel gebe es einen Mangel bei Pflegekräften, Hebammen, Personal im Anästhesiebereich sowie in der neonatologischen Versorgung. Kooperationen – eine Frage des Abgeordneten Kalinka – fänden in räumlicher Nähe statt und müssten gut vorbereitet sein, nicht, wie es in Henstedt-Ulzburg oder in Preetz geschehen sei. Angaben zu maximalen Wegezeiten – eine weitere Frage des Abgeordneten Kalinka – seien schwierig zu machen. In der Eifel gebe es Gegenden, wo eine Entfernung von 10 km eine halbe Auto-

stunde bedeute. In Schleswig-Holstein seien 30 Minuten erreichbar, wiewohl das zu lange sein könne, wenn ein Notkaiserschnitt erforderlich sei oder ein Pädiater hinzugezogen werden müsse.

Herr Dr. Rody ergänzt, die maximale Fahrzeit von 40 Minuten sei aus der Erfahrung heraus erwachsen, das sei nicht evidenzbasiert. Bei der Geburtshilfe in Lübeck gebe es keine Personalprobleme – eine Frage des Abgeordneten Kalinka –, weil diese stets Vorrang habe. Als Konsequenz sei denkbar, dass eine Operation in der Gynäkologie verschoben werden müsse.

Ärzte wanderten in Unternehmensberatungsfirmen sowie in die Pharmaindustrie ab – eine Frage der Abgeordneten von Kalben –, das gelte auch für die Übersiedlung ins Ausland, dort auch in Kliniken. Um das Arbeiten sofort attraktiver zu machen, müsse der Personalschlüssel aufgestockt werden. Wenn die Anzahl der Studierenden erhöht werden solle, dauerte es zehn bis zwölf Jahre, bis entsprechende Personen Facharzt oder Fachärztin seien.

Auf die Frage des Abgeordneten Kalinka, ob Kooperationen längerfristig geplant werden müssten, antwortet Herr Dr. Maass, dieses Thema sei seit zehn Jahren virulent. Es sei schwierig, das konstruktiv umzusetzen. Aufgrund des Personalmangels sei der Druck zum Handeln groß. Eine Klinik dürfe jedoch erst dann geschlossen werden, wenn die Kooperation festgelegt sei und die Zentren räumlich und personell adäquat ausgestattet worden seien. Die räumliche Ausstattung eines Zentrums spiele bei der Kooperation eine große Rolle, ergänzt Herr Dr. Rody. Der Neubau in Lübeck sei für 1.300 Geburten im Jahr geplant worden. Durch Schließungen werde die Zahl auf 1.850 bis 1.900 steigen, was mit vier Kreißsälen zu machen sei, nicht jedoch, wenn die Besetzung auf den Stationen gleich bleibe. Unter Umständen müsse gebaut werden, was Zeit in Anspruch nehme.

Auf die Erkundigung des Abgeordneten Kalinka, ob Personal und Räume beim UKSH ausreichen, entgegnet Herr Dr. Pecks, das UKSH sei ein Level-1-Haus, und die genannten Personaluntergrenzen betreffen Level-4-Häuser. Sein Haus habe eine 3/3/3-Ausstattung, Schichtbetrieb für Hebammen, ein Oberarzt oder eine Oberärztin sei rund um die Uhr und an sieben Tagen in der Woche im Haus, das Gleiche gelte für zwei Assistenten oder Assistentinnen. Der Campus Kiel habe einen Erweiterungsbau bekommen, fügt Herr Dr. Maass an, und jetzt gebe es neue Pläne; die Zentralisierung habe sich abgezeichnet. Es würde auch

über das Modell eines hebammengeleiteten Kreißsaales – eine Frage der Abgeordneten von Kalben – in unmittelbarer Nähe des UKSH nachgedacht.

Herr Dr. Rody fährt fort, in Lübeck sei erstmals in Deutschland die universitäre Ausbildung zur Hebamme eingeführt worden. Es sei eine Erfolgsgeschichte. Im letzten halben Jahr hätten sieben Absolventinnen einen Arbeitsvertrag mit seinem Hause unterschrieben. Gemeinsam mit dem Hebammenstudiengang sei ein Versorgungsforschungsantrag beim Land Schleswig-Holstein zur Initiierung eines hebammengeleiteten Kreißsaales gestellt worden, der bewilligt worden sei. Wegen Corona habe sich das Ganze verzögert. Es sei ein Neubau vonnöten, in dem ein hebammengeführter Kreißsaal integriert sei, in unmittelbarer Nähe zur Maximalversorgung.

Klinik Preetz

Alexander M. Gross, Leiter

[Umdruck 20/425](#)

Klinikum Nordfriesland gGmbH

Stefan W. Unger, Geschäftsführer

[Umdruck 20/421](#)

Marienkrankenhaus

Volker Krüger, Geschäftsführer

Herr Alexander Gross stellt die Schwerpunkte seiner Stellungnahme vor, [Umdruck 20/425](#).

Herr Unger schildert den Istzustand seines Hauses, [Umdruck 20/421](#). Die Geburtshilfen auf den Inseln Sylt und Föhr sowie am Standort Niebüll seien geschlossen worden. Somit gebe es in Husum die einzige klinische Geburtshilfe im Nordwesten des Landes. Husum liege mehr als 45 Autominuten von der nächsten Geburtshilfe entfernt, im Süden Heide, im Osten Schleswig und im Nordosten Flensburg. Das Klinikum Nordfriesland habe in den letzten Jahren eine Verlegungsquote sowohl bei den Schwangeren als auch bei den Neugeborenen von 3 Prozent gehabt, was für die große Fachkompetenz des Hauses spreche. Eine Schließung von Husum würde nicht automatisch zu einer besseren Personalausstattung in umliegenden Kliniken führen, da die Fachkräfte sich oftmals anders orientierten. Für die Zukunft könnte es

verbindliche Kooperationen geben, wie sie schon jetzt zwischen dem Klinikum Nordfriesland und dem WKK Heide laufe, was zu einem Level 4+ führen könnte. Es werde eine gewisse Konzentration geben. Das sei ein Weg von der Grund- und Regelversorgung über die Schwerpunkt- bis zur universitären Maximalversorgung nicht nur in der Geburtshilfe, sondern auch für andere Bereiche, um dem Fachkräftemangel und den begrenzten finanziellen Mitteln Rechnung zu tragen. Die Landesregierung müsse auf die Bundesregierung einwirken, um die Geburtshilfe auskömmlich zu finanzieren, damit am Ende nicht die Kommunen die Last zu schultern hätten.

Herr Krüger berichtet, das Marienkrankenhaus in Lübeck sei die letzte belegärztlich tätige Geburtsklinik in Schleswig-Holstein und hinter zwei Häusern in München und Darmstadt mit 1.400 Geburten im Jahr die drittgrößte Geburtsklinik der Grund- und Regelversorgung in Deutschland und die größte in Schleswig-Holstein. Geburten machten 45 Prozent des Umsatzes aus, die gesamten gynäkologischen Leistungen 60 Prozent. Der Rest geschehe fast ausschließlich im OP aus den Fachgebieten Allgemeinchirurgie, Urologie und HNO. Der Standard sei trotz Level 4 hoch. Rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche sei ein Arzt oder eine Ärztin anwesend, es gebe einen Facharztstandard, was facharztgleiche Assistenzärzte bedeute, die entweder in der Weiterbildung seien oder langjährig als Assistenzärzte in der Geburtshilfe tätig seien. Jedoch sei der Belegarzt stets rechtzeitig vor Ort; nur so dürfe er mit der Krankenkasse abrechnen. Fachärzte für Anästhesie und Pädiatrie seien in Rufbereitschaft. Es gebe eine Kooperation mit sieben Ärzten in fünf pädiatrischen kinderärztlichen Praxen. Ansonsten gebe es eine Kooperation mit der Kinderklinik des UKSH Lübeck. Der Babynotarzwagen müsse nur wenige Male im Jahr eingesetzt werden. Die Verlegungsquote habe im letzten Jahr bei 3,5 Prozent gelegen, im laufenden Jahr betrage sie 2,7 Prozent. Der Bundesdurchschnitt liege bei knapp 11 Prozent. Es gebe regelmäßige Notfall- und Reanimationstrainings zusammen mit dem Team des UKSH, und zwar auch schon, bevor es Pflicht geworden sei. Die Personalsituation sei angespannt, aber besser als in manch anderer Klinik. Im Moment würden drei Hebammen ausgebildet. Im letzten Jahr habe es 300 Bewerbungen für Hebammenstudienplätze gegeben, im laufenden Jahr 170. Offene Stellen würden rasch besetzt. Engpass sei der belegärztliche Nachwuchs. Es gebe neun Belegärzte, die sich gegenseitig verträten und das Haus rund um die Uhr versorgten. Ein Arzt sei weggegangen, einer wolle weg, mache aber weiter, weil er keinen Nachfolger gefunden habe, eine dritte Ärztin werde in absehbarer Zeit ausscheiden. Kurzfristig könne das aufgefangen werden, auf lange Sicht werde es jedoch schwierig.

Die Level-4-Geburtshilfe sei unterfinanziert. Die Versicherungsprämien für Belegärzte seien von 2016 auf 2017 auf das Vierfache gestiegen. Praktisch bedeute das, ein Belegarzt müsse 120 Frauen entbinden, bis er seine jährliche Versicherungsprämie bezahlt habe, und zwar neben seiner Arbeit in der Praxis. Auch in Häusern mit 3.000 bis 4.000 Entbindungen werde ein Großteil der Haftpflichtprämien für die Geburtshilfe ausgegeben. In der Betriebskalkulation werde das nicht auf die geburtshilflichen DRGs umgelegt, sondern auf das ganze Haus verteilt. Das Belegsystem werde vonseiten der KBV und auch des BMG nicht gepflegt.

Durch die Priorisierung im Landeskrankenhausgesetz werde das Marienkrankenhaus auf absehbare Zeit keine Fördermittel bekommen, weil es keinen Hubschrauberlandeplatz oder kein Perinatalzentrum habe. Aus eigener Kraft sei dieses Haus nicht in der Lage, zu investieren.

Das Marienkrankenhaus müsse keinen Notfallabschlag zahlen, da es eine Notfallversorgung in der Geburtshilfe vorhalte. Das werde von den Kostenträgern beklagt. Sollte diese Klage Erfolg haben, müsste die Klinik 60 Euro pro Krankenhausfall bei einer DRG unter 2.000 Euro zahlen, genauso viel wie eine Spezialklinik für eine Nierentransplantation für mehrere hunderttausend Euro ohne Notfallversorgung. Die Versorgung eines gesunden Neugeborenen mit einer Fallpauschale von 250 Euro werde als separater Fall gezählt. Jede Entbindung würde somit zwei Fälle und zwei Abschläge bedeuten. Das sei eine Strukturbereinigung auf kaltem Wege. Das Marienkrankenhaus habe auf der Wochenstation auch Hebammen eingesetzt, auch wenn sie teurer als Krankenschwestern seien. Nach dem PpUGV werde eine Hebamme auf der Station mit dem Faktor 0,1 gezählt. Das bedeute, auf einer Station mit zehn Wöchnerinnen müssten, wenn es keine Nachtschwester gebe, zehn Hebammen eingesetzt werden. Obendrein sei geplant, sie aus dem Pflegebudget zu entfernen.

Es gebe sehr viele Geburten im Marienkrankenhaus, es gebe stabile Strukturen und bessere Arbeitsbedingungen als in großen Kliniken. Die meisten Hebammen – deren Arbeitszufriedenheit sei hoch – seien zu zwei Dritteln im Krankenhaus beschäftigt und daneben in der Vor- und Nachsorge freiberuflich tätig. Im Falle einer Schließung würden sie nicht in ein Perinatalzentrum wechseln. Die Verzahnung zwischen ambulant und stationär laufe gut, die Belegärzte – die früher Oberärzte in Kliniken gewesen seien – kennten ihre Patientinnen. Es gebe einen hohen Standardisierungsgrad und eine exakte Risikoselektion. Das Haus könne bei 1.300 bis 1.400 Geburten im Jahr kostendeckend arbeiten. Gleichwohl stecke die Klinik

in wirtschaftlichen Schwierigkeiten und lebe von den Bundeszuschüssen. Die vom Bund angekündigten Gelder seien auskömmlich.

Das Marienkrankenhaus als Level-4-Klinik mit seiner hohen Qualität und den guten Strukturen arbeite wirtschaftlich. Die Kooperation mit dem UKSH Lübeck sei auf einem guten Wege. Laut Herrn Dr. Hillebrand seien 80 Prozent aller Geburten für Level-4-Häuser geeignet. In Schleswig-Holstein seien das knapp 17.000 Geburten im Jahr. Kein Haus mit einem höheren Level könne eine Level-4-Entbindung kostendeckend erbringen.

* * *

Auf die Frage der Abgeordneten Hildebrand nach dem Schließen der Lücke durch drei ausscheidende Belegärztinnen oder -ärzte antwortet Herr Krüger, für einen Arzt sei ein Nachfolger gefunden. Ein zweiter mache vorerst weiter, wenn auch reduziert. Die Ärztin, die zum Jahreswechsel habe ausscheiden wollen, habe das um ein Quartal verschoben. Sie würde ihre Praxis weiterführen und nur mit der Geburtshilfe aufhören. Im Moment würde die Lücke von den übrigen Ärztinnen und Ärzten gefüllt, was jedoch nicht über Jahre fortgesetzt werden könne. Es sei davon auszugehen, dass zusammen mit dem UKSH eine Lösung gefunden werde.

Abgeordnete Pauls erkundigt sich bei Herrn Unger nach der Situation des Rettungswesens in Nordfriesland. – Abgeordnete von Kalben fragt, ob das Modell des Marienkrankenhauses in Lübeck auf einen ländlichen Raum wie Nordfriesland übertragbar sei.

Herr Unger legt dar, dass die Diskussion um die Notfallversorgung sein Klinikum nicht betreffe, daher könne er sich nicht dazu äußern. Der Qualitätszirkel sei mehr oder weniger eingeschlafen. Dadurch leide jedoch nicht die Qualität der Geburtshilfe im Klinikum. Zu Kooperationsmodellen legt er dar, dass man in Nordfriesland beweise, dass es auch im ländlichen Bereich funktionieren könne. Allerdings würde – wie bereits dargestellt – nur eine sehr geringe Zahl an Verlegungen vorgenommen.

Mother Hood

Katharina Desery, Vorstand

[Umdruck 20/447](#)

Frau Desery trägt die Schwerpunkte ihrer Stellungnahme vor, [Umdruck 20/447](#). Level-4-Häuser in Schleswig-Holstein betreuten zwischen 600 und 1.800 Geburten pro Jahr. Kleinere Abteilungen seien bereits geschlossen. Schwangeren würde inzwischen geraten, sich eine zweite Klinik zu suchen, falls die erste geschlossen oder überfüllt sei. Laut Studien seien 30 Prozent der jungen Mütter aufgrund der Geburtserfahrung traumatisiert. 15 bis 50 Prozent hätten Gewalt oder Respektlosigkeit in der Geburtshilfe erlebt. Wenn hier angesetzt werde, erhöhe sich die Sicherheit. Es sei zu fragen, ob die Quote von 10 Prozent behandlungsbedürftiger Neugeborener durch eine bessere geburtshilfliche Begleitung gesenkt werden könne. Mother Hood lehne Boardinghäuser ab. Hier sei versäumt worden, Frauen zu fragen, was sie wünschten.

* * *

Frau Desery stimmt Abg. von Kalben zu, dass nicht von „den Frauen“ gesprochen werden könne. Am Institut für Psychologie der Universität Bonn gebe es unter der Leitung von Lisa Hoffmann das Forschungsprojekt „Mindset, Partnerschaft und Geburt“. Die Wünsche der Frauen in Bezug auf die Geburt divergierten stark. Alle Frauen seien sich jedoch darin einig, dass sie gut betreut werden möchten. Es gebe Überlegungen, Frauen in der Frühphase der Geburt, wenn sie sich auf den Weg machten, telefonisch oder per Video von einer Hebamme begleiten zu lassen. Studien zur optimalen Fahrzeit gebe es in Deutschland nicht. Eine Studie aus Schweden sei zu dem Schluss gekommen, dass eine längere Fahrzeit mit einer höheren Mortalität einhergehe, eine aus den Niederlanden unterstreiche, dass kürzere Wege besser seien. Aus anderen Ländern gebe es Untersuchungen, wonach längere Fahrzeiten in Ordnung seien. Auf die Frage der Vorsitzenden nach Alternativen zum Boardinghouse-Konzept antwortet Frau Desery, dazu müssten die betroffenen Frauen befragt werden.

Auf die Darlegungen der Abgeordneten Pauls und von Kalben hin, warum es für Inselbewohnerinnen Boardinghäuser gebe, führt Frau Desery aus, Frauen müssten gefragt werden, welche Vorstellungen sie hätten. Mit ihnen zusammen müssten Konzepte entwickelt werden. Sie selber habe davon gehört – das sei unbestätigt –, dass die Kaiserschnittquote bei Schwangeren von den Inseln höher sei. Im WKK Heide liege die Quote bei 39 Prozent, in der Klinik in Husum bei 36 Prozent.

Die Lage in Schleswig-Holstein – eine Frage des Abgeordneten Kalinka – sei wegen der Inseln und dem Meer auf zwei Seiten nicht mit Mecklenburg-Vorpommern oder Niedersach-

sen zu vergleichen. Längere Anfahrtswege seien in vielen Teilen der Republik ein Thema. In Ballungszentren seien überfüllte Kreißsäle und Personalmangel das Problem. Überall könnten Frauen aufgrund des Mangels an geburtshilflichen Einrichtungen kaum frei wählen, wo sie gebären wollten. Gewalt und Traumatisierung seien weitere durchgängige Themen. In ganz Deutschland würden Frauen vor dem Kreißaal zurückgewiesen. In Süddeutschland sei das System der Beleghebammen ausgeprägter als im Norden. In Nordrhein-Westfalen nehme es zu. Der GKV-Spitzenverband spreche sich gegen ein solches System aus, weil es teuer sei.

Mother Hood, ein Elternverein, auch ein Verband der Schwangeren, 2015 gegründet – eine Frage der Abgeordneten Pauls –, setze sich für eine bessere, evidenzbasierte geburtshilfliche Versorgung ein. Der Verein habe an der S3-Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ mitgearbeitet und sei gegenwärtig an anderen Leitlinienvorhaben beteiligt. Er sei mit einer Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss und sei mit Hebammen, Gynäkologen und Gynäkologinnen sowie mit Kliniken vernetzt, um zu erfahren, welches deren Nöte seien, und die eigenen Vorstellungen zu kommunizieren. Mother Hood sei in Hessen und in Baden-Württemberg am Runden Tisch des Sozialministeriums beteiligt, es habe gute Verbindungen ins nordrhein-westfälische Sozialministerium. Es gebe 1.500 Mitglieder. Vieles werde ehrenamtlich geleistet. Es gebe seit zweieinhalb Jahren das Hilfetelefon nach schwieriger und belastender Geburt. Aktuell gebe es das Projekt #BlackboxGeburt, eine Wanderausstellung zur Geburt während der Coronapandemie. Seit März 2020 seien mehr als 1.500 Erfahrungsberichte eingegangen.

Kreispräsident Plön

Stefan Leyk

Herr Leyk erinnert daran, dass der Schleswig-Holsteinische Landkreistag am 26. November 2021 mit der Vorgängerregierung zum Thema Krankenhausfinanzierung und Erhalt einer guten medizinischen Versorgung in Schleswig-Holstein in der Fläche diskutiert und sich mit einer Resolution an das Land gewandt habe. Die Resolution habe sich für eine gute medizinische Versorgung in der Fläche und für den Erhalt kleinerer Krankenhäuser im ländlichen Raum ausgesprochen. Die Klinik Preetz in Trägerschaft des Landkreises Plön, einziger Grund- und Regelversorger im Landkreis Plön, habe in den letzten 20 Jahren positive Wirtschaftsabschlüsse gehabt, auch inklusive der Geburtshilfe.

In Schleswig-Holstein gebe es 21 Aktivregionen, die mit ELER-Fonds-Mitteln gefördert würden. Unterstützt würden damit Tante-Emma-Läden oder Markttreffs. Für die Daseinsvorsorge trügen Kommunen, die Landkreise und kreisfreien Städte, und das Land Schleswig-Holstein gemeinsam Verantwortung, wozu eine wohnortnahe Versorgung in der Geburtshilfe gehöre. Der Beschluss auf der Mitgliederversammlung des Schleswig-Holsteinischen Landkreistages, der Vertreter aller Fraktionen angehörten, für eine gute Versorgung im ländlichen Raum sei nahezu einstimmig gewesen. Seit 2002 habe sich die Zahl der Plätze in der Geburtshilfe um die Hälfte reduziert. Eine Trendumkehr sei nötig. Schon von der Vorgängerregierung sei eine landesweite Bedarfsanalyse angestoßen worden. Krankenhausplanung sei Landesaufgabe, die Kreise seien Aufgabenträger. Der Kreis Rendsburg-Eckernförde müsse 2023 46 bis 47 Millionen Euro in die Defizitabdeckung stecken. Ein Krankenhaus in Flensburg habe Insolvenz angemeldet. 2022 seien rund 60 Prozent der Häuser defizitär, 2023 würden es bis zu 80 Prozent sein. Der Plöner Kreistag habe sich einstimmig für den Erhalt der Geburtshilfe in der Klinik Preetz ausgesprochen. In den vorliegenden Anträgen sprächen sich die Fraktionen für eine wohnortnahe Versorgung aus, was er, Kreispräsident Leyk, begrüße. Lösungen seien Kooperationen zwischen Level-1- und Level-4-Kliniken im Bereich der Neonatologie.

Der Bund dürfe nicht aus der Verantwortung entlassen werden. Denn Steigerungen bei den Kosten für Energie, Sachmittel und Personal trügen zu den Defiziten bei. Die Finanzierung von Einrichtungen mit wenigen Geburten sei nicht auskömmlich. Daher gebe es Sicherstellungszuschläge. Die Klinik Preetz bekomme ihn nicht, da die Vorgaben des G-BA für Erreichbarkeit oder Einwohnerzahl zu starr seien und Kiel in Reichweite sei. Es sei vorgekommen, dass sich das Städtische Krankenhaus Kiel und das UKSH wegen vollständiger Belegung abgemeldet hätten und die Notaufnahme der Klinik Preetz angefahren worden sei. Die Kooperation müsse in beide Richtungen laufen; momentan habe es beim UKSH, wiewohl es in der Vergangenheit geklappt habe.

Die geburtshilfliche Abteilung der Klinik Preetz mit 350 bis 400 Geburten müsse im Sinne der wohnortnahen Versorgung erhalten bleiben, der Kreis Plön würde sich entsprechend finanziell engagieren. Es sei falsch, kleinere Einheiten wegen Fachkräftemangel zu schließen; das helfe größeren Einheiten nicht, weil die Hebammen die Arbeit im familiären Umfeld schätzten. Sie würden sich eher in der Vor- und Nachsorge etablieren. Durch die aktuellen Schließungen seien das UKSH und das Städtische Krankenhaus in Kiel an ihre Kapazitätsgrenzen gestoßen. Das bedeute für die Gebärenden und das Personal Stress.

Der Landkreistag werde sich für die noch bestehenden Plätze in der Geburtshilfe einsetzen; die Gespräche seien angelaufen. Die Klinik Preetz sei zu einem Pilotprojekt bereit. Die Sicherstellungszuschläge des Bundes sollten auch kleinen Kliniken zugutekommen. Bezüglich des Ausfallfonds des BMG in Höhe von 8 Milliarden Euro für gestiegene Energiekosten sei Eile geboten. Die Personalkosten seien um 6 bis 7 Prozent, die Sachkosten um über 10 Prozent gestiegen, die Einnahmen dagegen lediglich um 2,31 Prozent und für 2023 eventuell um 4,5 Prozent, was nicht auskömmlich sei.

Die Vorsitzende, Frau Rathje-Hoffmann, dankt allen Anzuhörenden.

2. Verschiedenes

Die Vorsitzende kündigt an, am Donnerstag, 8. Dezember 2023, finde am Vormittag eine Anhörung zum Kita-Gesetz und nachmittags zum Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst statt.

Die Vorsitzende, Abgeordnete Rathje-Hoffmann, schließt die Sitzung um 17:25 Uhr.

gez. Katja Rathje-Hoffmann
Vorsitzende

gez. Thomas Wagner
Geschäfts- und Protokollführer