



Kleine Anfrage

der Abgeordneten Anita Klahn (FDP)

und

Antwort

der Landesregierung – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung

Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

—

1. Welche Krankenhäuser im Land haben Abteilungen für Geburtshilfe?

In Schleswig-Holstein verfügen 21 Krankenhäuser an insgesamt 24 Standorten über eine Abteilung für Geburtshilfe.

Tab. 1: Krankenhäuser mit Abteilungen für Geburtshilfe

Ort	Krankenhaus	Standorte	
Flensburg	Diakonissen-KH Flensburg	Flensburg	
Kiel	UKSH Campus Kiel	Kiel	
	Städtisches KH Kiel	Kiel	
Neumünster	Friedrich-Ebert-KH Neumünster	Neumünster	
Lübeck	UKSH Campus Lübeck	Lübeck	
	Marien-KH Lübeck	Lübeck	
Heide	Westküstenklinikum Brunsbüttel u. Heide	Heide	
Geesthacht	Johanniter-KH Geesthacht/Lauenburg	Geesthacht	
Ratzeburg	DRK-KH Mölln/Ratzeburg	Ratzeburg	
Husum	Klinikum Nordfriesland	Husum	Niebüll
Föhr	Inselklinik Föhr-Amrum	Wyk/Föhr	
Westerland	Asklepios Nordseeklinik Westerland	Westerland/Sylt	
Eutin	Sana Ostholstein Kliniken	Eutin	Oldenburg
Pinneberg	Regio-Kliniken	Pinneberg	
Preetz	KKH des Kreises Plön in Preetz	Preetz	
Rendsburg	KKH Rendsburg-Eckernförde	Rendsburg	Eckernförde
Schleswig	Schlei-Klinikum MLK	Schleswig	
Bad Segeberg	AK Segeberger Kliniken	Bad Segeberg	
Henstedt-Ulzburg	Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg/Kaltenkirchen	Henstedt-Ulzburg	
Itzehoe	Klinikum Itzehoe	Itzehoe	
Reinbek	KH Reinbek St. Adolf-Stift	Reinbek	

Stand 31.12.2013

Auf Sylt derzeit seit dem 01.01.2014 keine Geburten mehr.

2. Welche Krankenhäuser sind für die Versorgung von Risikoschwangerschaften ausgestattet?

3. Welche Krankenhäuser sind für die Versorgung von Frühgeburten ausgestattet?

Antwort zu Fragen 2 und 3 :

Die Zuordnung der Abteilungen für Geburtshilfe zu den Versorgungsstufen erfolgt nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses¹ (GBA) und der Richtlinie des GBA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V. Diese Richtlinie² wurde zuletzt in 2013 überarbeitet. Die überarbeitete Fassung trat am 01.01.2014 in Kraft (veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 11.11.2013 B3).

Die Ziele dieser Richtlinie bestehen

1. in der Verringerung von Säuglingssterblichkeit und von frühkindlich entstandenen Behinderungen und

¹ www.g-ba.de

² <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/>

2. in der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen unter Berücksichtigung der Belange einer flächendeckenden, das heißt allerorts zumutbare Erreichbarkeit der Einrichtungen. Hierzu definiert diese Richtlinie ein Stufenkonzept der perinatalogischen Versorgung. Sie regelt verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung von bestimmten Schwangeren und von Früh- und Reifgeborenen in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern. Zur Optimierung der perinatalogischen Versorgung haben Zuweisungen von Schwangeren in die Einrichtung nach dem Risikoprofil der Schwangeren oder des Kindes zu erfolgen. Die Krankenhäuser müssen die Anforderungen für die jeweilige Versorgungsstufe erfüllen, um die entsprechenden Leistungen erbringen zu dürfen.

Nach dieser Richtlinie werden geburtshilfliche Abteilungen vier Versorgungsstufen zugeordnet, dieses beinhaltet auch die entsprechende Versorgung von Risikoschwangeren.

Versorgungsstufe 1: **Perinatalzentrum Level 1**

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

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

Versorgungsstufe 2: **Perinatalzentrum Level 2**

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

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

Versorgungsstufe 3: **Perinataler Schwerpunkt**

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

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

Versorgungsstufe 4: **Geburtsklinik**

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

Schwangere ab 36 + 0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen.

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

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

Tab. 2: Übersicht über die geburtshilflichen Einrichtungen nach der Versorgungsstufe

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

Stand: 31.12.2013

Auf Sylt derzeit seit dem 01.01.2014 keine Geburten mehr.

4. Welche Krankenhäuser haben pädiatrische Abteilungen?

Alle Krankenhäuser der Versorgungsstufe 1 bis 3 verfügen auch über eine pädiatrische Abteilung.

5. Wie haben sich die Geburtenzahlen in den einzelnen Geburtshilfeabteilungen in den letzten zehn Jahren entwickelt?

In der für die Beantwortung der kleinen Anfrage zur Verfügung stehenden Zeit, konnten für diese Frage nur die Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz aus-

gewertet werden (sog. INEK-Daten). Diese stehen aber erst seit 2008 zur Verfügung, weisen nicht alle Filialstandorte gesondert aus und beziehen sich auf geborene Kinder.

Tab. 3: Übersicht über geborene Kinder nach Krankenhäusern

Krankenhaus	2008	2009	2010	2011	2012
DIAKO Flensburg ¹	1.057	1.556	1.732	1.541	1.673
UKSH Campus Kiel	1.352	1.334	1.378	1.363	1.428
Städtisches KH Kiel	1.747	1.614	1.798	1.642	1.713
UKSH Campus Lübeck	1.410	1.400	1.406	1.283	1.420
Marienkrankenhaus Lübeck	1.213	1.218	1.238	1.206	1.328
FEK Neumünster	1.125	1.073	1.042	922	884
WKK Heide	942	880	967	867	862
DRK-KH Ratzeburg	381	335	369	349	321
Johanniter KH Geesthacht	651	586	609	603	583
Inselklinik Föhr-Amrum	70	71	64	48	45
Klinikum Nordfriesland ²	831	857	876	772	837
Asklepios Klinik Westerland	87	100	81	107	93
Sana Kliniken Ostholstein Eutin	1.030	1.019	1.000	988	991
Sana Kliniken Ostholstein Oldenb.	296	275	242	248	218
Sana Regio Kliniken	1.086	1.176	1.205	1.167	1.057
Klinik Preetz	361	353	378	374	340
imland Kliniken ³	1.573	1.435	1.490	1.354	1.455
Helios MLK Schleswig	473	531	513	460	510
AK Segeberger Kliniken	465	486	530	502	648
Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg	749	680	795	906	870
Klinikum Itzehoe	1.525	1.471	1.409	1.308	1.361
Asklepios Klinik Bad Oldesloe ⁴	483	417	458	376	47
Krankenhaus Reinbek	687	702	716	787	774
Gesamt:	19.594	19.569	20.296	19.173	19.458

1: Bis 2012 einschließlich Förde-Klinik

2: Standorte Husum und Niebüll

3: Standorte Rendsburg und Eckernförde

4: In 2012 geschlossen

Betrachtet man ergänzend die Entwicklung der letzten 10 Jahre auf Grundlage der Daten des statistischen Landesamtes, so wird deutlich, dass die Zahl der geborenen Kinder in Schleswig-Holstein deutlich gesunken ist. Zwischen 2002 und 2011 sank in Schleswig-Holstein die Zahl der geborenen Kinder von 24.915 auf 21.331, das ist ein Rückgang von 14,4%. Im Kreis Nordfriesland war der Geburtenrückgang mit 29,4% am Stärksten.

Hinweis: Die Gesamtzahlen der Tabellen 3 und Tabellen 4 können nicht einfach miteinander verglichen werden. In der Tabelle 4 sind z.B. auch die Kinder enthalten, die in Hamburger Krankenhäusern geboren werden sowie außerklinische Geburten.

Tab. 4: Übersicht geborene Kinder nach Kreisen

Kreisfreie Stadt bzw. Kreis	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Rückgang in % 2002-2011
Flensburg	790	719	765	775	766	824	748	805	839	763	-3,4
Kiel	2.224	1.999	2.096	2.093	2.150	2.121	2.188	2.125	2.264	2.202	-1,0
Lübeck	1.823	1.829	1.855	1.793	1.824	1.819	1.812	1.767	1.800	1.677	-8,0
Neumünster	703	694	725	658	712	678	710	682	694	606	-13,8
Dithmarschen	1.208	1.287	1.138	1.117	1.066	1.081	1.013	1.028	1.059	948	-21,5
Herzogtum Lauenburg	1.712	1.614	1.670	1.605	1.531	1.537	1.503	1.389	1.476	1.344	-21,5
Nordfriesland	1.590	1.527	1.493	1.338	1.352	1.312	1.254	1.185	1.192	1.122	-29,4
Ostholstein	1.606	1.550	1.531	1.439	1.382	1.405	1.333	1.302	1.319	1.304	-18,8
Pinneberg	2.532	2.521	2.532	2.473	2.388	2.438	2.433	2.384	2.446	2.337	-7,7
Plön	1.046	992	994	950	952	964	917	882	895	815	-22,1
Rendsburg-Eckernförde	2.460	2.425	2.386	2.207	2.120	2.180	2.210	1.971	2.042	1.961	-20,3
Schleswig-Flensburg	1.804	1.678	1.644	1.580	1.562	1.532	1.527	1.565	1.529	1.423	-21,1
Segeberg	2.290	2.329	2.222	2.144	2.094	2.219	2.106	2.056	2.163	2.006	-12,4
Steinburg	1.246	1.216	1.170	1.097	1.004	1.055	1.020	997	994	938	-24,7
Stromarn	1.881	1.835	1.869	1.758	1.783	1.796	1.904	1.785	1.866	1.885	0,2
Schleswig-Holstein	24.915	24.215	24.090	23.027	22.686	22.961	22.678	21.923	22.578	21.331	-14,4

6. Wo und wann wurden Abteilungen für Geburtshilfe an schleswig-holsteinischen Krankenhäusern geschlossen?

Die seit dem Jahr 2000 geschlossenen geburtshilflichen Abteilungen sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tab 5.: Schließung von geburtshilflichen Abteilungen seit 2000

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

Stand: 31.12.2013

7. Welche Geburtsstationen sind von einer Schließung bedroht und was sind die Gründe?

Bei den Gründen, die zu Überlegungen bezüglich einer Schließung von Geburtsstationen führen, sind – vor dem Hintergrund des demographischen Wandels – vor allem qualitative Aspekte zu betrachten, d.h. die Sicherstellung einer angemessenen, medizinischen Qualität. Dabei ist zu betonen, dass es sich in der Geburtshilfe nicht um eine Notfallmedizin, wie z.B. bei einem Herzinfarkt,

Schlaganfall oder akuten Bauch handelt, sondern um in der Regel planbare, von der Hebamme langfristig begleitete Versorgung von Mutter und Kind.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat bereits 1995 ihre erste Empfehlung zu ‚Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung‘ publiziert und regelmäßig aktualisiert. Sie hat dazu beigetragen, das Niveau der klinischen geburtshilflichen Versorgung zu verbessern.

Aus haftungsrechtlicher Sicht definieren die ‚Mindestanforderungen‘ den heute gebotenen Standard der Versorgung. Die Gesamtzahl der Haftungsklagen und auch insbesondere die Höhe der geltend gemachten Ansprüche sind deutlich angestiegen. Neben den Schmerzensgeldern sind dies insbesondere die hohen Kosten, die durch die Betreuung geschädigter Kinder entstehen. In zahlreichen Fällen waren hier defizitäre Rahmenbedingungen für die Aufrechterhaltung des gebotenen Standards ursächlich.

Der Frauenarzt/ die Frauenärztin schuldet seiner/ihrer Patientin bei all seinen Maßnahmen die gebotene Sorgfalt, d.h. die Einhaltung eines fachspezifischen Standards. Mit dieser Formulierung, die inhaltsgleich mit den „anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst“ oder dem „Stand der Wissenschaft“ ist, umschreibt die Haftungsrechtsprechung des Zivil- und Strafrechts den stets zu fordernden, deshalb objektivtypisierenden Sorgfaltsmaßstab. Nicht „das Übliche“, nicht „individuelle, örtliche Qualitätsdefizite“ oder optimale, ja maximale Bedingungen, sondern der Standard des jeweiligen Fachgebiets ohne Ansehen der Person und ohne Rücksicht auf die subjektiven Fähigkeiten des Arztes ist maßgebend für das ärztliche Tun und Lassen. Abstrakt lässt sich der Standard als das zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis und Erfahrung bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesicherte, von einem durchschnittlich befähigten Facharzt verlangte Maß an Kenntnis und Können umschreiben, mit den Worten des Mediziners als „die gute, verantwortungsbewusste ärztliche Übung“ im Sinne der Facharztqualität.

Die Qualitätskriterien müssen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, der rückläufigen Zahl von Geburten, des zunehmenden Fachkräftemangels und der limitierten finanziellen Ressourcen zwangsläufig auch zur Frage der Schließung von Geburtsstationen bzw. von Konzentrationsprozessen führen: Die seit dem Jahre 2000 geschlossenen geburtshilflichen Einrichtungen waren alle Geburtskliniken der niedrigsten Versorgungsstufe. Geburtskliniken geraten in eine schwierige Situation, wenn sie die Bedingungen für eine sichere Geburt nicht mehr erfüllen können. Diese sind von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. in der aktuellen Leitlinie Stand 5/2013 „Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung“³ definiert. Für kleine Geburtskliniken sind die Voraussetzungen vor dem Hintergrund geringerer Fallzahlen schwerer zu erfüllen und ein Fortbestand der Kliniken kann problematisch werden. Ein Zusammenhang von Fallzahlen in der Geburtshilfe und Qualität

³ http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-078f_S1_Prozessuale_Strukturelle_Organisatorische_Voraussetzungen_2013-05.pdf

in der Versorgung ist auch durch wissenschaftliche Studien belegt.⁴ Geringere Fallzahlen geben dem Personal weniger Möglichkeiten für qualitätsgesicherte Ablaufprozesse. Zu den kleinsten Geburtskliniken in Schleswig-Holstein gehörten Ende 2012 Wyk auf Föhr, Westerland auf Sylt und Oldenburg. In Eckernförde gab es 2012 eine Diskussion zur Zukunft der dortigen Geburtshilfe. Die Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg hat Ende 2013 dem Ministerium mitgeteilt, dass es die Bedingungen für eine Klinik mit perinatalem Schwerpunkt nicht mehr erfüllt. Die geburtshilfliche Abteilung wurde runtergestuft zur Geburtsklinik.

8. Wo in Schleswig-Holstein bestehen Geburtshäuser?

Geburtshäuser werden als außerklinische Einrichtungen weder im Krankenhausplan des Landes aufgenommen, noch müssen sie nach der Gewerbeordnung konzessioniert werden. Der Landesregierung liegen daher keine eigenen Daten über Geburtshäuser vor.

Eine Internetrecherche hat ergeben, dass es derzeit nur in Kiel und Lübeck ein Geburtshaus gibt, das auch tatsächlich Geburten im Geburtshaus anbietet.

9. Wie haben sich die Geburtenzahlen in den einzelnen Geburtshäusern in den letzten zehn Jahren entwickelt?

In der amtlichen Statistik werden außerklinische Geburten nicht gesondert erfasst. Daher liegen der Landesregierung hierüber keine Daten vor. Die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.⁵ hat zu dieser Fragestellung eigene Berechnungen und Plausibilitätsüberlegungen angestellt und kommt zu dem Ergebnis, dass in Deutschland ca. 1,5% der Kinder außerhalb von Krankenhäusern zur Welt kommt. Zu den außerklinischen Geburten zählen neben den Geburten in Geburtshäusern auch Haus- und Praxisgeburten sowie Notfallgeburten.

10. Wo und wann wurden Geburtshäuser in Schleswig-Holstein geschlossen?

Hierzu liegt der Landesregierung keine Daten vor.

11. Welche Geburtshäuser sind von einer Schließung bedroht und was sind die Gründe?

Hierzu liegt der Landesregierung keine Daten vor.

⁴ A. Gerber; R. Rossi: Neonatologische Versorgung – Fallzahlregelung: Einfluss auf Qualität und Finanzierung pädiatrischer Einrichtungen; Monatsschrift Kinderheilkunde, 2010/4, S.356-363

⁵ <http://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm>

12. Wie erfolgt die Geburtshilfe auf den Inseln Amrum, Föhr, Pellworm und Fehmarn (bitte einzeln darstellen)?

Für die Inseln Amrum, Pellworm, Fehmarn und auch Helgoland gibt es keine gesonderten geburtshilflichen Einrichtungen. Alle stationären Geburten finden auf dem Festland statt.

Auf der Insel Föhr gibt es eine Geburtsklinik mit ca. 50 Geburten im Jahr.

Ebenso gibt es auf allen ostfriesischen Inseln keine Geburtskliniken.

13. Wie bewertet die Landesregierung die regionale Versorgung mit Angeboten der Geburtshilfe?

Mit über 20 Standorten ist eine flächendeckende Geburtshilfe sicher gestellt. Mit fünf Zentren der höchsten Versorgungsstufe ist Schleswig-Holstein sehr gut ausgestattet.

In den letzten Jahren sind die Ansprüche an die Qualität der Geburtshilfe sowohl auf Seiten der Bevölkerung aber auch auf Seiten der Ärzte und Hebammen deutlich gestiegen. Hinzu kommen das steigende Alter der Erstgebärenden sowie die Zunahme von Risikoschwangerschaften. Dieses geht einher mit einem deutlich höheren personellen wie auch technischem Aufwand in der Geburtshilfe. Dadurch ist eine regionale Konzentration unvermeidbar. Diese Entwicklungen werden zusätzlich durch den demografischen Wandel und dem Fachkräftemangel verstärkt. Grundsätzlich muss Frauen eine sichere Geburt ermöglicht werden und eine Versorgung entsprechend ihres medizinischen Risikos garantiert sein (siehe hierzu auch Antwort auf Frage 7).

Die Landesregierung setzt daher auch auf unterstützende Konzepte für Regionen, in denen die Anfahrtswege zu Geburtskliniken weiter werden. Dazu gehören z.B. Schulungen des Rettungsdienstes und sog. Boarding-Konzepte. Ein Boarding-Konzept wurde z.B. jetzt kurzfristig mit der Diakonissenanstalt Flensburg eingerichtet, um den schwangeren Frauen der Insel Sylt bereits vor der Geburt einen Aufenthalt auf dem Festland zu ermöglichen.

14. Welche maximalen Anfahrtswege zu einer Entbindungsstation hält die Landesregierung für zumutbar?

Die Landesregierung hält es nicht für möglich und sinnvoll für ein Flächenland wie Schleswig-Holstein einschließlich seiner Inseln und Halligen maximale Anfahrtswege für eine Geburtshilfe zu benennen. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass die Geburtshilfe wie oben ausgeführt in der Regel keinen Notfall darstellt, sondern in der Regel eine langfristig betreute Versorgung von Mutter und Kind.

Zudem müssen die Frauen eine für ihr persönliches medizinisches Risiko adäquate Einrichtung aufsuchen. Sicherheit für Mutter und Kind sind wichtiger als eine schematische Entfernungstabelle.