



Universität Hamburg  
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG



# Die klinische Geburtshilfe in Norddeutschland in den Jahren 2013-2022

Eine empirische Arbeit über Veränderungen in der  
Versorgungslage

Bachelorarbeit im Fach

Hebammenwissenschaft B.Sc. iMID

<b>Eingereicht von:</b>	<b>Betreuung:</b>
Katharina Kohler	Prof. Dr. Birgit-Christiane Zyriax
[REDACTED]	M.Sc. Caroline Johanna Agricola
[REDACTED]	eingereicht am 16.11.2023

Hamburg, November 2023

## Vorwort

Die in der vorliegenden Arbeit genutzten Personenbegriffe *Schwangere* und *Gebärende*, repräsentieren in diesem Text schwangere und gebärende Personen jeglicher geschlechtlichen Identifikation, unabhängig ihres biologischen Geschlechts.

Ebenso wird in der vorliegenden Arbeit in Ermangelung eines genderinklusive Begriffs von *Hebammen* gesprochen. Es sind Menschen aller gender mitgemeint, die vor dem Gesetz befugt sind, diesen Beruf auszuüben

Ich möchte mich an dieser Stelle bei den Zuständigen der einzelnen Gesundheitsministerien bzw. Ämter bedanken, deren Rückmeldungen mir einen tieferen Einblick in die Strukturen der Gesundheitspolitik in den einzelnen Bundesländern ermöglichten. Besonderer Dank geht in diesem Fall an Fr. Gattinger, die stellvertretende Referatsleitung des Referats Krankenhausplanung und Qualitätssicherung im Ministerium für Justiz und Gesundheit in Schleswig-Holstein, die im Rahmen eines Telefonats einige offene Fragen klärte.

Ebenso möchte ich mich bei den Vorsitzenden der Landeshebammenverbände Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen bedanken, deren Expertise in einige Kapitel eingeflossen ist.

Zuletzt geht mein Dank vor allem an jene Kreißsäle, die sich die Zeit genommen haben, meine Umfrage zu beantworten und so den wesentlichen Inhalt eines Unterkapitels gefüllt haben.

## Abstract

Vorliegende empirische Arbeit befasst sich mit dem aktuellen Stand, sowie den Veränderungen der Versorgungslage der klinischen Geburtshilfe in den Bundesländern Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen sowie Schleswig-Holstein im Zeitraum 2013-2022.

Im Jahr 2022 wurden knapp 98% aller Neugeborenen in Kliniken geboren. Aufgrund dieser hohen Relevanz der klinischen Geburtshilfe, bezieht sich diese Arbeit auf die Versorgungslage der klinischen Geburtshilfe. Im Fokus stehen die Geburtenzahlen in den Kliniken, die Kreißsäle und die Hebammen. Die Geburtenzahlen spiegeln den Bedarf in der Bevölkerung wider. Die Kreißsäle und Hebammen sind wesentliche Aspekte der räumlichen und personellen Kapazitäten, mit denen dieser Bedarf gedeckt wird.

Die Anzahl der Lebendgeborenen in den Kliniken bzw. der damit einhergehende Bedarf geburtshilflicher Versorgung stieg in den Jahren 2013-2022 in dieser Region größtenteils an. Die Anzahl der Kreißsäle hingegen reduzierte sich innerhalb dieser zehn Jahre um knapp 20%. Inwiefern eine strukturierte, gesundheitspolitisch geplante Umverteilung der Kapazitäten der geschlossenen Kreißsäle stattfand, kann auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht abschließend beantwortet werden. Individuelle Aussagen von betroffenen Kreißsälen deuten jedoch größtenteils daraufhin, dass diese Maßnahmen nicht bzw. nicht im Voraus stattfanden. Auch bezüglich der personellen Kapazitäten kann aufgrund fehlender Daten keine abschließende Aussage getroffen werden, inwiefern eine Angebotssteigerung stattfand. Primär deutet die gestiegene Anzahl festangestellter Hebammen auf erhöhte personelle Kapazitäten hin. Gleichzeitig stieg jedoch auch die Teilzeitquote deutlich an und liegt aktuell bei über 70% aller festangestellten Hebammen. Dieser Aspekt bedingt die Aussagekraft der Anzahl festangestellter Hebammen

Die Datenlücken bezüglich wesentlicher Einflussfaktoren der klinischen Geburtshilfe verdeutlichen die Relevanz einer Koordinierungsstelle hebammen- bzw. geburtshilflichspezifischer Daten. Darüber hinaus bestärken die Ergebnisse dieser Arbeit die Forderung, die Geburtshilfe als Teil der Regel- oder Grundversorgung in die Krankenhausstrukturreform aufzunehmen, um eine weitere Verschlechterung der Versorgungslage zu verhindern. Nur so kann eine bedarfsgerechte Versorgung sowie eine physiologiezentrierte Geburtshilfe gewährleistet und die Versorgungslage verbessert werden.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>II</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>II</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>III</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Hintergrund</b> .....	<b>2</b>
<b>3. Methode</b> .....	<b>4</b>
3.1 <i>Geburtenzahlen</i> .....	4
3.2 <i>Institutionelle Rahmenbedingungen der klinischen Geburtshilfe</i> .....	5
3.3 <i>Personelle Rahmenbedingungen der klinischen Geburtshilfe</i> .....	7
<b>4. Klinische Geburtshilfe in Norddeutschland</b> .....	<b>9</b>
4.1 <i>Klinische Geburtenzahlen in Norddeutschland</i> .....	9
4.1.1 Bremen.....	11
4.1.2 Hamburg .....	11
4.1.3 Mecklenburg-Vorpommern.....	12
4.1.4 Niedersachsen .....	12
4.1.5 Schleswig-Holstein .....	13
4.2 <i>Kreißsäle in Norddeutschland</i> .....	14
4.2.1 <i>Rechtliche Grundlagen</i> .....	16
4.2.2 <i>Abwanderung von Geburten aus geschlossenen Kreißsälen</i> .....	19
4.2.3 <i>Auswirkungen von Kreißsaal-Schließungen auf umliegende Kreißsäle</i> .....	21
4.2.4 <i>Kreißsaal-Sperrungen</i> .....	22
4.3 <i>Hebammen</i> .....	24
4.3.1 <i>Festangestellte Hebammen</i> .....	24
4.3.2 <i>Beleghebammen</i> .....	25
4.3.3 <i>Vakante Stellen</i> .....	26
<b>5. Diskussion</b> .....	<b>28</b>
5.1 <i>Methode</i> .....	28
5.2 <i>Ergebnisse</i> .....	29
5.2.1 <i>Koordinierungsstelle</i> .....	30
5.2.2 <i>Gesundheitspolitische Aspekte</i> .....	31
5.2.3 <i>Personalmangel</i> .....	32
5.2.4 <i>Förderung der Physiologie</i> .....	32
<b>6. Fazit</b> .....	<b>34</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>36</b>
<b>Anlagenverzeichnis</b>	

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Anzahl Lebendgeborene in Kliniken .....	9
Abb. 2: Anzahl außerklinische Geburten .....	10
Abb. 3: Veränderung der Geburtenzahlen der Kliniken untergliedert nach Level..	16
Abb. 4: Antworten der befragten Kreißsäle .....	21

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Quellen Geburtenzahlen .....	5
Tab. 2: Quellen institutionelle Rahmenbedingungen .....	7
Tab. 3: Quellen personelle Rahmenbedingungen .....	7
Tab. 4: Anzahl festangestellter Hebammen nach Bundesländern .....	24
Tab. 5: Anzahl Beleghebammen nach Bundesländern .....	25

## Abkürzungsverzeichnis

DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
DGHWI	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
HebG	Hebammengesetz
IQTIG	Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
KH	Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
M.-V.	Mecklenburg-Vorpommern
QUAG	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
SGB	Sozialgesetzbuch
S.-H.	Schleswig-Holstein

## 1. Einleitung

Der Start ins Leben findet für den Großteil der Menschen in Deutschland in einem Krankenhaus statt. Im Jahr 2022 sind in Deutschland 727.665 Kinder in einer Klinik auf die Welt gekommen. Das entspricht 98,06% aller Neugeborenen in diesem Jahr (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V., 2023b). Allein diese Zahl macht deutlich, dass die gesamte geburtshilfliche Versorgungslage wesentlich durch stationäre Hebammenhilfe bzw. durch die klinische Geburtshilfe geprägt ist.

Betrachtet man die gesamten Geburtenzahlen in Deutschland im Laufe der letzten Jahre, ist insgesamt ein leichter Anstieg zu beobachten (Statistisches Bundesamt, 2023d). Bis 2016 stiegen die Zahlen kontinuierlich bis auf einen Höchstwert von 792.141 Lebendgeborene an und sanken in den Jahren danach nur minimal ab (ebd.). Die Geburtenzahlen erreichten 2021 erneut einen Höchstwert von 795.492 Lebendgeborene und sanken zuletzt im Jahr 2022 wieder um ca. 7% auf 738.819 Lebendgeborene (ebd.).

Trotz des tendenziell steigenden Bedarfs und der Relevanz der klinischen Geburtshilfe, kam es aufgrund der bundesweiten, generellen Zentralisierung der Krankenhäuser vermehrt zu Schließungen von geburtshilflichen Stationen (Motherhood e.V., 2023a). Seit 2018 waren bundesweit knapp 10% aller Kreißsäle von diesen Schließungen betroffen (ebd.). Betrachtet man die Schließungen der letzten Jahre differenzierter, sind es vor allem kleine Kliniken mit geringen Geburtenzahlen, die ihre Geburtshilfe aufgrund von Personalmangel, Wirtschaftlichkeit und bzw. oder einer Zusammenlegung mehrerer Kreißsäle einstellen (Wissenschaftliche Dienste des deutschen Bundestages, 2021, S. 5–6). Dadurch zentralisiert sich die Geburtshilfe immer mehr auf große Kliniken. Bei einer gleichbleibenden bzw. steigenden Anzahl an Geburten kommt es in diesen Kliniken deshalb immer häufiger zu Überlastung und Schwangere können aufgrund von Kapazitätsengpässen bei Hebammen und bzw. oder Räumlichkeiten, nicht adäquat versorgt werden bzw. müssen abgewiesen werden (ebd.).

Darüber hinaus kann eine schlechte personelle Besetzung in Kreißsälen zum einen Ursache der Überlastungssituation sein und gleichzeitig kann diese auch aus gehäuften Überlastungssituationen resultieren. Laut einer Umfrage des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) zum Welthebammentag am 05.05.2022, wären über 2.500 Hebammen in Deutschland, bei verbesserten Rahmenbedingungen bereit, in die klinische Geburtshilfe zurückzukehren (Deutscher Hebammenverband e.V., 2022). Andrea Köbke, Beirätin für den Angestelltenbereich im DHV, sieht die zunehmende Arbeitsbelastung als wesentlichen Faktor in der Entscheidung, die klinische Geburtshilfe zu verlassen (ebd.).

Insgesamt sind die Überlastung und die Zentralisierung Einflussfaktoren auf die gesamte klinische Versorgungslage. Eine freie Wahl des Geburtsortes oder auch eine 1:1 Betreuung, beides wesentliche Aspekte guter Geburtshilfe, sind aufgrund der genannten Entwicklungen in Frage zu stellen (Deutscher Hebammenverband e.V., 2023b, S. 2).

Das IGES-Gutachten, das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 2019 veröffentlicht wurde, befasst sich mit dieser Thematik und schildert den aktuellen Stand der stationären Hebammenversorgung in der Bundesrepublik. Dieses Gutachten beleuchtet aus drei unterschiedlichen Perspektiven - jene der Krankenhäuser, der Hebammen und der Mütter - zentrale Aspekte der klinischen Geburtshilfe (Albrecht et al., 2019). Neben einer Erreichbarkeitsanalyse geburtshilflicher Abteilungen, werden in diesem Gutachten Themen wie Personalbedarf, Arbeitsbelastung aber auch Auswirkungen einer Standortkonzentration umfangreich diskutiert. Ein Fazit lautet, dass im Jahr 2019 eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung in Deutschland überwiegend gewährleistet ist und die durchschnittliche Fahrtzeit zur nächsten geburtshilflichen Station 17,6 min beträgt (Albrecht et al., 2019, S. 91). Auf einer Abbildung dieser Studie ist jedoch zu erkennen, dass die Anfahrtswege im Norden Deutschlands vergleichsweise lang sind und die Kreißsaal-Dichte in dieser Region bereits im Jahr 2019 geringer war als in anderen Regionen (ebd. S. 94) (vgl. Anlage 1). In Deutschland gibt es keine zentrale Instanz zum Monitoring der geburtshilflichen Versorgungslage. Darüber hinaus ist es seit 2019 zu weiteren Kreißsaal-Schließungen und Veränderungen gekommen, die im Folgenden untersucht werden sollen, um eine aktuelle Situation abzubilden (Motherhood e.V., 2023a).

## 2. Hintergrund

Eine bedarfsgerechte Versorgung in der Geburtshilfe, sowohl in der klinischen als auch in der außerklinischen Geburtshilfe, beruht auf zahlreichen Aspekten. Zentrale Grundpfeiler sind laut Positionspapieren des DHV eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung, sowie eine 1:1 Betreuung unter Geburt (Deutscher Hebammenverband e.V., 2023b, S. 7–8). Die Relevanz dieser Betreuung wird auch durch die aktuelle S3 Leitlinie *Vaginale Geburt am Termin* bestärkt. Laut dieser Leitlinie sollten Frauen ab der aktiven Eröffnungsphase unter der Geburt eine 1:1 Betreuung erfahren (DGGG & DGHWi, 2020, S. 27–29). Um das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ umzusetzen, hat sich die Ampel-Koalition die Einführung eines Personalschlüssels für „eine 1:1 Betreuung durch Hebammen während wesentlichen Phasen der Geburt“ zum Ziel gesetzt (Bundesregierung, 2021, S. 85). Diese Betreuung stellt einen wichtigen Faktor in der Ermöglichung und Förderung der physiologischen Geburt dar (ebd.). Eine physiologische Geburt ist laut diesem Gesundheitsziel eine Geburt, „bei der keine oder möglichst wenige,



gut begründete Interventionen durchgeführt werden“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S. 37). Die generelle Förderung der Physiologie in der Schwangerschaft, unter Geburt und im Wochenbett, statt einer Pathologisierung dieser Vorgänge, wird von zahlreichen Vertreter\*innen der Geburtshilfe immer wieder gefordert (Bündnis Gute Geburt, 2023, S. 2). Sowohl die Schwangerschaft als auch die Geburt und das Wochenbett sind primär physiologische Vorgänge und es handelt sich dabei vor allem um die Betreuung gesunder Frauen und Kinder (Bertram, 2022, S. 1).

Aufgrund des § 4 HebG, lt. dem in Deutschland zu jeder Geburt eine Hebamme hinzugezogen werden muss, spielen vor allem die Hebammen in der personellen Ausstattung der Geburtshilfe eine zentrale Rolle.

Neben einem guten Personalschlüssel beeinflusst auch die Erreichbarkeit von geburtshilflichen Einrichtungen die Versorgungslage (Deutscher Hebammenverband e.V., 2023b, S. 3). Im Fall der klinischen Geburtshilfe sind die Kreißsäle dieser institutionelle Rahmen.

Die Planung einer flächendeckenden Versorgung mit geburtshilflichen Einrichtungen und durch geburtshilfliches Personal basiert auf dem Bedarf in der Bevölkerung und liegt in Deutschland in der Verantwortung der Länder (Freie und Hansestadt Hamburg, 2016, S. 7). Aufgrund föderaler Strukturen unterscheiden sich die Strukturen des Gesundheitswesens in den einzelnen Bundesländern und verschiedene Ministerien bzw. Ämter sind für die Planung der geburtshilflichen Versorgung zuständig (Gerlinger, 2017). Neben geografischen und demographischen Besonderheiten der einzelnen Bundesländer, führen auch die verschiedenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zu Unterschieden in der Versorgungslage und müssen im Folgenden berücksichtigt werden.

Ziel dieser Arbeit ist die Beantwortung der Forschungsfrage „wie hat sich die klinische Geburtshilfe in den Jahren 2013-2022 in Norddeutschland verändert?“.

Um bundesländerübergreifende und dennoch regionale Entwicklungen und einen aktuellen Stand der klinischen Geburtshilfe darzustellen, wird sich diese Arbeit ausschließlich mit den Bundesländern Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein und dem Zeitraum von 2013 - 2022 befassen. Der Begriff *Norddeutschland* wird im Folgenden als Synonym für die genannten fünf Bundesländer verwendet.

Um die Forschungsfrage für diesen Zeitraum und die Region zu beantworten, werden die Aspekte **klinische Geburtenzahlen**, **Kreißsäle** und **Hebammen** im Fokus stehen. Diese sind zentrale Einflussfaktoren auf die klinische Geburtshilfe und wirken sich auf die gesamte Versorgungslage aus.

### 3. Methode

Die Eingrenzung dieser Bachelorarbeit auf die Region Norddeutschland liegt, wie bereits in dem vorherigen Kapitel erwähnt, zum einen an dem Ziel, eine Übersicht über regionale Entwicklungen abzubilden. Andererseits wurden die Eingrenzungen auf die Region und den genannten Zeitraum auch aufgrund des Umfangs einer Bachelorarbeit getroffen.

Um die eingangs genannte Forschungsfrage zu beantworten, wurden folgende Teilfragen für die einzelnen Bereiche formuliert, die primär durch die Sekundärdatenanalyse zahlreicher Datenquellen beantwortet werden sollen.

1. Wie hat sich der Bedarf der klinischen Geburtshilfe in den Jahren 2013-2022 in Norddeutschland verändert?
2. Kam es in diesem Zeitraum zu (bedarfsgerechten) Veränderungen der institutionellen Bedingungen der klinischen Geburtshilfe?
3. Wie veränderte sich die personelle Ausstattung der Hebammen in den Kreißsälen in diesem Zeitraum?

Aufgrund der föderalen Organisation des Gesundheitswesens in Deutschland und der Anzahl der benötigten Daten, basiert diese Arbeit auf zahlreichen Quellen. Insbesondere die Daten aus den Jahresberichten *Grunddaten der Krankenhäuser* des Statistischen Bundesamtes der Jahre 2013, 2016, 2021 und 2022, sowie Positionspapiere und Rückmeldungen seitens des DHV, sowie der einzelnen Landeshebammenverbände dienen als Quelle für alle drei Teilbereiche. Bei fehlenden bzw. divergierenden Daten in der Literaturrecherche, wurden diese in zahlreichen Aspekten durch Anfragen an die zuständigen Stellen ergänzt.

#### 3.1 Geburtenzahlen

Die Geburtenzahlen der einzelnen Bundesländer spiegeln wesentlich den Bedarf der (klinischen) Geburtshilfe wider. Für einen Vergleich dieses Bedarfs im Laufe der Jahre greift die Arbeit zum einen auf die Daten des Statistischen Bundesamtes zurück, die auf der Plattform Statista für die einzelnen Bundesländer veröffentlicht sind. Eine Anfrage an das Statistische Bundesamt ergab, dass es sich bei diesen Zahlen um die Anzahl der Lebendgeborenen nach dem Wohnort der Mutter handelt. Dementsprechend fällt beispielsweise ein Kind, das in einer Hamburger Klinik geboren wurde, dessen Mutter jedoch in Schleswig-Holstein gemeldet ist, in die Statistik der Geburtenzahlen in Schleswig-Holstein. Aus diesem Grund wurden neben diesen Zahlen auch die Daten aus den Berich-

ten *Grunddaten der Krankenhäuser* berücksichtigt. Bei diesen Daten handelt es sich um die Anzahl der Lebendgeborenen pro Jahr in den Kliniken der einzelnen Bundesländer. So kann ein Vergleich dieser Daten aufzeigen, wie viele Lebendgeborene, nicht in dem Bundesland geboren wurden, in dem ihre Mutter gemeldet ist. Um auch den Aspekt der außerklinischen Geburtshilfe zu berücksichtigen, flossen darüber hinaus die Daten der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) in dieses Kapitel mit ein. Tab. 1 zeigt die primären Datenquellen dieses Kapitels.

Tab. 1: Quellen Geburtenzahlen

Quelle	Thema
Statistisches Bundesamt (Statista)	Geburtenzahlen (Anzahl der Lebendgeborenen pro Jahr nach dem Wohnort der Mutter)
Statistisches Bundesamt (Grunddaten der KH)	Geburtenzahlen (Anzahl der Lebendgeborenen pro Jahr in den Kliniken der einzelnen Bundesländer)
QUAG e.V.	Außerklinische Geburtenzahlen pro Jahr in den einzelnen Bundesländern

### 3.2 Institutionelle Rahmenbedingungen der klinischen Geburtshilfe

Insbesondere die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Grundlagen der Versorgungsstruktur der klinischen Geburtshilfe lassen sich anhand der Krankenhauspläne der einzelnen Bundesländer abbilden. Hierzu zählen beispielsweise die Planbetten bzw. die Behandlungskapazitäten, die ein Bundesland für die Fachabteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe in den Krankenhäusern einplant und somit bei der Finanzierung berücksichtigt. Für den bundesweiten bzw. regionalen Vergleich wurde zusätzlich auf Angaben bezüglich der Bettenausstattung nach Fachabteilungen in den *Grunddaten der Krankenhäuser* zurückgegriffen. Die Angaben aus diesen Quellen unterschieden sich teilweise deutlich bzw. fehlen vollständig, weshalb neben Anfragen an die jeweiligen Gesundheits- und Sozialministerien, weitere Anfragen an den DHV und die landeseigenen Hebammenverbände erfolgten. Die erhaltenen schriftlichen Rückmeldungen, sowie die Informationen eines ausführlichen Telefonats mit Fr. Gattinger, einer Angestellten im Ministerium für Justiz und Gesundheit in Schleswig-Holstein, sind in die Arbeit eingeflossen.

Neben diesen gesundheitspolitischen Quellen, diente insbesondere die Karte „Geburtshilfestationen Deutschland“ von Motherhood e.V. als Quelle für dieses Unterkapitel. Die Karte gibt einen bundesweiten, grafischen Überblick, sowohl über bestehende als auch geschlossene geburtshilfliche Stationen. Die Kliniken sind auf der Karte nach Geburtenzahlen gruppiert dargestellt. Auf Basis dieser Karte, den Krankenhausplänen der einzelnen Bundesländer, sowie den Angaben der Liste „Perinatalzentren Stand 2023“ des Instituts

für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), wurde die interaktive Karte „Kreißsäle Stand 31.12.2022“ erstellt. Sie zeigt die aktuelle Verteilung der Kreißsäle in Norddeutschland untergliedert nach ihren aktuellen geburtshilflichen Leveln.<sup>1</sup>

Um mögliche Auswirkungen zusätzlicher Geburten in den umliegenden Kreißsälen, nach einer Kreißsaal-Schließung, aufzuzeigen, wurden darüber hinaus die Daten des Unternehmens Nutricia Milupa GmbH genutzt. Im Rahmen einer jährlichen Abfrage an die einzelnen geburtshilflichen Abteilungen in ganz Deutschland erhebt das Unternehmen Daten und erstellt Geburtenlisten. Diese beinhalten die konkrete Anzahl an Geburten in den einzelnen Kliniken. Mehrlingsgeburten zählen hierbei als eine Geburt. Anhand der Karte „Kreißsäle Stand 31.12.2022“ wurden jene Kreißsäle identifiziert, die im Umkreis eines geschlossenen Kreißsaales liegen und deren Geburtenzahlen sich in den beiden Jahren nach der Kreißsaal-Schließung deutlich verändert haben.

Insgesamt wurden hierbei 40 Kreißsäle identifiziert, die im Rahmen einer kurzen Umfrage kontaktiert wurden (vgl. Anlage 2). Der schriftliche Fragebogen, der per Mail an die offiziellen E-Mail-Adressen der Kreißsäle oder an leitende Hebammen verschickt wurde, fragt neben möglichen Auswirkungen des plötzlichen Geburtenanstieges, vor allem nach Maßnahmen, die vor oder nach der Kreißsaal-Schließung erfolgten oder ausgeblieben sind. Die Umfrage wurde in der 39. Kalenderwoche an die Kreißsäle versendet. Bis Ende der 41. Kalenderwoche lagen die Rückmeldungen von 10 Kreißsälen vor. Daraufhin wurde zu Beginn der 42. Kalenderwoche eine Erinnerung an jene Kreißsäle versendet, von denen noch keine Antworten vorlagen. Insgesamt lagen bis zum 31.10.2022 13 Antworten vor und flossen in die Auswertung mit ein. Eine Frage bezüglich einer steigenden Sectio-Rate nach der Kreißsaal-Schließung, ist aufgrund eines vorliegenden Beispiels in den Fragebogen aufgenommen wurden. Nach der Schließung des Kreißsaales im Asklepios Klinikum Harburg ist die Sectio-Rate in der umliegenden Helios Mariahilf Klinik in Hamburg von 26,9% auf 30,1% gestiegen (Celik, 2019, S. 2). Neben der überwiegend quantitativen Methode dieser Arbeit, beleuchtet diese kurze, stichprobenartige Primärdatenerhebung die individuellen Auswirkungen und Probleme in Einzelfällen. In Tab. 2 sind die primären Datenquellen dieses Unterkapitels dargestellt.

---

<sup>1</sup> <https://de.batchgeo.com/map/82fe9a63d70f9718bba4e5020b6d4b14>

Tab. 2: Quellen institutionelle Rahmenbedingungen

Quelle	Thema
Krankenhauspläne der Bundesländer	Planbetten
Statistisches Bundesamt (Grunddaten der KH)	Bettenausstattung nach Fachabteilungen und Bundesländer
Anfragen an Gesundheits- / Sozialministerien	Planbetten Kreißaal-Sperrungen
DHV, Landeshebammenverbände	Kreißaal-Sperrungen Geburtshilfliche Level der Kreißsäle
Geburtshilfestationen Übersicht Motherhood e.V.	Kreißsäle bundesweit inkl. geschlossener Kreißsäle
Perinatalzentren Stand 2023 (IQTIG)	Kreißsäle nach geburtshilflichen Leveln
Nutricia Milupa GmbH Geburtenlisten	Geburtenzahlen nach Kliniken
Umfrage an betroffene Kreißsäle	Auswirkungen von Kreißaal-Schließungen

### 3.3 Personelle Rahmenbedingungen der klinischen Geburtshilfe

Auch für die personelle Ausstattung der Kreißsäle, bezogen auf die Hebammen, wurden die Berichte *Grunddaten der Krankenhäuser* genutzt. In diesen liegen jedoch keine Angaben zu angestellten Hebammen oder vakanten Stellen vor. Lediglich Angaben zu Beleghebammen sind in diesen Berichten teilweise zu finden. Neben dieser Quelle liefern einzelne Krankenhausbarometer des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) Informationen bezüglich dieser Thematik. Diese Berichte werden jährlich durch das DKI erhoben und beinhalten unterschiedliche Schwerpunktthemen der Gesundheitsversorgung. Sie sind die Ergebnisse einer Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser. In diesen Fällen handelt es sich jedoch um bundesweite Angaben. Aus diesem Grund wurden auch in diesem Bereich zum einen das Statistische Bundesamt, sowie die Krankenhausgesellschaften der einzelnen Bundesländer, die deutsche Krankenhausgesellschaft und das Deutsche Krankenhausinstitut für weitere, bundeslandspezifische Angaben kontaktiert. Darüber hinaus erfolgte eine Anfrage bezüglich der besetzten bzw. vakanten Stellen an Fr. Köbke vom DHV.

Für die personelle Besetzung der Kreißsäle wurde überwiegend auf die Quellen in Tab. 3 zurückgegriffen.

Tab. 3: Quellen personelle Rahmenbedingungen

Quelle	Thema
Statistisches Bundesamt (Grunddaten der KH)	Hebammen in Krankenhäusern
Krankenhausbarometer	Hebammen in Krankenhäusern

Anfragen an <ul style="list-style-type: none"> <li>- Statistisches Bundesamt</li> <li>- Krankenhausgesellschaften der BL</li> <li>- Deutsche Krankenhausgesellschaft</li> <li>- DKI</li> <li>- DHV</li> </ul>	Hebammen in Krankenhäusern
---	----------------------------

Insbesondere in den Unterkapiteln bezüglich der Kreißsäle und der Hebammen lieferte die Recherche teilweise Datenlücken. Ein Teil der Anfragen an die verschiedenen Stellen, blieb bis zu der Fertigstellung dieser Arbeit unbeantwortet. Ein Großteil der rückläufigen Antworten bestand jedoch auch darin, dass die Daten diesen Ämtern nicht vorliegen. Diese Datenlücken haben einen wesentlichen Einfluss auf die Ergebnisse dieser Arbeit bzw. deren Aussagekraft. Die Tabelle in Anlage 3 zeigt die gestellten Anfragen nach den einzelnen Themenbereichen an die einzelnen Ämter und deren Rückläufe.

## 4. Klinische Geburtshilfe in Norddeutschland

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse in den einzelnen Teilbereichen dargestellt. Um einen Gesamtüberblick über die Versorgungslage der klinischen Geburtshilfe abzubilden, werden primär die eingangs genannten Teilbereiche beleuchtet. Abschließend soll so die Forschungsfrage umfassend beantwortet werden.

### 4.1 Klinische Geburtenzahlen in Norddeutschland

Basierend auf einer Literaturrecherche können die in der Einleitung genannten Tendenzen der absoluten Anzahl der Neugeborenen in Deutschland größtenteils auch auf die Anzahl der klinischen Geburten bzw. der Lebendgeborenen in den Kliniken der einzelnen Bundesländer übertragen werden.

Die Angaben aus den Berichten *Grunddaten der Krankenhäuser* des Statistischen Bundesamtes zeigen in Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein jeweils ein Anstieg der lebendgeborenen Kinder in den Kliniken für den Zeitraum von 2013 bis 2022 (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101, 2023a, tbls. 23111–42). Darüber hinaus stiegen die Geburtenzahlen in den Jahren 2016 und 2021 in allen vier Bundesländern auf einen Höchstwert an (Statistisches Bundesamt, 2017, S. 103, 2022, tbl. 2.10.2). Lediglich in Mecklenburg-Vorpommern sanken die Geburtenzahlen im Jahr 2022 im Vergleich zu 2013 (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101, 2023a, tbls. 23111–42). Insgesamt betrachtet kam es somit in Norddeutschland in den vergangenen Jahren aufgrund überwiegend steigender Geburtenzahlen zu einem erhöhten Bedarf geburtshilflicher Kapazitäten (vgl. Anlage 4).

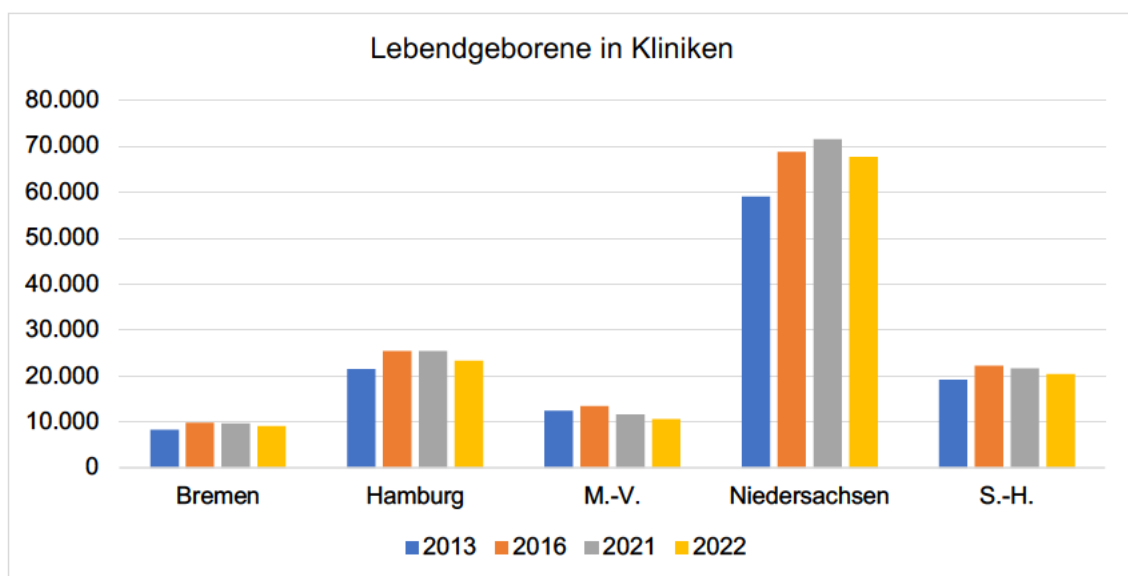


Abb. 1: Anzahl Lebendgeborene in Kliniken (eigene Abb.)

Ein Vergleich zwischen den Geburtenzahlen von Statista und den Angaben der *Grunddaten der Krankenhäuser* zeigt in allen fünf Bundesländern Differenzen auf. Diese besteht einerseits aus der Anzahl der außerklinischen Geburten. Auch die außerklinische Geburtshilfe stieg in den vergangenen Jahren bundesweit und in allen norddeutschen Bundesländern (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V., 2023b). Abb. 2 zeigt die Anzahl der, bei QUAG e.V. erfassten, außerklinischen Geburten, die zuhause oder im Geburtshaus beendet wurden (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V., 2023a).

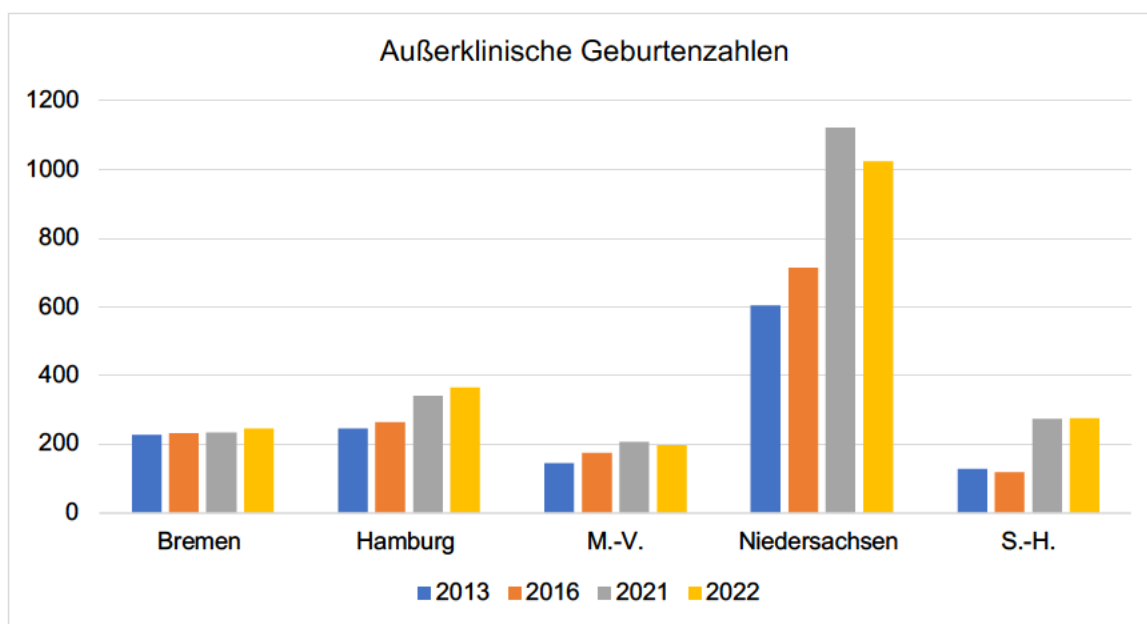


Abb. 2: Anzahl außerklinische Geburten (eigene Abb.)

Dennoch liegt die Quote der außerklinisch geborenen Kinder weiterhin knapp unter 2% und macht nur einen geringen Teil der gesamten Geburtshilfe aus (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V., 2023b). Aus diesem Grund werden diese in den folgenden Unterkapiteln zur Vereinfachung unbeachtet bleiben.

Eine zweite Ursache für die abweichenden Angaben besteht in der Ab- bzw. Zuwanderung von Geburten in andere Bundesländer, da die Geburtenzahlen auf Statista nach dem Wohnort der Mutter verzeichnet sind. Die absoluten Zahlen der Bundesländer sind lediglich eine grobe Annäherung und keine endgültige Aussage über die Ab- bzw. Zuwanderung von Geburten in andere Bundesländer. Neben den nicht berücksichtigten außerklinischen Geburten kann es, insbesondere an den Landesgrenzen, selbstverständlich auch zu Wanderungen in beide Richtungen kommen, wodurch sich Ab- und Zuwanderungen teilweise wieder ausgleichen. Dennoch lassen sich in den relativen Zahlen Tendenzen



erkennen, die bei der Planung der geburtshilflichen Versorgung nicht außer Acht gelassen werden dürfen, da zahlreiche Geburten nicht in den Bundesländern stattfinden, in denen die Familien wohnen bzw. die Mütter gemeldet sind. Für jene Fälle, in denen ein Krankenhaus wesentliche Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung anderer Bundesländer hat, sieht §6 Abs. 2 des Krankenhausgesetzes generell eine Zusammenarbeit zwischen Bundesländern in der Krankenhausplanung vor. In den aktuellen Versionen der Krankenhauspläne der einzelnen Bundesländer ist diese Zusammenarbeit lediglich in Hamburg und Schleswig-Holstein explizit festgelegt (Freie und Hansestadt Hamburg, 2016, S. 9; Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, 2017, S. 19). Hamburgs Krankenhausplan sieht eine Zusammenarbeit zwischen Schleswig-Holstein und Niedersachsen vor, während der schleswig-holsteinische Krankenhausplan lediglich auf die Zusammenarbeit mit Hamburg verweist (ebd.).

#### 4.1.1 Bremen

Der Stadtstaat Bremen verzeichnete in den Jahren 2013-2022 einen Anstieg von ca. 10% bei den klinisch geborenen Kindern (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101, 2023a, tbls. 23111–42). Zwischen den Zahlen der Kliniken und jenen von Statista lassen sich deutliche Unterschiede erkennen.

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 8.218 Lebendgeborene in Bremens Kliniken verzeichnet (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101).

Laut den Zahlen von Statista wurden in diesem Jahr jedoch lediglich 5.749 Kinder gemeldet (Statistisches Bundesamt, 2023c). Eine mögliche Schlussfolgerung daraus ist, dass in etwa 29% der in Bremens Kliniken geborenen Kinder, nicht aus Bremen kamen bzw. nicht dort gemeldet waren. Ein nicht unrelevanter Anteil der Versorgungskapazitäten der geburtshilflichen Abteilungen in Bremen wurde somit von Familien, insbesondere aus dem angrenzenden Bundesland Niedersachsen, in Anspruch genommen. Im Jahr 2022 ist diese Tendenz weiterhin deutlich zu erkennen. Die Kliniken verzeichneten rund 9.021 Lebendgeborene, Statista lediglich 6.270 Neugeborene (Statistisches Bundesamt, 2023a, tbls. 23111–42, 2023c). Dadurch ergibt sich eine Quote von ca. 30,5% „zugewanderte“ Geburten.

#### 4.1.2 Hamburg

Hamburgs Kliniken verzeichneten in dem Zeitraum von 2013-2022 einen Anstieg von 9,5 % (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101, 2023a, tbls. 23111–42). Auch hier sind die Zahlen der Hamburger Kliniken deutlich höher als die Zahlen von Statista. In Hamburg

ergibt der Vergleich der beiden Zahlen im Jahr 2013 einen Unterschied von ca. 3.400 Lebendgeborene (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101, 2023e). Dadurch kann von einer Zuwanderungsquote von Geburten aus den umliegenden Bundesländern von ca. 16% ausgegangen werden. Im Jahr 2022 stieg diese Quote noch an und lag bei ca. 20% (Statistisches Bundesamt, 2023a, tbls. 23111–42, 2023e). Diese Tendenz wurde im Krankenhausplan des Jahres 2020 erkannt und berücksichtigt (Freie und Hansestadt Hamburg, 2016, S. 2). In der Bedarfsanalyse dieses Planes geht die Behörde von etwa 4.000 Geburten aus, die in Hamburgs Kliniken betreut werden und aus dem Hamburger Umland kommen (ebd.).

#### 4.1.3 Mecklenburg-Vorpommern

Mecklenburg-Vorpommern ist das einzige Bundesland der Region, das in diesem Zeitraum einen Rückgang verzeichnete (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101, 2023a, tbls. 23111–42). Insgesamt wurden 2022 ca. 14% weniger Kinder in den Kliniken Mecklenburg-Vorpommerns geboren als im Jahr 2013 (ebd.).

Die Differenzen zwischen den Angaben der Kliniken und den Daten von Statista sind jedoch minimal in Mecklenburg-Vorpommern. Im Jahr 2013 wurden 12.560 Lebendgeborene in den Kliniken und 12.468 Lebendgeborene auf Statista gemeldet (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101, 2023f). Auch im Jahr 2022 zeichnete sich weiterhin lediglich eine minimale Differenz ab (Statistisches Bundesamt, 2023a, tbls. 23111–42, 2023f). In diesem Jahr wurden 10.677 Kinder in den Kliniken geboren und 10.820 Kinder bei Statista gemeldet (ebd.).

Aufgrund der sehr niedrigen Differenzen und der außer Acht gelassenen außerklinischen Geburtenzahlen können für dieses Bundesland keine Aussagen über eine Ab- oder Zuwanderung von Geburten getroffen werden.

#### 4.1.4 Niedersachsen

Die Kliniken des Bundeslands Niedersachsen verzeichneten in den Jahren in dieser Region den stärksten Anstieg an Neugeborenen (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101, 2023a, tbls. 23111–42). Während 2013 59.072 Kinder in den niedersächsischen Kliniken geboren wurden, waren es 2022 67.680, was einem Anstieg von ca. 15% entspricht (ebd.).

In beiden Jahren wird im Vergleich mit den Daten von Statista sichtbar, dass deutlich mehr Kinder beim Bundesamt gemeldet wurden als in den Kliniken geboren wurden. Im Jahr 2013 liegt die Differenz bei ca. 3.800 Kindern, das bedeutet, dass in etwa 6% mehr Kinder in Niedersachsen gemeldet wurden als die Kliniken in diesem Jahr verzeichnet

haben (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101, 2023g). Im Jahr 2022 liegt dieser Anteil bei knapp 3.600 Kindern (Statistisches Bundesamt, 2023a, tbls. 23111–42, 2023g). Somit wurden in diesem Jahr ca. 5% der gemeldeten Kinder, nicht in den Kliniken Niedersachsens geboren.

#### 4.1.5 Schleswig-Holstein

In den Kliniken Schleswig-Holsteins wurden im Jahr 2022 ca. 7% mehr Kinder geboren als im Jahr 2013 (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101, 2023a, tbls. 23111–42). Ebenso wie in Niedersachsen, ist in Schleswig-Holstein die Tendenz deutlich erkennbar, dass mehr Kinder beim Statistischen Bundesamt gemeldet wurden, als in den Kliniken des Bundeslandes geboren wurden. Im Jahr 2013 wurden in den Kliniken 19.107 Kinder geboren, in den Statistiken des Bundeslandes jedoch 21.822 Kinder gemeldet (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101, 2023h). Im Jahr 2022 waren es hingegen 20.409 Kinder in den Kliniken Schleswig-Holsteins und 23.953 gemeldete Kinder (Statistisches Bundesamt, 2023a, tbls. 23111–42, 2023h). Dadurch ergeben sich für die Jahre 2013 und 2022 Quoten von 12% bzw. 15% an Kindern, die zwar in Schleswig-Holstein gemeldet wurden, jedoch nicht in den Kliniken des Bundeslandes geboren wurden (ebd.).

Insgesamt lässt sich in diesem Kapitel, aufgrund der überwiegend steigenden Geburtenzahlen, ein genereller Bedarfsanstieg der klinischen Geburtshilfe erkennen. Darüber hinaus wird für das Fachgebiet Geburtshilfe deutlich, dass insbesondere die Stadtstaaten Geburten aus den umliegenden Bundesländern betreuten. Die „Zuwanderung“ von Geburten nach Bremen und Hamburg erfolgte, den Zahlen zufolge, vor allem aus Niedersachsen und Schleswig-Holstein. In Hamburg stieg diese Quote in den Jahren zwischen 2013-2022 um 4%, in Bremen lediglich um 1,5%. Ein möglicher Auslöser für diesen Anstieg können die zahlreichen Kreißsaal-Schließungen in den Bundesländern Niedersachsen und Schleswig-Holstein sein, die im folgenden Kapitel im Fokus stehen.

## 4.2 Kreißsäle in Norddeutschland

Die aktuelle Situation der Kreißsäle, jene Institutionen, in denen klinische Geburtshilfe stattfindet, wird in dem folgenden Kapitel primär basierend auf einer Literaturrecherche dargestellt. Darüber hinaus fließen in dieses Kapitel die Ergebnisse der Umfrage an die Kreißsäle sowie die Anfragen an die einzelnen Gesundheitsämter der Bundesländer ein.

Während die Anzahl der klinischen Geburten in den Jahren 2013-2022 in der Region Norddeutschland um ca. 9% stieg, sank die Anzahl der Kliniken mit einer geburtshilflichen Abteilung in demselben Zeitraum um knapp 20% (Motherhood e.V., 2023a; Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101, 2023a, tbls. 23111–42). Ende des Jahres 2022 gab es in Norddeutschland 111 Kliniken mit einer geburtshilflichen Abteilung, 2013 hingegen waren es noch 138 (Motherhood e.V., 2023b). Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 27 Kreißsäle geschlossen bzw. temporär und bis zu dem aktuellen Zeitpunkt abgemeldet (ebd.). Während in Bremen kein Kreißsaal und in Hamburg lediglich einer geschlossen wurde, waren Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Niedersachsen mit drei, acht und 15 Schließungen sehr viel stärker betroffen (ebd.) (vgl. Anlage 5). Um vollständige Jahre abzubilden, befasst sich diese Arbeit mit der geburtshilflichen, klinischen Versorgungslage bis zum 31.12.2022. Dennoch muss hier angemerkt werden, dass auch im Jahr 2023 bereits drei weitere Kreißsäle geschlossen wurden bzw. die Schließung zum Ende des Jahres bevorsteht (ebd.).

Bei Betrachtung der Karte „Kreißsäle Stand 31.12.2022“<sup>2</sup> ist der zentrale Aspekt der flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung, aufgrund der zahlreichen Kreißsaal-Schließungen in bestimmten Regionen in Frage zu stellen. Für die Definition einer wohnortnahen Versorgung legte der Gemeinsame Bundesausschuss einen Richtwert von einer Fahrtzeit von 40 min fest (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020). Insbesondere in den deutschen Küstenregionen, sowohl in Mecklenburg-Vorpommern und in Niedersachsen als auch in Schleswig-Holstein, kam es vermehrt zu Kreißsaal-Schließungen (Motherhood e.V., 2023b). Die Versorgung von Gebärenden von den Inseln stellt in diesen Regionen ein zentrales Problem dar, dass beispielsweise durch die Schließung der Kreißsäle auf Sylt und Föhr verstärkt wurde (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstein, 2021, S. 39). Eine Erreichbarkeitsanalyse, wie sie in dem IGES-Gutachten aus dem Jahr 2019 erarbeitet wurde, kann aus Gründen des Umfangs nicht in diese Arbeit einfließen. Dennoch zeigt die Karte „Kreißsäle Stand 31.12.2022“, dass die Strecken bis zum nächsten Kreißsaal in den genannten Re-

---

<sup>2</sup> <https://de.batchgeo.com/map/82fe9a63d70f9718bba4e5020b6d4b14>

gionen in den letzten Jahren deutlich zunahm, während die Kreißsaal-Dichte vor allem in den Städten weiterhin hoch ist.

Neben einer flächendeckenden Versorgung verweist der DHV immer wieder auf die freie Wahl des Geburtsortes, welche gesetzlich in SGB V §24f festgelegt ist (Deutscher Hebammenverband e.V., 2023b, S. 4). Dies bezieht sich zum einen auf die freie Wahl zwischen außerklinischer und klinischer Geburtshilfe, kann jedoch auch auf den Bereich der klinischen Geburtshilfe übertragen werden (ebd.). Besteht tatsächlich eine freie Wahl des Geburtsortes, kann eine Gebärende mit physiologischer Schwangerschaft auch zwischen Kliniken verschiedener geburtshilflicher Level wählen (ebd.). Die Wahl des Geburtsortes wird durch zahlreiche individuelle Faktoren beeinflusst und das geburtshilfliche Level kann ein solcher Faktor sein. Betrachtet man sowohl die weiterhin bestehenden Kreißsäle als auch die geschlossenen Kreißsäle im Vergleich zwischen den Jahren 2013 und 2022, wird deutlich, dass insbesondere Kreißsäle, die als Level 4 Kreißsäle eingestuft sind, sowie Kreißsäle mit niedrigen Geburtenzahlen geschlossen wurden (Motherhood e.V., 2023b). Die Einstufung in ein geburtshilfliches Level ist nicht abhängig von den Geburtenzahlen. Entscheidend für diese Kategorisierung ist die Ausstattung bezogen auf die neonatologische Versorgung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2006, S. 11). Die Zuweisung Schwangerer in Perinatalzentren des Levels 1 und 2 erfolgt aufgrund von Risiken in der Schwangerschaft (ebd.) (vgl. Anlage 6). Dennoch korreliert ein niedrigeres geburtshilfliches Level häufig mit niedrigeren Geburtenzahlen.

Im Folgenden wird auf die Geburtenzahlen der Milupa-Listen zurückgegriffen, da diese explizite Zahlen für die einzelnen Kreißsäle liefern (Milupa Nutricia GmbH, 2023). Es handelt sich hierbei nicht um die Lebendgeborenen, sondern um die Anzahl der Geburten. Abb. 3 zeigt auf Basis dieser Zahlen, eine Verschiebung der Geburtenzahlen in den Jahren 2013 – 2022 insbesondere zugunsten der Level 1 und 2 Kreißsäle. Insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein sind diese Tendenzen deutlich zu erkennen. In Mecklenburg-Vorpommern zeichnet sich der generelle Geburtenrückgang vor allem in Level 3 und 4 Kreißsälen ab. In Niedersachsen fallen die Tendenzen möglicherweise noch deutlicher aus, als aktuell in der Tabelle dargestellt, da bei einigen geschlossenen Kreißsälen das geburtshilfliche Level zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit nicht vorlag. Aus diesem Grund gingen die Geburtenzahlen dieser Kreißsäle nicht in die Berechnung der Zahlen des Jahres 2013 mit ein. Aufgrund der geringen Geburtenzahlen ist jedoch anzunehmen, dass es sich bei dem Großteil dieser Kreißsäle um Kreißsäle des Levels 3 oder 4 handelte. In Bremen gibt es aktuell keinen Level 3 Kreißsaal, sowie in Mecklenburg-Vorpommern gerade kein Level 2 Kreißsaal existiert (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, 2023) (vgl. Anlage 7).

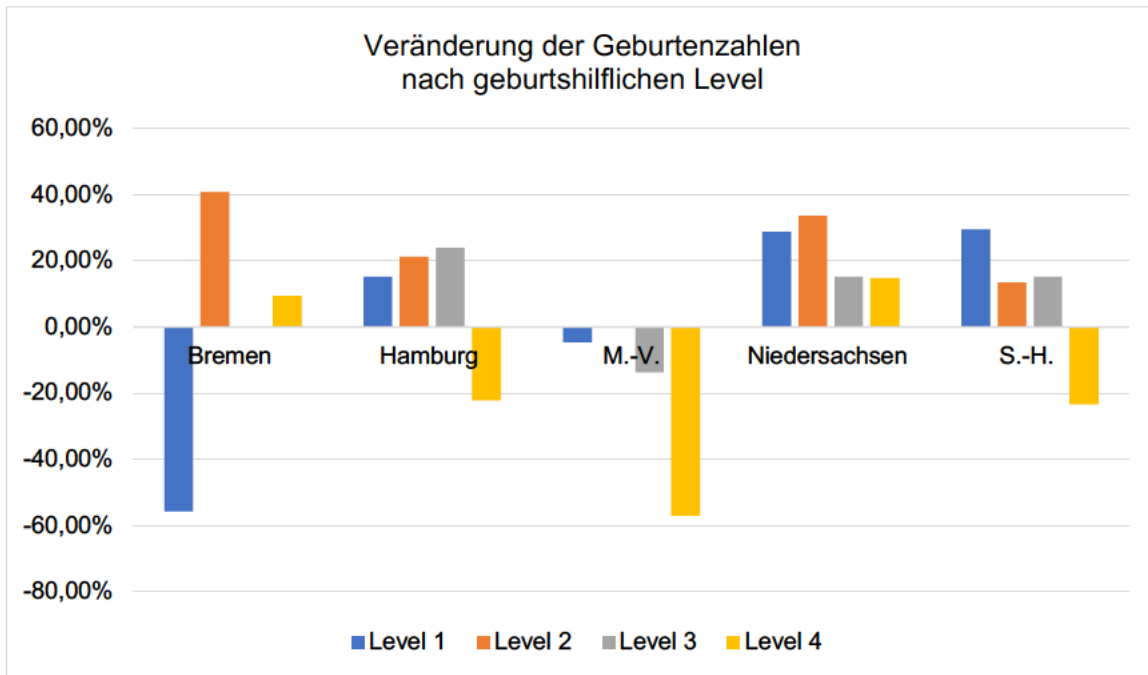


Abb. 3: Veränderung der Geburtenzahlen in den Kliniken untergliedert nach Level (eigene Abb.)

Bezogen auf die geschlossenen Kreißsäle, lag lediglich in vier dieser Kreißsäle die Geburtenzahl im Jahr vor der Kreißsaal-Schließung über 500 Geburten und in ca. 75% dieser geschlossenen Kreißsäle wurden im Durchschnitt im Jahr vor der Schließung weniger als ein Kind pro Tag geboren (Motherhood e.V., 2023a). Trotz dieser niedrigen Geburtenzahlen in den einzelnen Kliniken, fielen durch die Schließungen der 27 Kreißsäle die Betreuungskapazitäten für zahlreiche Geburten weg. In der Summe betreuten diese Kreißsäle in den jeweiligen Jahren vor ihrer Schließung ca. 8.000 Geburten (Milupa Nutricia GmbH, 2023). Diese Geburten verteilten sich dementsprechend im Laufe der Jahre, zusätzlich zu einem generellen Anstieg der Geburtenzahlen, auf die restlichen Kliniken. Die folgenden Unterkapitel beschäftigen sich insbesondere mit den Fragen, inwiefern diese Bedarfssteigerung gesteuert wurde und ob bzw. inwiefern sich dieser Mehraufwand in den restlichen Kreißsälen auswirkte.

#### 4.2.1 Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen der stationären Versorgung und somit auch der Kapazitäten der klinischen Geburtshilfe, liegen in den Krankenhausplänen der Bundesländer (Gerlinger, 2017). Diese wiederum beruhen auf dem bundesweit gültigen Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und den landeseigenen Krankenhausgesetzen, sowie dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) (ebd.). Ziel der Planung ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung der

Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbstständigen Krankenhäusern (ebd.). In den Krankenhausplänen wird festgelegt, welche Krankenhäuser vorhanden sein müssen bzw. welche Fachgebiete und Kapazitäten ein Krankenhaus führen muss, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten (ebd.). In regelmäßigen Abständen werden diese Pläne überarbeitet und an die aktuelle Situation angepasst (ebd.).

Durch Kreißsaal-Schließungen kommt es zu einem Wegfall von Kapazitäten an einem Ort. Bei größtenteils gleichbleibenden bzw. steigenden Geburtenzahlen ist fraglich, inwiefern bzw. ob diese Kapazitäten in andere Kreißsäle verschoben werden.

Insbesondere die Planbettanzahlen in den Krankenhausplänen können Aussage über die Kapazitäten der einzelnen Krankenhäuser geben.

Bei der Analyse dieses Ansatzes, bezogen auf die Geburtshilfe in den einzelnen Bundesländern, wurde deutlich, dass ein Vergleich der Planbetten zwischen den einzelnen Jahren in der Geburtshilfe keinen klaren Aufschluss über die Kapazitäten in diesem Fachbereich bieten kann. Darüber hinaus kann anhand der Planbetten auch nicht aufgezeigt werden, ob die Kapazitäten eines geschlossenen Kreißsaales als Kapazitäten in einem anderen Kreißsaal geplant wurden.

Ein zentrales Problem liegt darin, dass zum einen in vielen Krankenhausplänen lediglich Planbetten der Gynäkologie und Geburtshilfe gemeinsam abgebildet werden (Freie und Hansestadt Hamburg, 2016; Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern, 2022; Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, 2017). Somit wird nicht deutlich, wie viele Kapazitäten für die einzelnen Fachbereiche genutzt werden. Seit 2018 wurde durch die Neugliederung der Fachbereiche die Möglichkeit geschaffen, dies zu trennen und die Fachbereiche Frauenheilkunde und Geburtshilfe, sowie reine Geburtshilfe getrennt von Frauenheilkunde zu erfassen (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 2). Dennoch liegen in den aktuellen Krankenhausplänen der Bundesländer Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein lediglich Planbettanzahlen für Gynäkologie und Geburtshilfe vor.

Darüber hinaus ergaben die Anfragen an die Gesundheitsämter in Bremen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein beispielsweise auch, dass die Kapazitäten der Kreißsäle, bezogen auf die reine Geburtsphase, in ihren Krankenhausplänen nicht ausgewiesen werden (Y. Bauersfeld, persönliche Kommunikation, 7. November 2023; A.-L. Gattinger, persönliche Kommunikation, 10. Oktober 2023; R. Rohlwing, persönliche Kommunikation, 10. Oktober 2023). Die Planbetten der Fachabteilung Geburtshilfe, sind jene Betten, die von Schwangeren auf einer Pränatalstation oder von Wöchnerinnen auf der Wochenbettstation genutzt werden. Aus Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern lagen keine Anga-

ben dazu vor, die Rückmeldung des DHV bestätigt diese zentrale Problematik jedoch generell für die Planung geburtshilflicher Kapazitäten (A. Köbke, persönliche Kommunikation, 8. November 2023).

Darüber hinaus ist auch ein Vergleich der Planbetten in der Gynäkologie und Geburtshilfe bzw. der reinen Geburtshilfe der Jahre 2013 und 2022 aufgrund fehlender bzw. differierenden Zahlen nicht möglich (Freie und Hansestadt Hamburg, 2016; Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern, 2022; Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, 2017). Lediglich in den aktuellen Krankenhauspläne Bremens und Niedersachsens finden sich Vergleichszahlen für Planbetten aus dem Jahr 2013 und 2014 (Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, 2023; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2022).

Neben den Krankenhausplänen weisen auch die Berichte *Grunddaten der Krankenhäuser* die Bettenausstattung untergliedert nach Bundesländern und Fachabteilungen aus. Hier zeigt sich jedoch ein gravierender Unterschied in allen Angaben im Vergleich zu den Angaben der Krankenhauspläne (vgl. Anlage 8). Die Anfrage an das Statistische Bundesamt ergab, dass ihre Angaben ein Jahresdurchschnitt der betriebsbereiten Betten darstellen, ein Abgleich mit den Ergebnissen der einzelnen Krankenhauspläne der Länder jedoch nicht stattfindet. Bremen verzeichnet beispielsweise einen deutlichen Anstieg der Planbetten der reinen Geburtshilfe in dem landeseigenen Krankenhausplan (Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, 2023, S. 56). Das Statistische Bundesamt hingegen zeigt für die Geburtshilfe in Bremen 2013 eine höhere Bettenausstattung als im Jahr 2022 (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 18, 2023a, tbls. 23111–07).

Auch die Abstände bis zur Aktualisierung der Krankenhauspläne verhindern konkrete Annahmen zu den Verschiebungen der Kapazitäten bei Kreißaal-Schließungen. In den meisten Fällen liegen mehrere Jahre zwischen den einzelnen Plänen und kurzfristige Anpassungen werden dementsprechend weder in den Plänen aufgenommen, noch kann eine Änderung in einem Krankenhausplan nach mehreren Jahren eindeutig auf die Kreißaal-Schließung zurückgeführt werden. Lediglich der Krankenhausplan Hamburgs weist die explizite Verschiebung der Planbetten der Gynäkologie und Geburtshilfe der Asklepios Klinik Harburg in die Helios Mariahilf Klinik auf, nachdem der Kreißaal der Asklepios Klinik geschlossen wurde (Freie und Hansestadt Hamburg, 2021, S. 150). In den Krankenhausplänen der restlichen Bundesländer liegen keine Angaben zu den geschlossenen Kreißälen vor.

Aufgrund dieser Unstimmigkeiten und insbesondere der geringen Aussagekraft der Planbetten in der Geburtshilfe, zeigen diese Angaben keine Kapazitäten-Änderungen auf. Aus diesem Grund kann keine Aussage darüber getroffen werden, inwiefern die Kapazitäten



eines geschlossenen Kreißsaales, explizit in die eines umliegenden Kreißsaales, eingeplant wurden.

#### 4.2.2 Abwanderung von Geburten aus geschlossenen Kreißsälen

Anhand der registrierten Klinikgeburten der Milupa-Listen der einzelnen Kreißsäle und der Karte von Motherhood e.V. wurde ermittelt, welche umliegenden Kreißsäle in den Jahren nach der Kreißsaal-Schließung einen Anstieg in ihren Geburten verzeichneten. Zahlreiche umliegende Kreißsäle verzeichneten in den Jahren danach lediglich einen leichten Anstieg, der neben einer Kreißsaal-Schließung, auch durch natürliche Schwankungen in den Geburtenzahlen beeinflusst bzw. hervorgerufen werden konnte. In Regionen mit geringer Kreißsaal-Dichte und in Regionen, in denen es im Laufe der Jahre vermehrt zu Kreißsaal-Schließungen kam, zeichneten sich in den restlichen Kreißsälen deutlichere Anstiege der Geburtenzahlen ab. Teilweise unterscheiden sich die relativen Anstiege der Geburtenzahlen in einzelnen Regionen stark. Vergleicht man jedoch die absoluten Geburtenzahlen zweier oder mehrerer Kliniken, die im Umkreis eines geschlossenen Kreißsaales liegen, stiegen diese in den meisten Fällen in etwa um die gleiche Geburtenzahl. Im Folgenden soll dies anhand von drei Beispielen gezeigt werden, die im Zeitraum von 2013-2022 in Norddeutschland aufgrund von Kreißsaal-Schließungen vergleichsweise hohe, relative Anstiege in den Geburtenzahlen verzeichneten (vgl. Anlage 7).

Im Nordfriesland Klinikum in Husum stiegen die Geburtenzahlen im Jahr 2016 im Vergleich zum Vorjahr um 29% (Milupa Nutricia GmbH, 2023). In den Jahren 2014, 2015 und 2016 schlossen in dieser Region, die beiden Kliniken auf den Inseln Sylt und Föhr und das Nordfriesland Klinikum in Niebüll (Motherhood e.V., 2023b). Husum ist, neben dem Diakonissenkrankenhaus in Flensburg, das in dieser Zeit einen Anstieg von 11% verzeichnete, das nächste Klinikum in dieser Region (Milupa Nutricia GmbH, 2023). Betrachtet man in diesem Fall die absoluten Geburtenzahlen der Kreißsäle, stiegen diese in beiden Fällen in etwa um 120-150 Geburten an (ebd.).

Auch der Kreißsaal des AMEOS Klinikums in Anklam weist im Jahr 2016 einen Anstieg der Geburten von über 40% auf (ebd.). Dieser Kreißsaal stellt neben dem Kreißsaal des Universitätsklinikums in Greifswald, das einen Anstieg von 15% verzeichnete, das nächstgelegene Krankenhaus zum Kreißsaal des Kreiskrankenhauses Wolgast dar, der 2015 geschlossen wurde (Motherhood e.V., 2023b). Die Kreißsaal-Dichte in dieser Region ist gering und die absoluten Geburtenzahlen stiegen in beiden Fällen um etwa 130-150 Geburten (Milupa Nutricia GmbH, 2023; Motherhood e.V., 2023b).

Im Gegensatz zu den beiden genannten Regionen, ist die Kreißsaal-Dichte in der Region der Stadt Hannover relativ hoch (Motherhood e.V., 2023b) . Hier hat im Jahr 2015 der

Kreißaal des KRH Klinikums Hannover geschlossen, der im Jahr 2014 noch knapp 1.000 Geburten verzeichnete (Milupa Nutricia GmbH, 2023; Motherhood e.V., 2023b). Betrachtet man in diesem Fall die Geburtenzahlen der restlichen vier Kreißsäle in Hannover, zeichnet sich der stärkste Anstieg der Geburtenzahlen mit knapp 43% im St. Vinzenzkrankenhaus ab (Milupa Nutricia GmbH, 2023). Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) verzeichnet in diesem Zeitraum einen Anstieg von 23% und der Kreißaal des Diakovere Friederikenstift einen Anstieg von 17% (ebd.). Die absoluten Geburtenzahlen zeigen aber auch in diesem Fall eine gleichmäßige Verteilung der Geburten, insbesondere auf die beiden Kreißsäle des St. Vinzenzkrankenhauses und der MHH. In beiden Fällen wurden im Schnitt ca. 500 Geburten zusätzlich betreut (ebd.).

In allen drei Beispielen wird deutlich, dass die Schließung eines Kreißsaales immer zu zusätzlichen Geburten in den umliegenden Kreißsälen führt. Je nach Größe des geschlossenen und vor allem aber des weiterhin bestehenden Kreißsaales, wirkten sich diese zusätzlichen Geburten auf die Aus- bzw. Überlastung des Kreißsaales aus.

In den genannten Beispielen handelte es sich in allen geschlossenen Kliniken um Level 4 Kreißsäle. Jeweils ein umliegender Kreißaal (Nordfriesland Klinikum Husum, AMEOS Klinikum Anklam, St. Vinzenzkrankenhaus Hannover) ist ebenfalls ein Level 4 Kreißaal, während die anderen genannten Kreißsäle jeweils ein Level 1 Kreißaal sind (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, 2023). Anhand der gleichmäßigen Verteilung der Geburten nach den Kreißaal-Schließungen, lassen sich in diesen Beispielen keine Rückschlüsse darauf ziehen, dass Gebärende nach der Schließung eines Kreißsaales, einen umliegenden Kreißaal präferieren, der das gleiche geburtshilfliche Level aufweist.

Abschließend muss angemerkt werden, dass es keine eindeutigen bzw. aussagekräftigen Ergebnisse, bezogen auf die Abwanderung von Geburten, gibt. Zum einen lag die relative Zunahme der Geburtenzahlen nach Kreißaal-Schließungen in vielen Fällen unter 10%, was auch auf natürliche Schwankungen in den Geburtenzahlen zurückzuführen sein kann. Zum anderen beruht die Entscheidung für einen Kreißaal nicht nur auf der Entfernung und bzw. oder dem geburtshilflichen Level eines Kreißsaales. Sie wird von zahlreichen individuellen Aspekten beeinflusst, die aufgrund des Umfangs nicht in diese Arbeit mit einfließen können.

Dennoch zeigen die Zahlen der umliegenden Kreißsäle in dem Jahr bzw. den Jahren nach einer Kreißaal-Schließungen eine generelle, höhere Auslastung. Auf die Auswirkungen dieser zusätzlichen Belastung, soll im Folgenden eingegangen werden.

#### 4.2.3 Auswirkungen von Kreissaal-Schließungen auf umliegende Kreißsäle

Um Auswirkungen auf die einzelnen Kreißsäle abbilden zu können, wurden im Rahmen einer Umfrage (vgl. Anlage 4) jene Kreißsäle kontaktiert, die im Umkreis eines geschlossenen Kreissaales liegen und in dem Jahr bzw. den Jahren nach der Kreissaal-Schließung einen Geburtenanstieg verzeichneten. Dieser Anstieg reichte bei jenen Kreißsälen, die die Umfrage beantworteten, von 5,8% bis 42,8% der Geburtenzahlen des Jahres vor der Schließung. Insbesondere Anstiege im einstelligen Bereich können, wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, auf natürliche Schwankungen der Geburtenzahlen zurückgehen und auch aufgrund der geringen Beteiligung, zeigen die Antworten der befragten Kreißsäle nur einzelne Aspekte auf, die kein übergreifendes, allgemeingültiges Ergebnis darstellen.

Dennoch lassen sich aus den Antworten, die in Abb. 4 dargestellt sind, zentrale Probleme ablesen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auf bundesweite Situationen in Kreißsälen übertragbar sind.

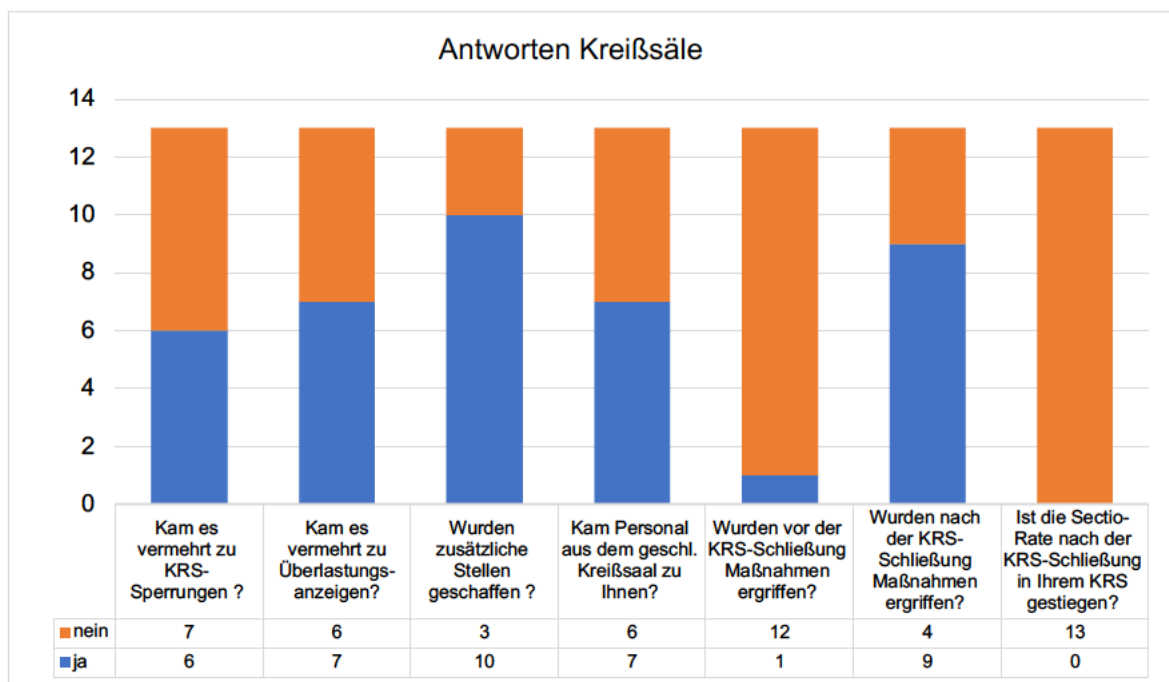


Abb. 4: Antworten der befragten Kreißsäle (eigene Abb.)

Zum einen gab ein Großteil der Kreißsäle an, dass es in den Jahren nach der Kreissaal-Schließung eines Nachbarkreissaales vermehrt zu Kreissaal-Sperrungen und Überlastungsanzeigen in dem eigenen Kreissaal kam. Lediglich in drei der 13 Kreißsäle wurden keine zusätzlichen Stellen geschaffen. In den restlichen Kreißsälen wurden im Laufe der Jahre, teilweise nach vehementem Druck, insbesondere neue Hebammen-Stellen ge-

schaffen, die auch durch Hebammen aus den geschlossenen Kreißsälen besetzt wurden. Zusätzlich zu der Schaffung neuer Stellen, um personelle Engpässe zu verhindern, wurden in fünf Kreißsälen die räumlichen Kapazitäten erweitert. Dementsprechend wird in diesen Antworten deutlich, dass die zusätzlichen Geburten größtenteils eine Belastung darstellten, deren Ausmaß nicht durch die damaligen Kapazitäten der Kreißsäle getragen werden konnten. Es wurden in vielen Fällen Maßnahmen ergriffen, um diese Überlastung aufzufangen. Dennoch ist das zentrale Problem in allen Kreißsälen, dass die Maßnahmen seitens der Politik bzw. der Klinikbetreiber nur langsam, zögerlich und insbesondere erst nach der Schließung ergriffen wurden. In keinem der Kreißsäle kam es vorbereitend zu einer Aufstockung des Personals bzw. der Räumlichkeiten und erst nachdem vermehrt Überlastungsanzeigen und bzw. oder Kreißsaal-Sperrungen vorlagen, wurden Maßnahmen ergriffen.

#### 4.2.4 Kreißsaal-Sperrungen

In jenen Überlastungssituationen, die sowohl räumlich als auch personell bedingt sein können, stellen Kreißsaal-Sperrungen eine Option dar, den Kreißsaal kurzfristig von der zentralen Rettungsstelle abzumelden und die Überlastung kurzfristig zu regulieren. In diesen Fällen müssen Rettungswagen mit Gebärenden andere Kreißsäle anfahren und Gebärende, die telefonisch Kontakt aufnehmen, können ebenfalls an einen anderen Kreißsaal verwiesen werden. Dennoch muss ein Kreißsaal auch im Fall einer Sperrung Gebärende in Akutsituationen aufnehmen und betreuen. Im Rahmen der Umfrage der oben genannten Kreißsäle, gaben fünf Kreißsäle an, dass es in den Jahren nach der Kreißsaal-Schließung des umliegenden Kreißsaales vermehrt zu Kreißsaal-Sperrungen kam.

Kreißsaal-Sperrungen sind somit ein messbares Anzeichen für Überlastungssituationen in Kreißsälen und eine Zu- oder Abnahme dieser kann Auskunft darüber geben, inwiefern sich die Überlastung in den einzelnen Kreißsälen bzw. den gesamten Kreißsälen in einem Bundesland verändert hat.

Ein Vergleich konkreter Zahlen im Laufe der Jahre ist jedoch zum einen aufgrund fehlender Daten nicht möglich. Auf Anfragen an die Gesundheitsministerien, die Sozialbehörden sowie den Krankenhausgesellschaften der einzelnen Bundesländer, erfolgte in der überwiegenden Zahl die Rückmeldung, dass keine konkreten Zahlen vorliegen. Auch die Anfrage an Fr. Köbke des DHVs ergab, dass es aktuell in keinem Bundesland ein übergreifendes Meldesystem oder Statistiken über die Sperrungen gibt (A. Köbke, persönliche Kommunikation, 8. November 2023). Anfragen an die einzelnen Kreißsäle für konkrete Zahlen eigener Sperrungen wurden aufgrund des Umfangs dieser Arbeit nicht durchgeführt. Zum anderen sind Kreißsaal-Sperrungen nur in einzelnen Bundesländern möglich.

In Schleswig-Holstein beispielsweise dürfen Kreißsäle, mit der Begründung ihrer Pflicht, den Versorgungsauftrag durchgängig zu erfüllen, nicht kurzfristig gesperrt werden (A.-L. Gattinger, persönliche Kommunikation, 10. Oktober 2023). In diesem Bundesland können Kreißsäle lediglich bei akuten Überlastungsphasen Überlastungsanzeigen schreiben und bei anhaltender Überlastung, insbesondere aus personeller Sicht, eine langfristige Abmeldung anmelden (ebd.). Auch bezogen auf die Überlastungsanzeigen liegen lediglich die Aussagen, der befragten Kreißsäle vor und keine konkreten Zahlen. Hierbei gab mehr als die Hälfte dieser, eine Zunahme der Überlastungsanzeigen im Jahr nach der Schließung an.

Bezogen auf den institutionellen Aspekt der klinischen Geburtshilfe bildet sich in diesem Kapitel ein Negativ-Trend ab. Aufgrund der fehlenden Repräsentation der Geburtshilfe in der Krankenhausplanung, ist keine Struktur in der anhaltenden Reduzierung der geburts-hilflichen Stationen erkennbar. Diese Reduzierung führt, bei steigendem Bedarf zu Überlastung in den umliegenden Kreißsälen, welche jedoch in der politischen Planung auch erst nachträglich erkannt und berücksichtigt wird.

### 4.3 Hebammen

Die personellen Kapazitäten in der klinischen Geburtshilfe, bezogen auf die Hebammen, werden auf den folgenden Seiten, basierend auf einer Literaturrecherche, dargestellt.

Aufgrund der Stellung der Hebammen in der Geburtshilfe, die sich insbesondere aus §4 HebG ableitet, hat auch die personelle Besetzung wesentlichen Einfluss auf die Situation der klinischen Geburtshilfe. Nicht nur der DHV und Motherhood e.V. fordern seit Jahren eine 1:1 Betreuung unter der Geburt (Deutscher Hebammenverband e.V., 2023a, S. 1; Motherhood e.V., 2021, S. 3). Zahlreiche Studien belegen inzwischen, dass es bei einer 1:1 Betreuung unter der Geburt zu weniger unnötigen Interventionen kommt, die mit langfristigen gesundheitlichen Folgen für Mütter und Kinder verbunden sein können (Motherhood e.V., 2021, S. 3–4). Aus diesen Gründen ist die Verbesserung der personellen Ausstattung auch ein wesentliches Ziel zur Erreichung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ und wurde 2020 in den Koalitionsvertrag aufgenommen (Bundesministerium für Gesundheit, 2017; Bundesregierung, 2021, S. 85). Die umfangreiche Betreuung unter der Geburt ist somit ein zentraler Grundpfeiler einer bedarfsgerechten Versorgung in der Geburtshilfe.

In den vorherigen Kapiteln wurde deutlich, dass die Geburten und der damit einhergehende Arbeitsaufwand in den bestehenden Kliniken in den Jahren 2013-2022 größtenteils stieg. Um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, wäre eine Zunahme der, in der klinischen Geburtshilfe tätigen Hebammen von zentraler Bedeutung.

#### 4.3.1 Festangestellte Hebammen

Die Anzahl der festangestellten Hebammen in den einzelnen Bundesländern ist in den Berichten *Grunddaten der Krankenhäuser* nicht enthalten. In diesen Berichten zählen die Hebammen zu *nichtärztlichem Personal* und werden nicht einzeln aufgeführt. Eine Anfrage an das Statistische Bundesamt ergab jedoch eine Tabelle mit Angaben zu den Jahren 2013 - 2022 in den einzelnen Bundesländern (Statistisches Bundesamt, 2023b). Diese Zahlen geben einen Überblick, wie viele Hebammen in den Kreißsälen festangestellt sind. Tab. 4 zeigt einen Anstieg in allen fünf Bundesländern in den letzten zehn Jahren (ebd.).

Tab. 4: Anzahl festangestellter Hebammen nach Bundesländern

	Bremen	Hamburg	M.-V.	Niedersachsen	S.-H.
2013	120	330	123	811	232
2022	185	361	181	1.022	579

Der Bericht *Grunddaten der Krankenhäuser* aus dem Jahr 2022 belegt jedoch, dass ca. 73% aller festangestellten Hebammen in Deutschland in Teilzeit arbeiten (Statistisches Bundesamt, 2023a, tbls. 23111–22).

Aus diesem Grund verlieren die Zahlen in Tab. 4 an Aussagekraft, da ein Anstieg der absoluten Zahlen nicht automatisch eine bessere personelle Besetzung bedeutet. Für aussagekräftige Ergebnisse der personellen Situation fehlen die Vollzeitäquivalente dieser festangestellten Hebammen, die bei der Erstellung der Arbeit nicht vorlagen.

#### 4.3.2 Beleghebammen

Im Jahr 2022 arbeiteten neben den festangestellten Hebammen 1.651 Hebammen als Beleghebammen in den Kreißsälen in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2023a, tbls. 23111–20). Auch in diesem Fall liegen keine Vollzeitäquivalente vor und zusätzlich fehlen in den Daten des Statistischen Bundesamtes Angaben zu einzelnen Jahren bzw. Bundesländern. In den Bundesländern, in denen Angaben für beide Jahre vorhanden sind, ist ein Rückgang der Beleghebammen zu betrachten (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 51, 2023a, tbls. 23111–21).

Tab. 5: Anzahl Beleghebammen nach Bundesländern

	Bremen	Hamburg	M.-V.	Niedersachsen	S.-H.
2013	17	72	44	218	64
2022	k.A.	k.A.	17	120	17

Bundesweite Zahlen aus dem Krankenhausbarometer 2020 weisen auch in dem Bereich der Beleghebammen auf einen Personalmangel hin (Dr. Blum et al., 2020, S. 85). Eine Anfrage an das DKI ergab, dass aufgrund der geringen Anzahl an befragten Krankenhäusern, keine bundesländerspezifischen Ergebnisse vorliegen. Der Bericht aus dem Jahr 2020 stellt den aktuellsten Bericht dar, der Daten zu Beleghebammen beinhaltet. Diese Daten belegen einen bundesweiten Rückgang geburtshilflicher Abteilungen, die mit Beleghebammen arbeiten, im Vergleich zu dem Jahr 2018 (ebd.). Darüber hinaus gab jede dritte dieser Abteilungen an, weitere Beleghebammen zu suchen, jedoch Probleme bei der Stellenbesetzung zu haben (ebd.). Auch die Zahlen aus den Jahren 2007-2017 aus dem IGES-Gutachten zeigen einen bundesweiten Rückgang der Beleghebammen (Albrecht et al., 2019, S. 90).

### 4.3.3 Vakante Stellen

Neben der Anzahl der, in der klinischen Geburtshilfe tätigen Hebammen, können auch vakante Stellen Aussagen über die personelle Besetzung geben. Jedoch weder in der amtlichen Krankenhausstatistik noch in den einzelnen Landeshebammenverbänden liegen explizite Angaben für vakante Hebammenstellen in den Bundesländern vor. Auch die Anfrage an Fr. Köbke vom DHV ergab, dass es kein Monitoring vakanter Stellen gibt (A. Köbke, persönliche Kommunikation, 8. November 2023). Bundesweit gibt es dazu lediglich Angaben in den Krankenhausbarometern. In der Umfrage des Jahres 2014 gab bundesweit mehr als jedes fünfte Krankenhaus (20,4%) an, Stellenbesetzungsprobleme im Bereich der festangestellten Hebammen zu haben (Dr. Blum et al., 2014, S. 81). Der Mittelwert der unbesetzten Stellen, gemessen in Vollzeitkräften, entsprach zu dem Zeitpunkt 1,6 festangestellten Hebammen (ebd. S. 84).

Im Jahr 2022 gaben über die Hälfte der bundesweit befragten Kreißsäle an, Stellenbesetzungsprobleme bei festangestellten Hebammen zu haben (Dr. Blum et al., 2022, S. 75). Diese Umfrageergebnisse belegen einen deutlichen, ansteigenden Trend (ebd.). Für das Jahr 2022 ergaben sich daraus im Schnitt 2,6 Vollzeitstellen, die nicht besetzt werden konnten (ebd.).

Darüber hinaus stellt der Personalmangel eine zentrale Ursache für Kreißsaal-Schließungen dar (Motherhood e.V., 2023a). Neben geringen Geburtenzahlen sowie wirtschaftlichen Gründen, wurden Kreißsäle in den vergangenen Jahren auch vermehrt aus Personalengpässen geschlossen oder vorübergehend abgemeldet (ebd.). Der Kreißsaal des Nordfriesland Klinikums in Niebüll wurde beispielsweise im Juli 2016 primär vorläufig geschlossen, aufgrund von akutem Hebammenmangel (Deutsche Hebammenzeitschrift, 2016). Trotz intensiven Bemühungen die Stellen zu besetzen, konnte die Sicherstellung von ausreichend Personal nicht mehr gewährleistet werden (ebd.). Neben Niebüll beeinflusste der Personalmangel beispielsweise auch die Kreißsaal-Schließungen bzw. Abmeldungen in Bergen und Preetz (NDR, 2022; Schoenwiese, 2021).

Die Entwicklung der personellen Besetzung in der stationären Hebammenversorgung kann aufgrund von fehlenden Angaben für die einzelnen Bundesländer nicht abschließend dargestellt werden.

Insgesamt zeigt sich bundesweit im Vergleich zwischen den Jahren 2013 und 2022 durchaus ein Anstieg der Hebammen, die in der klinischen Geburtshilfe tätig sind. Dennoch zeichnet sich in diesem Zeitraum auch ein zunehmender negativer Trend in der Stellenbesetzung ab, der insbesondere auf die hohe Quote der Teilzeitbeschäftigten zurück-



zuführen ist. Daraus lässt sich ableiten, dass der zusätzliche Arbeitsaufwand, der durch die Zunahme der klinischen Geburtzahlen entstand, nicht durch eine steigende Anzahl an Hebammen aufgefangen wurde.

## 5. Diskussion

### 5.1 Methode

Eine kritische Betrachtung des Ergebnisteils dieser Arbeit zeigt ein zentrales Problem auf. Einige Teilaspekte konnten aufgrund fehlender Daten oder des inhaltlichen Umfangs nicht abschließend beantwortet werden. Aufgrund der primären Methode der Sekundärdatenanalyse, basiert diese Arbeit auf bereits vorliegenden Daten. Die vorliegenden Datenlücken bzw. teilweise divergierenden Daten stellen dementsprechend ein zentrales Problem in der Beantwortung der Forschungsfrage dar. Eine Primärdatenerhebung in diesen Bereichen, wie beispielsweise die Generierung von Zahlen bezüglich vakanter Hebammenstellen, ist jedoch aufgrund des Umfangs einer Bachelorarbeit keine alternative Methode. Vielmehr ergeben sich aus den fehlenden Daten Schussfolgerungen, die im folgenden Kapitel diskutiert werden. Aufgrund der weit gefassten Forschungsfrage, den zahlreichen Einflussfaktoren auf die klinische Geburtshilfe sowie den zahlreichen Akteuren, die sich mit diesen Aspekten befassen, können die quantitativen Daten, die durch die Recherche generiert wurden trotz den Datenlücken einen Überblick über allgemeine Entwicklungstendenzen geben. Die Umfragen an die bestehenden Kreißsäle ergänzen diesen Überblick mit individuellen Entwicklungen einzelner Kreißsäle. Hierbei muss kritisch betrachtet werden, dass zum einen die Anzahl der Antworten gering ist und zum anderen Antworten teilweise nicht eindeutig sind. Lediglich jene Kreißsäle, auf deren Webseiten keine E-Mail-Adressen hinterlegt waren, wurden telefonisch kontaktiert. Die Umfragen erfolgten jedoch auch in diesen Fällen schriftlich, nachdem eine E-Mail-Adresse übermittelt wurde. Die Rücklaufquote der telefonisch kontaktierten Kreißsäle ist nicht höher als die generelle Rücklaufquote, weshalb eine zusätzliche, telefonische Kontaktaufnahme mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu mehr Antworten geführt hätte. Die teilweise geringe Aussagekraft der Antworten, basiert größtenteils auf der Qualität der Fragen. Ein überwiegender Teil der Fragen war so gestellt, dass eine Beantwortung mit ja oder nein die Frage ausreichend beantwortet. Aus diesem Grund erfolgten nur teilweise ausführlichere Antworten mit konkreten Zahlen. Die Frage bezogen auf die Zunahme der Kreißsaal-Sperrungen beispielsweise, wurde in vielen Fällen mit einer Bejahung der Zunahme beantwortet, jedoch wurde in keinem Fall eine Angabe über die konkrete Zunahme gemacht. Dies kann zum einen an der Fragestellung liegen und zum anderen möglicherweise aber auch daran, dass jenen Personen, die die Umfrage beantwortet haben, keine konkreten Zahlen vorlagen.

Insgesamt stellt die empirische Studie anhand von einer Sekundärdatenanalyse für diese Forschungsfrage eine sinnvolle Methode dar, da das Ziel dieser Forschungsfrage ein

Überblick der Situation in mehreren Bundesländern ist. Für einen tieferen Einblick in die Auswirkungen der Veränderungen und den Umgang mit diesen hingegen, müsste eine qualitative Datenerhebung durch ausführlichere Befragungen der einzelnen Kreißsäle stattfinden. Die Kombination in dieser Arbeit zielt primär auf den genannten Überblick ab, verknüpft diesen jedoch auch mit den Erfahrungen einzelner Kreißsäle, um die quantitativen Ergebnisse zu unterstützen.

## 5.2 Ergebnisse

Zentrale inhaltliche Ergebnisse dieser Arbeit belegen überwiegend eine Bedarfssteigerung der geburtshilflichen Kapazitäten in Norddeutschland zwischen den Jahren 2013-2022, aufgrund von steigenden Geburtenzahlen. Niedersachsen verzeichnet den stärksten Anstieg in der Anzahl der Lebendgeborenen in den Kliniken, gefolgt von Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 101, 2023a, tbls. 23111–42). Lediglich Mecklenburg-Vorpommern weist in diesem Zeitraum sinkende Geburtenzahlen auf (ebd.). Der Großteil der Geburten findet in Deutschland weiterhin überwiegend in Kliniken statt (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V., 2023b). Insbesondere in den Kreißsälen der geburtshilflichen Level 1 und 2 sind die Geburtenzahlen stark angestiegen (Milupa Nutricia GmbH, 2023). Im Gegensatz zu dem steigenden Bedarf ist, bezogen auf die Quantität der Institutionen der klinischen Geburtshilfe ein Rückgang der Kapazitäten zu betrachten (Motherhood e.V., 2023b). Die Küstenregionen sind vermehrt von Kreißsaal-Schließungen betroffen, während städtische Ballungsräume weiterhin eine relativ hohe Kreißsaal-Dichte aufweisen (ebd.). Kurzfristig fanden laut der Umfrage in umliegenden Kreißsälen selten Anpassungen an den steigenden Bedarf statt. Inwiefern dieser langfristig jedoch in andere Kreißsäle eingeplant und gedeckt wird, kann aufgrund von uneindeutigen Daten in den Krankenhausplänen, bezogen auf die reine Geburtshilfe, nicht beantwortet werden. Auch die Veränderungen der personellen Ausstattung der Hebammen kann nicht abschließend beantwortet werden. Primär deuten die absoluten Zahlen darauf hin, dass den steigenden Geburtenzahlen mit einer steigenden Anzahl an Hebammen begegnet wurde (Statistisches Bundesamt, 2023b). Aufgrund der hohen und steigenden Teilzeitbeschäftigung unter Hebammen ist diese Aussage jedoch in Frage zu stellen (Statistisches Bundesamt, 2023a, tbls. 23111–22). Auf Basis von Umfrageergebnissen des Krankenhausbarometers und den Aussagen von Kreißsälen bezüglich der zentralen Problematik Stellen zu besetzen, kann lediglich die Annahme getroffen werden, dass sich die personellen Kapazitäten nicht adäquat zu dem gestiegenen Bedarf verändert haben (Dr. Blum et al., 2022, S. 75). Die aktuelle Versor-

gungslage ist dementsprechend durch einen steigenden Bedarf und anhaltend sinkenden Kapazitäten geprägt.

Diese Ergebnisse unterstreichen zahlreiche Aspekte, die der DHV sowie Motherhood e.V. seit längerer Zeit in zahlreichen Positionspapieren kritisieren bzw. fordern. Darüber hinaus stellen auch die fehlenden Ergebnisse bzw. die bestehende Datenlücke und die erschwerte Datenerhebung ein wesentliches Ergebnis dieser Arbeit dar.

### 5.2.1 Koordinierungsstelle

Die Recherche für diese Arbeit zeigte wesentliche Datenlücken in Bereichen, die für die Planung einer flächendeckenden geburtshilflichen Versorgung jedoch von zentraler Relevanz sind. Liegen in diesen Bereichen keine Daten vor, ist die Argumentationsgrundlage gering und nicht aussagekräftig. Aus diesen Gründen fordert das Bündnis „Gute Geburt“ in einer aktuellen Stellungnahme im Mai diesen Jahres „eine Koordinierungsstelle auf Bundesebene, um die Aktivitäten der Berufsverbände, des Bundes, der Länder und der Kommunen zusammenzubringen“ (Bündnis Gute Geburt, 2023, S. 5). Auch Motherhood e.V. sieht in einer solchen Koordinierungsstelle einen Ansatzpunkt, die Maßnahmen des Nationalen Gesundheitsziels zu koordinieren, zu monitoren und umzusetzen, um die Frauen- und Familiengesundheit nachhaltig zu verbessern (Desery, 2023, S. 1).

In Schleswig-Holstein wird aktuell im Ministerium für Justiz und Gesundheit bereits eine solche bundeslandinterne Koordinierungsstelle für Hebammenangelegenheiten geschaffen (A.-L. Gattinger, persönliche Kommunikation, 10. Oktober 2023).

Zentrale Beispiele für solche Datenlücken in der Recherche stellen in dieser Arbeit vakante Hebammenstellen in der klinischen Geburtshilfe oder Kreißaal-Sperrungen dar. Beide Aspekte werden nicht regelmäßig erhoben bzw. es findet kein Monitoring dieser Aspekte statt.

Insbesondere, weil die Teilzeitbeschäftigung unter Hebammen so hoch ist, wäre die Zahl vakanter Stellen jedoch aussagekräftiger als die Anzahl angestellter Hebammen. Betrachtet man die Kreißaal-Sperrungen als Anzeichen überlasteter Kreißäle, kann eine quantitative Zunahme von Kreißaal-Sperrungen dementsprechend einer zunehmenden Überlastung geburtshilflicher Institutionen gleichgesetzt werden. Konkrete Angaben im Laufe der Jahre in diesen beiden Bereichen, wären dementsprechend eine gute Argumentationsgrundlage bezüglich personeller sowie räumlicher Überlastung in den Kreißälen.

### 5.2.2 Gesundheitspolitische Aspekte

Die Ergebnisse zeigen auch aus gesundheitspolitischer Sicht, insbesondere im Bereich der geburtshilflichen Versorgungsplanung, Probleme auf. Zum einen sind die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendigen und geplanten Kapazitäten der einzelnen Kreißsäle in der aktuellen Krankenhausplanung anhand der Planbetten nicht repräsentiert.

Die in der bevorstehenden Krankenhausstrukturreform vorgesehene Umstellung einer Bettenplanung auf eine Leistungsplanung stellt aus diesem Grund insbesondere für die Geburtshilfe einen vielversprechenden Ansatz dar (Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Die Planung und Finanzierung von Krankenhäusern basiert in dieser Art der Planung auf festgelegten Leistungsgruppen, in welchen die Geburtshilfe bzw. Geburten eine eigene Leistungsgruppe darstellen (Deutscher Hebammenverband e.V., 2023a, S. 1).

Auch bezogen auf die Kreißsaal-Schließungen ist eine geplante Veränderung der Versorgungslandschaft in Frage zu stellen. Aufgrund herausfordernder Rahmenbedingungen und einer Unterfinanzierung der Geburtshilfe findet eine forcierte, aber unstrukturierte Zentralisierung statt (Deutscher Hebammenverband e.V., 2023b). Ein gesteuerter Prozess bzw. eine langfristige Planung, wie sich die Versorgungslandschaft verändern soll oder kann, ist nicht zu erkennen (ebd.). Basierend auf einer solchen Planung müssten jedoch explizit jene Kreißsäle finanziell gefördert werden, die für eine flächendeckende Versorgung relevant sind und die geburtshilfliche Grundversorgung wieder ausgebaut werden (ebd. S. 8). Darüber hinaus fand in den vorliegenden Beispielen kaum eine kurzfristige Planung bezüglich der ansteigenden Geburtenzahlen bei der Schließung eines umliegenden Kreißsaales statt. Die Antworten der Kreißsäle belegen, dass außer Gesprächen im Voraus keine Maßnahmen ergriffen wurden. Bereits einzelne Überlastungssituationen können zum einen das Personal wesentlich belasten und beeinflussen. Andererseits beeinflusst ein überlasteter Kreißsaal vor allem jede einzelne Gebärende (Motherhood e.V., 2021, S. 3–4). Unzureichend betreute Geburten bergen ein individuelles Gesundheitsrisiko für Mutter und Kind und eine Verlegung unter der Geburt aufgrund von personellen und bzw. oder räumlichen Engpässen in einer Klinik, können den Geburtsprozess negativ beeinträchtigen (ebd.).

Aus diesen Aspekten ergibt sich die zentrale Forderung des DHV für die bevorstehende Krankenhausstrukturreform (Deutscher Hebammenverband e.V., 2023a, S. 1). Die Geburtshilfe und insbesondere die hebammengeleitete Geburtshilfe muss Teil der Regel- oder Grundversorgung sein (ebd.). Laut aktuellem Stand der Reform wird lediglich die fachärztliche Geburtshilfe in Krankenhäusern der (neuen) Level II und III geplant (Deutscher Hebammenverband e.V., 2023b, S. 2). Sowohl die hebammengeleitete Geburtshilfe als auch die ambulante außerklinische Versorgung ist aktuell nicht Teil der Re-

form (ebd.). Diese Kapazitäten sind jedoch von zentraler Bedeutung für die Verbesserung der aktuellen Versorgungsstruktur. Die Stärkung der hebammengeleiteten Geburtshilfe kann einerseits ein Lösungsansatz für die flächendeckende Versorgung sein und spielt andererseits eine zentrale Rolle in der Förderung der Physiologie (Deutscher Hebammenverband e.V., 2023a, S. 1).

### 5.2.3 Personalmangel

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass ein Personalschlüssel, der eine 1:1 Betreuung ermöglicht, aufgrund von Personalmangel aktuell kaum umzusetzen ist. Vielmehr ist der Personalmangel ein Grund, aus welchem Kliniken ihre Kreißsäle schließen müssen. Die Zentralisierung bzw. die Zusammenlegung von Kreißsälen, wird teilweise als Lösungsansatz für den akuten Hebammenmangel gesehen. Betrachtet man diesen Ansatz jedoch genauer, ist größtenteils lediglich eine Verschiebung des Problems festzustellen. Durch eine Kreißsaal-Schließung können die betroffenen Hebammen durchaus in einen anderen Kreißsaal wechseln und dort vakante Stellen besetzen. Die Geburten aus dem geschlossenen Kreißsaal müssen jedoch weiterhin betreut werden und der Bedarf verschiebt sich lediglich in die umliegenden Kreißsäle.

Die Umfrageergebnisse des DHV anlässlich des Welthebammentages im Jahr 2022, lassen hingegen darauf schließen, dass die aktuell stattfindende, unstrukturierte Zentralisierung und die damit einhergehende Überlastung des Personals den Personalmangel vielmehr verstärkt (Deutscher Hebammenverband e.V., 2022). Knapp 2.700 Hebammen gaben bei dieser Umfrage an, in die klinische Geburtshilfe zurückzukehren, wenn sich die Arbeitsbedingungen verbessern (ebd.). Die Überlastung in den Kreißsälen sieht der DHV als eine zentrale Ursache für die Unzufriedenheit vieler Hebammen, die wiederum in zahlreichen Fällen zu einer Reduzierung der Tätigkeit oder dem kompletten Ausstieg aus der klinischen Geburtshilfe führt (ebd.). Durch die hohe Teilzeitquote wird der Personalmangel zusätzlich verstärkt. Um dies zu vermeiden, muss die klinische Geburtshilfe attraktiver gestaltet werden und es müssen Anreize für Hebammen geschaffen werden (ebd.). Dies allein kann das Problem des Personalmangels nicht vollständig lösen, ist jedoch ein wichtiger Ansatz in der Lösung des Problems, da zahlreiche Fachkräfte bereits vorhanden sind.

### 5.2.4 Förderung der Physiologie

Trotz des Nationalen Gesundheitszieles tragen aktuelle gesundheitspolitische Aspekte insbesondere in der klinischen Geburtshilfe nicht zur Förderung der Physiologie bei.

Einerseits sind aufwändige Interventionen, die in einem physiologischen Geburtsverlauf weitestgehend vermieden werden sollen, ökonomisch betrachtet sinnvoll, da sie aufgrund des aktuellen Finanzierungssystems, das DRG-System, mehr Einnahmen bringen (Deutsches Ärzteblatt, 2020). So werden Fehlanreize geschaffen, da interventionsfreie, natürliche und möglicherweise lange Spontangeburt nicht lukrativ sind (ebd.). Darüber hinaus sind Kreißsäle, aufgrund dieses Finanzierungssystems, häufig jene Abteilungen der Krankenhäuser, die gesamtwirtschaftlich betrachtet zu Verlusten führen (ebd.). Insbesondere in kleinen Kreißsälen mit geringen Geburtzahlen ist die Wirtschaftlichkeit einer der Hauptgründe für eine Kreißsaal-Schließung. Der Ergebnisteil dieser Arbeit zeigt deutlich, dass es sich hierbei vor allem um Level 4 Kreißsäle handelt, die auf die Betreuung gesunder Schwangerer sowie Geburten von reifen, gesunden Neugeborenen beschränkt sind (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2006, S. 11). Aufgrund der zahlreichen Kreißsaal-Schließungen und der damit einhergehenden Zentralisierung haben sich die Geburtzahlen jedoch zugunsten von Maximalversorgern verschoben. Dementsprechend werden physiologische, risikoarme Schwangerschaften und Geburten, die keine medizinische Maximalversorgung benötigen, jedoch vermehrt in diesen Kreißsälen betreut. Einerseits werden Kapazitäten dieser Kreißsäle, die primär für Risikoschwangerschaften und Geburten vorgesehen sind, dadurch fehlgenutzt und häufig überlastet. Und andererseits können wesentliche Aspekte, die für den physiologischen Geburtsprozess sind, wie eine 1:1 Betreuung unter Geburt oder eine schnelle Erreichbarkeit, aufgrund der Zentralisierung nicht mehr erfüllt werden.

Diese aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und die daraus resultierenden Veränderungen der Versorgungslandschaft deuten, trotz der Zielsetzung des Nationalen Gesundheitsziels, nicht auf eine Förderung der physiologischen Geburt hin. Inwiefern dieser Aspekt durch die Krankenhausstrukturreform berücksichtigt wird, hängt von der Ausgestaltung dieser Reform ab. Die aktuelle Version der Reform, in der die Geburtshilfe nicht als Teil der Grund- oder Regelversorgung geplant ist, ist weiterhin weit davon entfernt.

## 6. Fazit

Abschließend zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit auf, dass der Bedarf an geburtshilflicher Versorgung in vier der fünf untersuchten Bundesländer zwischen den Jahren 2013 und 2022 gestiegen ist. Aufgrund der weiterhin geringen Rate außerklinischer Geburten, ist insbesondere der Bedarf der klinischen Geburtshilfe gestiegen. Die institutionelle Ausstattung dieser, ist jedoch in demselben Zeitraum in ganz Norddeutschland stark gesunken. Von diesen Veränderungen waren insbesondere die ländlichen Gegenden betroffen, während die Kreißaal-Dichte in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen überwiegend gleichblieb. Dies führte auch zu dem Anstieg der Zuwanderung von Geburten aus den Flächenbundesländern in die beiden Stadtstaaten. Bei Betrachtung der strukturellen Veränderungen und der geschlossenen Kreißsäle ist keine geplante, strukturierte Zentralisierung seitens der Politik erkennbar und eine flächendeckende Versorgung ist in einigen Regionen aufgrund von gehäuften Kreißaal-Schließungen gefährdet bzw. nicht mehr gegeben.

Dieser Negativ-Trend, der in der institutionellen Komponente zu betrachten ist, kann für die personelle Ausstattung aufgrund der mangelnden Datenlage lediglich angenommen werden. Eine gehäufte Problematik, Stellen zu besetzen, sowie die steigende Anzahl der Teilzeitbeschäftigten deuten darauf hin, dass der steigende Bedarf nicht mit steigenden personellen Kapazitäten einhergeht.

Die dadurch entstehenden begrenzten räumlichen und personellen Kapazitäten beeinträchtigen auch die Qualität der klinischen Geburtshilfe. Hier stehen insbesondere die Überlastung der Kreißsäle und des Personals, sowie die fehlende 1:1 Betreuung unter der Geburt im Fokus. Darüber hinaus führen die strukturellen Veränderungen in einigen Regionen zu einer eingeschränkten Erreichbarkeit und weiten Fahrtwegen.

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, wie das DRG-System und eine geringe Repräsentanz der Geburtshilfe in der Krankenhausplanung, haben diese Entwicklungen bedingt. Die bevorstehende Krankenhausstrukturreform bietet die Chance, diese Rahmenbedingungen teilweise zu verbessern. Um dies zu erreichen, muss die Geburtshilfe jedoch Teil der Grund- oder Regelversorgung werden. Ist dies nicht der Fall, werden die Versorgungskapazitäten weiter eingeschränkt. Neben diesen Rahmenbedingungen bezüglich der Versorgungslage, muss auch der Blick auf die Geburtshilfe in den kommenden Jahren verändert werden, um eine Verbesserung zu erreichen. Zum einen muss eine Aufwertung der gesamten geburtshilflichen Versorgung stattfinden und die gesundheitspolitische Relevanz der Geburtshilfe deutlich werden. Es müssen Anreize, wie verbesserte Arbeitsbedingungen und höherer Lohn, geschaffen werden, um Berufe in diesem Bereich attraktiver zu machen. Darüber hinaus muss die Förderung der Physiologie wieder mehr in den Fo-



kus rücken. Geburtshilfe bedeutet überwiegend die Betreuung und Begleitung gesunder Frauen und Kinder. Vor dem Hintergrund dieses Aspekts muss die Förderung der ambulanten, der hebammengeleiteten sowie geburtshilflichen Grundversorgung stattfinden, um Maximalversorger zu entlasten. Nur so kann in Zukunft eine bedarfsgerechte, geburtshilfliche Versorgung stattfinden.

## Literaturverzeichnis

- Albrecht, M., Bock, H., an der Heide, I., Loos, S., Ochmann, R., Sander, M., & Temizdemir, E.** (2019). *Stationäre Hebammenversorgung* (S. 264) [Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit]. IGES Institution.  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere\\_Hebammenversorgung\\_IGES-Gutachten.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf)
- Bauersfeld, Y.** (2023, November 7). *Anfrage an das niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung* [Persönliche Kommunikation].
- Bertram, A.** (2022). *Stellungnahme des Hebammenverband Schleswig-Holstein e.V. zu der Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein* [Stellungnahme].  
[https://hebammen-sh.de/wp-content/uploads/2022-12-01\\_Stellungnahme\\_HV-SH\\_Sozialausschuss6.pdf](https://hebammen-sh.de/wp-content/uploads/2022-12-01_Stellungnahme_HV-SH_Sozialausschuss6.pdf)
- Bundesministerium für Gesundheit.** (2017). *Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt* (S. 136). Bundesministerium für Gesundheit.  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt>
- Bundesministerium für Gesundheit.** (2023). *Eckpunktepapier Krankenhausreform* (S. 15) [Stellungnahme]. Bundesministerium für Gesundheit.  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausesreform/Eckpunktepapier\\_Krankenhausesreform.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausesreform/Eckpunktepapier_Krankenhausesreform.pdf)
- Bundesregierung.** (2021). *Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP.*  
<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>
- Bündnis Gute Geburt** (Hrsg.). (2023). *Stellungnahme des Bündnis Gute Geburt zur Versorgung rund um die Geburt und zur Umsetzung eines Aktionsplans zum Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“.* Bündnis Gute Geburt.

[https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2022/08/20230530\\_Stellungnahme-Nationales-Gesundheitsziel.pdf](https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2022/08/20230530_Stellungnahme-Nationales-Gesundheitsziel.pdf)

**Celik, D.** (2019). *Schriftliche Kleine Anfrage des Abgeordneten Deniz Celik (DIE LINKE) vom 15.01.2019 und Antwort des Senats* (Drucksache 21/15810; S. 7).

[https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/65313/wie\\_steht\\_es\\_um\\_die\\_geburtshilfe\\_in\\_der\\_helios\\_mariahilf\\_klinik\\_in\\_harburg.pdf](https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/65313/wie_steht_es_um_die_geburtshilfe_in_der_helios_mariahilf_klinik_in_harburg.pdf)

**Desery, K.** (2023, September 27). Aktionsplan Bundesregierung Versorgung rund um die Geburt: Mehr frau- und familienzentrierte Maßnahmen nötig. Mother Hood e.V. *Mother Hood e.V.* <https://mother-hood.de/aktuelles/aktionsplan-bundesregierung/>

**Deutsche Hebammenzeitschrift.** (2016, Juli 11). *Geburtshilfe Niebüll vorläufig geschlossen.* Deutsche Hebammen Zeitschrift. <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/geburtshilfe-niebuell-vorlaeufig-geschlossen/> (zuletzt abgerufen: 10.11.2023)

**Deutscher Hebammenverband e.V.** (2023a). *Empfehlung Leistungsgruppen Geburtshilfe: Physiologie fördern und Eins-zu-Eins-Betreuung absichern* (S. 6) [Stellungnahme]. Deutscher Hebammenverband e.V. [https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/04/2023\\_04\\_13\\_DHV-Empfehlung\\_Leistungsgruppen\\_Geburtshilfe.pdf](https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/04/2023_04_13_DHV-Empfehlung_Leistungsgruppen_Geburtshilfe.pdf)

**Deutscher Hebammenverband e.V.** (2023b). *Positionspapier des Deutschen Hebammenverbandes e.V. zur Zentralisierung der Versorgung mit stationärer Geburtshilfe im Rahmen der Krankenhausreform* (S. 8) [Stellungnahme]. Deutscher Hebammenverband e.V. [https://hebammenverband-hamburg.de/download/2023\\_01\\_19\\_dhv-positionspapier\\_zentralisierung\\_geburtshilfe.pdf](https://hebammenverband-hamburg.de/download/2023_01_19_dhv-positionspapier_zentralisierung_geburtshilfe.pdf)

**Deutscher Hebammenverband e.V.** (2022, Mai 5). *Umfrage bringt prekäre Arbeitsbedingungen ans Licht.* Deutsche Hebammen Zeitschrift. <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/dhv-umfrage-bringt-prekaere-arbeitsbedingungen-ans-licht/> (zuletzt abgerufen: 10.11.2023)

**Deutsches Ärzteblatt.** (2020, April 10). *Geburtshilfe: Die Fehlsteuerungen beheben*. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/213475/Geburtshilfe-Die-Fehlsteuerungen-beheben> (zuletzt abgerufen: 12.11.2023)

**DGGG, & DGHWi** (Hrsg.). (2020). *S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin*. [https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083I\\_S3\\_Vaginale-Geburt-am-Termin\\_2021-03.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083I_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf)

**Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz.** (2023). *Krankenhausrahmenplan 2022-2024 für das Land Bremen*. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiwvOzZrmCAxX4Q\\_EDHWI8BCgQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gesundheit.bre-men.de%2Fsixcms%2Fmedia.php%2F13%2F01\\_Krankenhausrahmenplan\\_2022\\_2024.pdf&usg=AOvVaw3vdaTfKjzoUS3wA1Vyh\\_Y7&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiwvOzZrmCAxX4Q_EDHWI8BCgQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gesundheit.bre-men.de%2Fsixcms%2Fmedia.php%2F13%2F01_Krankenhausrahmenplan_2022_2024.pdf&usg=AOvVaw3vdaTfKjzoUS3wA1Vyh_Y7&opi=89978449)

**Dr. Blum, K., Dr. Löffert, S., Dr. Offermanns, M., & Dr. Steffen, P.** (2014). *Krankenhaus Barometer Umfrage 2014* (Krankenhaus Barometer, S. 116) [Repräsentativ-Umfrage]. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. [https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/krankenhaus\\_barometer\\_2014.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/krankenhaus_barometer_2014.pdf)

**Dr. Blum, K., Hebel, R., Dr. Löffert, S., Dr. Offermanns, M., & Dr. Steffen, P.** (2020). *Krankenhaus Barometer Umfrage 2020* (Krankenhaus Barometer, S. 57) [Repräsentativ-Umfrage]. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. [https://www.dki.de/sites/default/files/anylink/Krankenhaus%20Barometer%202020%20-%20final\\_0.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/anylink/Krankenhaus%20Barometer%202020%20-%20final_0.pdf)

**Dr. Blum, K., Heber, R., Dr. Levsen, A., Dr. Offermanns, M., Parloh, A. K., Schuhmacher, L., & Siewert, S.** (2022). *Krankenhaus Barometer Umfrage 2022* (Krankenhaus Barometer, S. 87) [Repräsentativ-Umfrage]. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. <https://www.dki.de/sites/default/files/2022-12/Krankenhaus-Barometer%202022%20final.pdf>

**Freie und Hansestadt Hamburg** (Hrsg.). (2016). *Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg*.

<https://www.hamburg.de/contentblob/4659138/801fc86b22508ccb2024996c7c0ce5ea/data/krankenhausplan2020-broschuere.pdf>

**Freie und Hansestadt Hamburg**. (2021). *Zwischenfortschreibung 2021-2023. Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg*.

<https://www.hamburg.de/krankenhausplanung/15052730/krankenhausplanung-zwischenfortschreibung-2021-2023/>

**Gattinger, A.-L.** (2023, Oktober 10). *Anfrage an das Ministerium für Justiz und Gesundheit Schleswig-Holstein* [Telefon].

**Gemeinsamer Bundesausschuss**. (2006). *Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene. QFR-RL* (S. 165) [Richtlinie]. Bundesanzeiger. [https://www.g-ba.de/richtlinien/41/borene.QFR-RL\(S.165\)\[Richtlinie\].Bundesanzeiger](https://www.g-ba.de/richtlinien/41/borene.QFR-RL(S.165)[Richtlinie].Bundesanzeiger).

**Gemeinsamer Bundesausschuss**. (2020). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch: Erweiterung um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung*. BAnz AT 08.12.2020 B3. [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4486/2020-10-01\\_SiZu-R\\_FA-Kinder-Jugendmedizin\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4486/2020-10-01_SiZu-R_FA-Kinder-Jugendmedizin_BAnz.pdf)

**Gerlinger, T.** (2017, September 22). *Krankenhausplanung und -finanzierung*. bpb.de.

<https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/252942/krankenhausplanung-und-finanzierung/> (zuletzt abgerufen: 09:11.2023)

**Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.** (2023a). *Geburtenzahlen Länderauswertung* [dataset]. <https://www.quag.de/quag/laenderauswertung.htm> (zuletzt abgerufen: 09.11.2023)

**Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.** (2023b). *Geburtenzahlen in Deutschland*. QUAG. <https://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm>

- Henkelmann, M.** (2023, September 25). *Anfrage an den Hebammenverband Hamburg*  
[Persönliche Kommunikation].
- Herold, K.** (2023, September 26). *Anfrage an den Hebammenverband Mecklenburg-Vorpommern* [Persönliche Kommunikation].
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen.** (2023). *Liste aller Perinatalzentren (Level 1, Level 2) und perinataler Schwerpunkte in Deutschland*. perinatalzentren.org. <https://perinatalzentren.org/standortliste/> (zuletzt abgerufen: 09.11.2023)
- Köbke, A.** (2023, November 8). *Antwort Andrea Köbke bezüglich verschiedener Datenlücken*  
[Persönliche Kommunikation].
- Milupa Nutricia GmbH.** (2023b). *Milupa Geburtenlisten 2014-2022* [dataset].  
<https://www.presseportal.de/pm/53080/5125684>
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern.**  
(2022). *Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern*. <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/gesundheits/Gesundheitsversorgung/Krankenhauswesen/>
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein.** (2017). *Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein*.  
<https://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl18/umdrucke/7000/umdruck-18-7063.pdf>
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstein.** (2021). *Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein* (Bericht der Landesregierung. Drucksache 19/3263; S. 57). Schleswig-Holsteinischer Landtag.  
<https://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl19/drucks/03200/drucksache-19-03263.pdf>
- Motherhood e.V.** (2021). *Grundlagen einer sicheren Geburt* (S. 7) [Stellungnahme]. Bundeselterninitiative zum Schutz von Mutter und Kind während Schwangerschaft, Geburt und 1. Lebensjahr. [https://mother-hood.de/wp-content/uploads/2021/02/MH\\_Grundlagen-sichere-Geburtshilfe\\_180229\\_FK.pdf](https://mother-hood.de/wp-content/uploads/2021/02/MH_Grundlagen-sichere-Geburtshilfe_180229_FK.pdf)
- Motherhood e.V.** (2023a). *Geburtsstationen Übersicht*. Mother Hood e.V. <https://motherhood.de/informieren/geburtsstationen-deutschland/> (zuletzt abgerufen: 09.11.2023)

- Motherhood e.V.** (2023b, September 28). *Geburtshilfestationen Deutschland* [Karte]. Google My Maps. <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1x7fCZyMwg1-HXjoDOfG4kTmNqvALuRue> (zuletzt abgerufen: 14.11.2023)
- NDR.** (2022, August 22). *Preetz: Klinik schließt Kreißsaal*. ndr.de. <https://www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Preetz-Klinik-schliesst-Kreissaal,kreissaal104.html> (zuletzt abgerufen: 14.11.2023)
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.** (2022). *Niedersächsischer Krankenhausplan 2022. 37. Fortschreibung*. <https://www.ms.niedersachsen.de/krankenhaeuser/krankenhausplanung/krankenhausplanung-14156.html>
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung.** (2022). *Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe* (S. 14) [Stellungnahme]. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhaeuserreform/220708\\_Empfehlung\\_AG\\_Paediatrie\\_und\\_Geburtshilfe\\_zu\\_Paediatrie\\_und\\_Geburtshilfe.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhaeuserreform/220708_Empfehlung_AG_Paediatrie_und_Geburtshilfe_zu_Paediatrie_und_Geburtshilfe.pdf)
- Rohlwing, R.** (2023, Oktober 10). *Anfrage Referentin für Angelegenheiten der Frauengesundheit Bremen* [Persönliche Kommunikation].
- Schauland, H.** (2023, September 25). *Anfrage an den Hebammenverband Niedersachsen* [Persönliche Kommunikation].
- Schoenwiese, C.** (2021, April 23). *Bald keine stationäre Geburtshilfe mehr auf Rügen*. nordkurier.de. <https://www.nordkurier.de/regional/mecklenburg-vorpommern/bald-keine-stationare-geburtshilfe-mehr-auf-rugen-1155578> (zuletzt abgerufen: 14.11.2023)

**Statistisches Bundesamt.** (2014). *Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser 2013*

(Statistischer Bericht 2120611127004; Fachserie 12 / 6 / 1 / 1, S. 139). Statistisches Bundesamt. [https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft\\_mods\\_00025466](https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00025466)

**Statistisches Bundesamt.** (2017). *Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser 2016*

(Statistischer Bericht 2120611167004; Fachserie 12 / 6 / 1 / 1, S. 156). Statistisches Bundesamt.

[https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft\\_derivate\\_00036180/2120611167004\\_Korr10082018.pdf](https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00036180/2120611167004_Korr10082018.pdf)

**Statistisches Bundesamt.** (2022). *Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser 2021*

(Statistischer Bericht 2120611217005; Fachserie 12 / 6 / 1 / 1, S. 136). Statistisches Bundesamt. [https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft\\_mods\\_00147150](https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00147150)

**Statistisches Bundesamt.** (2023a). *Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser 2022*

(Fachserie 12 / 6 / 1 / 1, S. 88 Tabellen) [Statistischer Bericht]. Statistisches Bundesamt.

[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.xlsx?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.xlsx?__blob=publicationFile)

**Statistisches Bundesamt.** (2023b). *Hebammen nach Bundesländern ab 2013. Destatis*

[dataset].

**Statistisches Bundesamt.** (2023c, Juli). *Geburten in Bremen bis 2022*. Statista.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/588902/umfrage/anzahl-der-geburten-in-bremen/> (zuletzt abgerufen: 03.11.2023)

**Statistisches Bundesamt.** (2023d, Juli). *Geburten in Deutschland bis 2022*. Statista.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/235/umfrage/anzahl-der-geburten-seit-1993/> (zuletzt abgerufen: 03.11.2023)

**Statistisches Bundesamt.** (2023e, Juli). *Geburten in Hamburg bis 2022*. Statista.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/588906/umfrage/anzahl-der-geburten-in-hamburg/> (zuletzt abgerufen: 03.11.2023)



**Statistisches Bundesamt.** (2023f, Juli). *Geburten in Mecklenburg-Vorpommern bis 2022.*

Statista. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/588911/umfrage/anzahl-der-geburten-in-mecklenburg-vorpommern/> (zuletzt abgerufen: 03.11.2023)

**Statistisches Bundesamt.** (2023g, Juli). *Geburten in Niedersachsen bis 2022.* Statista.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/588918/umfrage/anzahl-der-geburten-in-niedersachsen/> (zuletzt abgerufen: 03.11.2023)

**Statistisches Bundesamt.** (2023h, Juli). *Geburten in Schleswig-Holstein bis 2022.* Statista.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/588949/umfrage/anzahl-der-geburten-in-schleswig-holstein/> (zuletzt abgerufen: 03.11.2023)

**Wissenschaftliche Dienste des deutschen Bundestages.** (2021). *Überblick über Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe. Deutschland, Dänemark, Schweden und Norwegen* (WD 9-3000-012/21; S. 12).

<https://www.bundestag.de/resource/blob/844764/ac656a16f259978b379e41f649f39865/WD-9-012-21-pdf-data.pdf>

## Gesetze und Verordnungen

### **Hebammengesetz (HebG)**

Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen

„Hebammengesetz vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759), das durch Artikel 10 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist“

Online abrufbar: [https://www.gesetze-im-internet.de/hebg\\_2020/BJNR175910019.html](https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html)

### **Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)**

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze

„Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist „

Online abrufbar: <https://www.gesetze-im-internet.de/khg/>

### **Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)**

Gesetzliche Krankenversicherung

„Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 217) geändert worden ist“

Online abrufbar: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/)

## Anlagenverzeichnis

**Anlage 1: Erreichbarkeit der nächstgelegenen Geburtsklinik in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene der Gemeinden, 2018**

**Anlage 2: Umfrage an die Kreißsäle**

**Anlage 3: Kontaktaufnahme bei fehlenden Angaben**

**Anlage 4: Vergleich Geburtenzahlen**

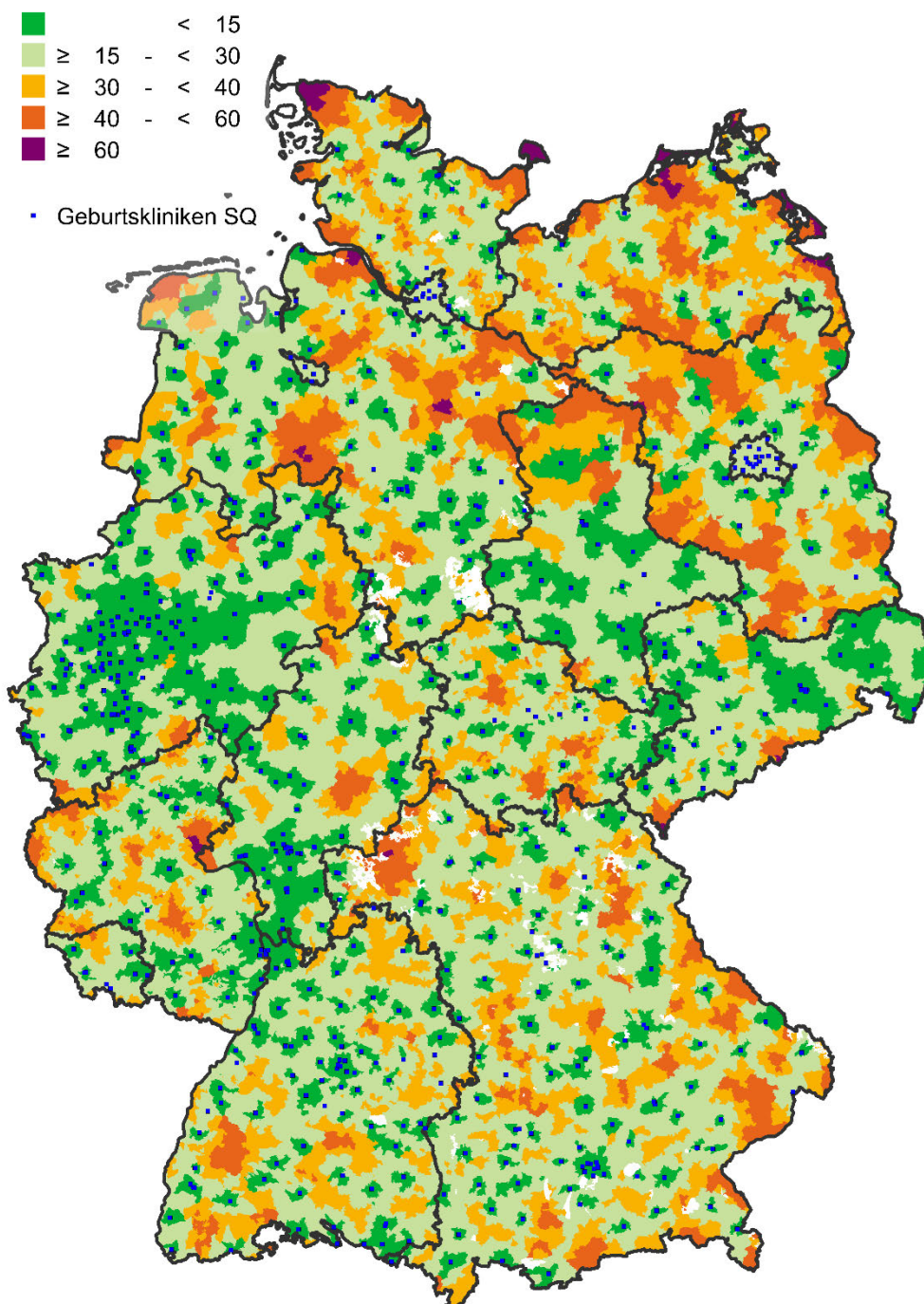
**Anlage 5: Geschlossene Kreißsäle 2013-2022 in Norddeutschland**

**Anlage 6: Einstufung geburtshilflicher Abteilungen in die Versorgungsstufen**

**Anlage 7: Kreißsäle inkl. Geburtenzahlen (seit 2013)**

**Anlage 8: Vergleich Bettenausstattung**

**Anlage 1: Erreichbarkeit der nächstgelegenen Geburtsklinik in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene der Gemeinden, 2018 (Albrecht et al., 2019, S. 92)**



## Anlage 2: Umfrage an die Kreißsäle

### Kontaktierte Kreißsäle

Basierend auf der örtlichen Nähe zu einem geschlossenen Kreißsaal und einem Geburtenanstieg in dem Jahr bzw. den Jahren nach der Schließung (Milupa Nutricia GmbH, 2023; Motherhood e.V., 2023b).

Bremen	Klinikum Bremerhaven
Hamburg	Mariahilf Harburg

Mecklenburg-Vorpommern	Asklepios Parchim
Mecklenburg-Vorpommern	Helios Schwerin
Mecklenburg-Vorpommern	AMEOS Anklam
Mecklenburg-Vorpommern	Uni-Klinikum Greifswald
Mecklenburg-Vorpommern	Kreiskrankenhaus Demmin
Mecklenburg-Vorpommern	Helios Stralsund
Mecklenburg-Vorpommern	Dietrich Bonhoeffer Neubrandenburg
Mecklenburg-Vorpommern	Westmecklenburg Klinikum Helene v. Bülow
Mecklenburg-Vorpommern	KMG Klinikum Güstrow

Niedersachsen	Klinikum Wilhelmshaven
Niedersachsen	St. Johannes KH Varel
Niedersachsen	Städt. Klinikum Lüneburg
Niedersachsen	Medizinische Hochschule Hannover
Niedersachsen	Vinzenz-KH Hannover
Niedersachsen	Diakovere Friederikenstift & Henriettenstift
Niedersachsen	Städt. Klinikum Braunschweig
Niedersachsen	Ev. KH Braunschweig
Niedersachsen	Agaplesion Göttingen
Niedersachsen	Ev. KH Götting
Niedersachsen	Helios Hildesheim
Niedersachsen	Klinikum Oldenburg
Niedersachsen	Evang. KH Oldenburg
Niedersachsen	Klinikum Leer
Niedersachsen	Borromäus Hospital Leer
Niedersachsen	Marienhospital Papenburg
Niedersachsen	Ammerland Klinik Westerstede
Niedersachsen	Ubbo Emmius-Klinik Aurich
Niedersachsen	KRH Klinikum Neustadt am Rübenberg
Niedersachsen	KRH Klinikum Gehrden
Niedersachsen	Helios Albert-Schweitzer-Klinik Northeim
Niedersachsen	Helios Kliniken Osterode
Niedersachsen	Sana Klinikum Hameln-Pyrmont

Schleswig-Holstein	UKSH Lübeck
Schleswig-Holstein	Marienkrankenhaus Lübeck
Schleswig-Holstein	Krankenhaus Neumünster
Schleswig-Holstein	Sana Kliniken Eutin
Schleswig-Holstein	Städt. KH Kiel
Schleswig-Holstein	UKSH Kiel
Schleswig-Holstein	Inland Kliniken Rendsburg
Schleswig-Holstein	Helios Schleswig
Schleswig-Holstein	Nordfriesland Klinikum Husum
Schleswig-Holstein	Diakonissenkrankenhaus Flensburg

Fragebogen

„Die klinische Geburtshilfe in Norddeutschland in den Jahren 2013-2022  
Eine empirische Arbeit über Veränderungen in der Versorgungslage“

**Kam es in diesem Zeitraum zu vermehrten Kreißaal-Sperrungen aufgrund von personeller oder räumlicher Überlastung?**

**Lagen vermehrt Überlastungsanzeigen vor?**

**Wurden zusätzliche Stellen für Hebammen, Ärzt\*innen und / oder Pflegepersonal geschaffen?**

**Können Sie mir Auskunft darüber geben, ob Personal aus dem geschlossenen KRS bei Ihnen angefangen hat zu arbeiten?**

**Wurden bereits vor der KRS-Schließung Maßnahmen ergriffen um die Geburten, die aus diesem KRS „abwandern“ werden, aufzufangen?**

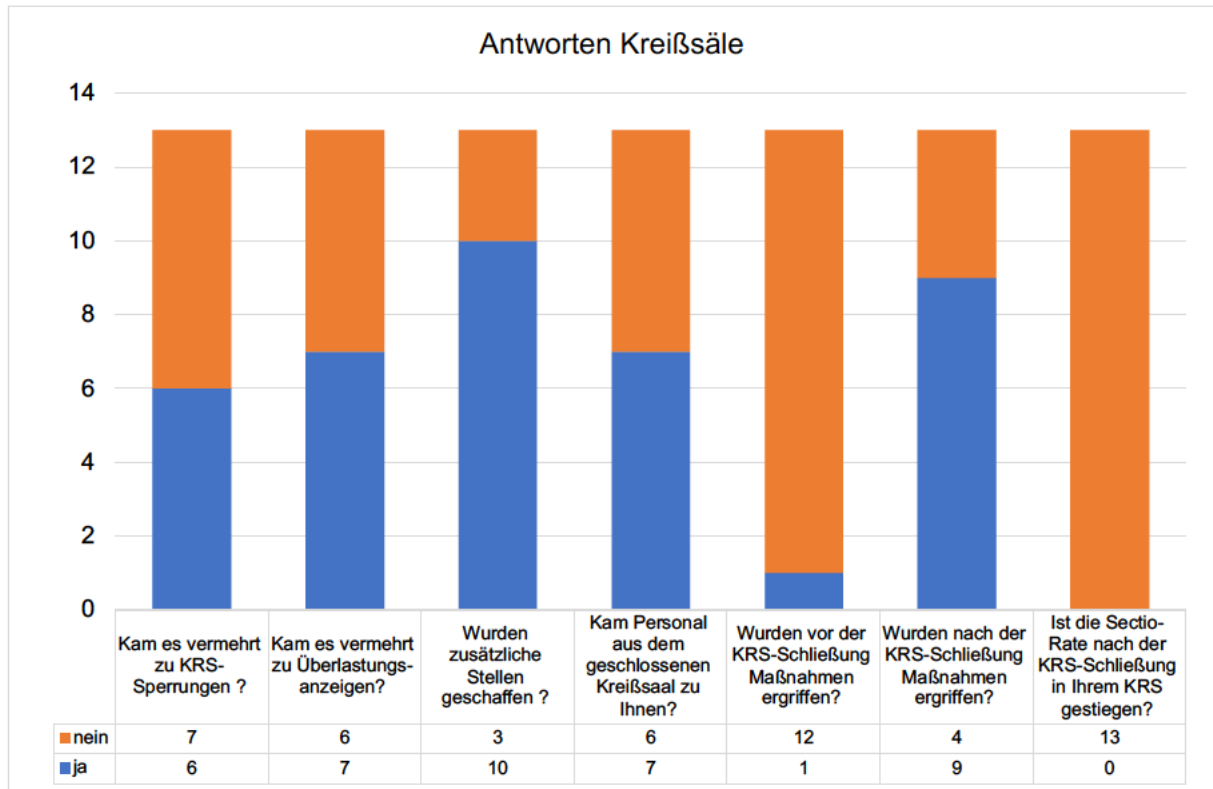
**Insofern keine Maßnahmen im Voraus ergriffen wurden, kam es nach der KRS-Schließung zu Maßnahmen? Wenn ja zu welchen (Ausbau Kreißaal, personell etc.) und wann erfolgten diese ?**

**Bei einem Beispiel dieser Art stieg in den beiden Jahren nach der KRS-Schließung die Sectio-Rate in der nächstgelegenen geburtshilflichen Station deutlich an; ist dies bei Ihrem KRS auch zu beobachten?**

Beantwortet von:

## Rückmeldungen

13 Kreißsäle bis 31.10.2023



Maßnahmen, die nachträglich ergriffen wurden:

- Begrenzung der Geburtenzahlen (1 von 13)
- Räumliche Erweiterung (5 von 13)
- Umstellung auf Belegsystem (2 von 13)
- Aufstockung Personal (6 von 13)



### Anlage 3: Kontaktaufnahme bei fehlenden Angaben

#### Vakante Stellen nach Bundesländern

	Keine Daten vorliegend	Keine Rückmeldung
Deutsches Krankenhausinstitut	X	
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.	X	
Statistisches Bundesamt	X	
Krankenhausgesellschaft Bremen e.V.		X
Krankenhausgesellschaft Hamburg e.V.	X	
Krankenhausgesellschaft M.-V. e.V.		X
Krankenhausgesellschaft Niedersachsen e.V.	X	
Krankenhausgesellschaft S.-H. e.V.	X	
DHV	X	

#### Häufigkeit Kreißsaal-Sperrungen nach Bundesländern

	Keine Daten vorliegend	Keine Rückmeldung	Daten vorhanden
Gesundheitsamt Bremen	X		
Sozialbehörde Hamburg		X	
Hebammenverband Hamburg	X		
Hebammenverband M.-V.	X		
DHV	X		
Landesamt für Gesundheit und Soziales M.-V. (Verweis an Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport)	X		
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport M.-V.		X	
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt	X		
Ministerium für Soziales Niedersachsen	X		
Ministerium für Justiz und Gesundheit S.-H.			keine KRS-Sperrungen möglich

#### Planbetten (sind die Kapazitäten der Kreißsäle in den Planbetten berücksichtigt?)

	Keine Daten vorliegend	Keine Rückmeldung	Daten vorhanden
Gesundheitsamt Bremen		X	
Sozialbehörde Hamburg		X	
Landesamt Gesundheit und Soziales M.-V. (Verweis an Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport)	X		
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport M.-V.		X	
Niedersächsische Landesgesundheitsamt		X	
Ministerium für Justiz und Gesundheit S.-H.			nicht abgebildet
DHV			nicht abgebildet

#### Beleghebammen

	Keine Daten vorliegend	Keine Rückmeldung
Deutsches Krankenhausinstitut	X	
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.	X	

Krankenhausgesellschaft Bremen e.V.		X
Krankenhausgesellschaft Hamburg e.V.	X	
Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.		X
Krankenhausgesellschaft Niedersachsen e.V.	X	
Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V.	X	

## Anlage 4: Vergleich Geburtenzahlen

### Anzahl Lebendgeborene in den Kliniken nach Bundesländern

	2013	2016	2021	2022	Veränderungen 2013-2022
Bremen	8.218	9.818	9.599	9.021	+ 10%
Hamburg	21.540	25.461	25.384	23.378	+ 9%
M.-V.	12.468	13.357	11.587	10.677	- 14%
Niedersachsen	59.072	68.869	71.605	67.680	+ 15%
S.-H.	19.107	22.190	21.653	20.409	+ 7%

(Statistisches Bundesamt, 2014, 2017, 2022, 2023a)

### Anzahl Lebendgeborene nach dem Wohnort der Mutter nach Bundesländern

	2013	2016	2021	2022
Bremen	5.749	7.136	6.971	6.270
Hamburg	18.137	21.480	21.018	19.054
M.-V.	12.560	13.442	11.845	10.820
Niedersachsen	62.879	75.215	76.441	71.289
S.-H.	21.822	25.420	25.298	23.953
Deutschland	682.069	792.141	795.492	738.819

(Statistisches Bundesamt, 2023c, 2023d, 2023e, 2023f, 2023g, 2023h)

### Anzahl außerklinisch beendete Geburten

	2013	2016	2021	2022
Bremen	226	233	235	245
Hamburg	245	264	341	364
M.-V.	144	175	206	198
Niedersachsen	603	714	1.122	1022
S.-H.	129	118	273	276

(Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V., 2023a)

## Anlage 5: Geschlossene Kreißsäle 2013-2022 in Norddeutschland

Kreißsaal	Stadt	Bundesland	Jahr der Schließung	Geburtshilfliches Level	Geburtenzahl im Jahr vor der Schließung
Asklepios Klinik Harburg	Hamburg	Hamburg	2016	Level 4	739
Kreiskrankenhaus Wolgast	Wolgast	M.-V.	2015	Level 4	358
MediClin Crivitzer See	Crivitz	M.-V.	2020	Level 4	323
Sana Krankenhaus Rügen	Bergen	M.-V.	2021	Level 3	287
Paracelsus Klinik	Langenhagen	Niedersachsen	2013	k.A.	k.A.
St. Willehad Hospital	Wilhelmshaven	Niedersachsen	2014	k.A.	289
Krankenhaus Hann. Münden	Hann. Münden	Niedersachsen	2014	k.A.	30
Privatklinik Dr. Havemann	Lüneburg	Niedersachsen	2015	k.A.	k.A.
KRH Klinikum Nordstadt	Hannover	Niedersachsen	2015	k.A.	1.017
Klinikum Schaumburg Stadthagen	Stadthagen	Niedersachsen	2016	k.A.	350
Helios Klinikum	Bad Gandersleben	Niedersachsen	2016	k.A.	258
St. Martini Duderstadt	Duderstadt	Niedersachsen	2017	k.A.	333
KH St. Vinzenz	Braunschweig	Niedersachsen	2017	Level 4	206
Helios Klinik Wesermarsch	Wesermarsch	Niedersachsen	2019	Level 4	321
KH Wittmund	Wittmund	Niedersachsen	2019	Level 4	298
Pius Hospital	Oldenburg	Niedersachsen	2019	k.A.	50
AKH Gruppe Klinikum	Peine	Niedersachsen	2019	k.A.	410
KH Marienstift	Friesoythe	Niedersachsen	2021	Level 4	452
Klinikum Emden	Emden	Niedersachsen	2021	Level 3.	413
Sana Kliniken	Oldenburg Ostholstein	S.-H.	2014	Level 4	181
Asklepios Nordseeklinik	Sylt	S.-H.	2014	Level 4	93
Inselklinik Föhr	Föhr	S.-H.	2015	Level 4	64
Klinikum Nordfriesland	Niebüll	S.-H.	2016	Level 4	239
DRK-KH Ratzeburg	Ratzeburg	S.-H.	2022	Level 4	282
Klinikum Preetz	Preetz	S.-H.	2022	Level 4	332
Imland Kliniken	Eckernförde	S.-H.	2022	Level 4	540
Paracelsus Klinik	Henstedt-Ulzburg	S.-H.	2022	Level 4	791

(Milupa Nutricia GmbH, 2023; Motherhood e.V., 2023b)

## Anlage 6: Einstufung geburtshilflicher Abteilungen in die Versorgungsstufen

Versorgungsstufe	Aufnahme- und Zuweisungskriterien
<p><b>Level 1</b> Perinatalzentrum Level 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1250 Gramm oder mit einem Gestationsalter &lt; 29 + 0 SSW</li> <li>- Schwangere mit Drillingen und mit einem Gestationsalter &lt; 33 + 0 SSW sowie Schwangere mit über drei Mehrlingen</li> <li>- 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 (z. B. kritische Herzfehler, Zwerchfellhernien, Meningomyelozelen, Gastroschisis). Hierbei ist darauf zu achten, dass in der aufnehmenden Einrichtung die erforderliche spezialisierte Versorgung gewährleistet werden kann</li> </ul>
<p><b>Level 2</b> Perinatalzentrum Level 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1250 bis 1499 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 29 + 0 bis 31 + 6 SSW</li> <li>- Schwangere mit schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen, z. B. HELLP-Syndrom (Hämolyse, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets) oder Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils</li> <li>- Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes</li> </ul>
<p><b>Level 3</b> Perinataler Schwerpunkt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1500 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 32 + 0 bis ≤ 35 + 6 SSW</li> <li>- Schwangere mit Wachstumsretardierung des Fetus (zwischen dem 3. und 10. Perzentil des auf das Gestationsalter bezogenen Gewichts)</li> <li>- Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung ohne absehbare Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes</li> </ul>

<b>Level 4</b> Geburtsklinik	- Schwangere ab 36 + 0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen
---------------------------------	--

(Gemeinsamer Bundesausschuss, 2006, S. 11)

### Anlage 7: Kreißsäle inkl. Geburtenzahlen (seit 2013)

Krankenhaus	Level	Stadt	BL			2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Klinikum Links der Weser	1	Bremen	B			2.496	2.694	2.738	2.897	2.852	2.652	2.857	2.633	2.504	1.105	Rückgang um 55,7%
					gesamt L. 1	2.496									1.105	
Klinikum Bremen Nord	2	Bremen	B			1.392	1.683	1.804	2.096	2.213	2.195	2.019	1.934	2.240	2.090	
Klinikum Bremerhaven	2	Bremerhaven	B			1.508	1.582	1.706	1.855	1.901	1.850	1.935	2.034	1.976	1.987	
					gesamt L. 2	2.900									4.077	Anstieg um 40,6%
DIAKO Evangelisches Diakonie-KH	4	Bremen	B			657	664	694	683	664	757	910	806	823	1.055	
Krankenhaus St. Joseph-Stif	4	Bremen	B			2.035	2.196	2.039	2.141	2.122	2.088	2.018	1.979	1.930	1.890	
					gesamt L. 4	2.692									2.945	Anstieg um 9,4%
					gesamt	8.088	8.819	8.981	9.672	9.752	9.542	9.739	9.386	9.473	8.127	
					außerklinisch	226	217	262	233	230	264	238	191	235	245	Anstieg um 8,4%
Asklepios Klinik Altona	1	Hamburg	HH			2.479	2.859	3.132	3.124	3.079	3.295	3.547	3.425	3.637	3.477	
Asklepios Klinik Barmbek	1	Hamburg	HH			2.653	2.785	2.869	3.069	2.936	3.217	3.225	3.190	3.316	2.991	
Asklepios Klinik Nord	1	Heidberg	HH			1.639	1.732	1.752	1.804	1.738	1.726	1.629	1.689	1.846	1.815	
Marienkrankenhaus Hamburg	1	Hamburg	HH			3.234	3.501	3.304	3.891	3.715	3.505	3.718	3.262	3.569	3.270	
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	1	Hamburg	HH			2.637	3.016	3.152	3.274	3.401	3.250	3.161	3.122	3.147	3.005	
					gesamt L. 1	12.642									14.558	Anstieg um 15,2%
Albertinen KH	2	Hamburg	HH			2.123	2.218	2.468	2.777	2.893	3.093	3.174	3.345	3.247	2.574	

					gesamt L. 2												Anstieg um 21,2%
Asklepios Klinik Wandsbek	3	Hamburg	HH			684	778	939	882	1.089	1.022	963	1.022	1.039	980		
Helios Mariahilf Klinik Harburg	3	Harburg	HH			1.545	1.535	1.727	1.770	2.099	2.024	1.428	1.525	1.709	1.780		
					gesamt L.3	2.229									2.760	Anstieg um 23,8%	
Agaplesion Diakonieklinikum	4	Hamburg	HH			1.546	1.433	1.435	1.517	1.539	1.449	1.475	1.365	1.333	1.201		
Bethesda Krankenhaus Bergedorf	4	Bergedorf	HH			694	700	746	744	836	820	722	694	697	650		
Ev. Amalie Sieveking-KH	4	Volksdorf	HH			1.073	1.153	1.276	1.372	1.486	1.486	1.408	1.322	1.314	1.282		
Asklepios Klinik Harburg	4	Harburg	HH	geschl.2016		714	696	739	690	x	x	x	x	x	x		
					gesamt L. 4	4.027									3.133	Rückgang um 22,2%	
					gesamt	21.021	22.406	23.539	24.914	24.811	24.887	24.450	23.961	24.854	23.025		
					außerklinisch	245	222	236	264	301	295	325	402	341	364	Anstieg um 48,6%	
Universitätsmedizin Greifswald	1	Greifswald	M.-V.			819	800	971	1.128	1.108	1.126	1.025	932	934	976		
Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg	1	Neubrandenburg	M.-V.			926	922	906	954	944	966	1.023	894	856	790		
Südstadt Rostock	1	Rostock	M.-V.			2853	3.136	3.166	3.163	3.068	3.027	2.900	2.787	2.829	2.462		
Helios Kliniken Schwerin	1	Schwerin	M.-V.			1.073	1.175	1.248	1.276	1.310	1.315	1.325	1.290	1.277	1.189		
					gesamt L. 1	5.671									5.417	Rückgang um 4,5%	
Kreiskrankenhaus Demmin	3	Demmin	M.-V.			538	523	528	579	515	501	501	467	457	447		
KMG Klinikum Güstrow	3	Güstrow	M.-V.			581	636	622	696	666	665	688	757	782	690		



Westmecklenburg Klinikum Helene von Bülow	3	Hagenow	M.-V.			625	662	634	688	624	679	677	707	736	699	
Asklepios Klinik Pasewalk	3	Pasewalk	M.-V.			506	557	575	565	530	524	480	435	431	411	
Helios Kliniken Stralsund	3	Stralsund	M.-V.			905	840	925	887	946	816	802	832	944	812	
MediClin Müritzklinikum Waren	3	Waren	M.-V.			493	501	483	478	453	432	512	441	424	388	
Sana Krankenhaus Rügen	3	Bergen	M.-V.	geschl.2021		446	371	422	392	331	332	320	287	131	x	
Hanse-Klinikum Wismar	3	Wismar	M.-V.			716	674	721	682	690	752	808	755	750	709	
					gesamt L. 3	4810									4.156	Rückgang um 13,6%
Asklepios Klinik Parchim	4	Parchim	M.-V.			453	478	531	538	555	524	408	230	252	210	
DRK KH Mecklenburg-Strelitz	4	Mecklenburg-Strelitz	M.-V.			275	270	307	316	296	285	148	273	269	248	
AMEOS Klinikum Anklam	4	Anklam	M.-V.			300	278	280	410	413	386	366	380	355	340	
MediClin Crivitzer See	4	Crivitzer See	M.-V.	geschl.2020		418	395	391	392	427	370	323	x	x	x	
Kreis Krankenhaus Wolgast	4	Wolgast	M.-V.	geschl.2015		407	358	310	x	x	x	x	x	x	x	
					gesamt L. 4	1853									798	Rückgang um 56,9
					gesamt	12.334	12576	13.020	13.144	12.876	12.700	12.306	11.467	11.427	10.371	
					außerklinisch	144	156	161	175	187	204	174	218	209	198	Anstieg um 37,5%
Städtisches Klinikum Lüneburg	1	Lüneburg	N			1.469	1.509	1.599	1.716	1.734	1.690	1.723	1.842	1.920	1.791	
Klinikum Oldenburg	1	Oldenburg	N			1.430	1.614	1.653	1.867	1.851	1.842	2.014	2.032	2.005	1.764	
Allgemeines Krankenhaus	1	Celle	N			1.299	1.408	1.460	1.490	1.603	1.576	1.710	1.644	1.690	1.586	
Diakovere Hannover Henrietenstift	1	Hannover	N			2.180	2.173	2.185	2.152	2.100	2.065	2.380	2.416	2.689	2.709	
Medizinische Hochschule Hannover	1	Hannover	N			2.051	2.445	2.640	3.010	2.929	3.054	2.986	2.824	2.857	2.626	

St.-Bernward-Krankenhaus	1	Hildesheim	N			1.265	1.339	1.388	1.495	1.448	1.542	1.553	1.569	1.751	1.682	
Helios Klinikum Hildesheim	1	Hildesheim	N			1.131	1.155	1.304	1.366	1.489	1.577	1.682	1.628	1.695	1.588	
Universitätsklinikum Göttingen	1	Göttingen	N			758	811	792	945	903	892	891	1.030	1.130	1.152	
Städtisches Klinikum Braunschweig	1	Braunschweig	N			1.842	1.941	2.073	2.185	2.182	2.295	2.235	2.108	2.285	2.045	
Klinikum Wolfsburg	1	Wolfsburg	N			1.437	1.498	1.654	1.783	1.698	1.767	1.797	1.691	1.866	1.660	
Marienhospital Osnabrück	1	Osnabrück	N			1.399	1.474	1.572	1.681	1.812	1.746	1.785	1.644	1.981	2.134	
Klinikum Osnabrück	1	Osnabrück	N			1.310	1.436	1.390	1.607	1.657	1.705	1.773	1.730	1.757	1.500	
St.-Marien-Hospital Vechta	1	Vechta	N			1.235	1.268	1.216	1.440	1.449	1.484	1.578	1.674	1.850	1.868	
Krankenhaus Ludmillenstift	1	Meppen	N			743	844	836	1.066	943	1.022	990	964	974	1.064	
					gesamt L. 1	19.549									25.169	Anstieg um 28,7%
Klinikum Wilhelmshaven	2	Wilhelmshaven	N			449	532	646	761	790	776	945	984	934	900	
Ubbo-Emmius-Klinik Aurich	2	Aurich	N			996	1.024	1.167	1.202	1.285	1.191	1.278	1.269	1.352	1.329	
Klinikum Leer	2	Leer	N			644	708	692	872	945	964	1.055	1.177	1.349	1.331	
Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg Wümme	2	Rotenburg	N			1.011	1.014	1.091	1.068	1.120	1.093	1.099	1.078	1.240	1.170	
Euregio Klinik A.-Schweitzer-Str	2	Nordhorn	N			879	910	924	882	953	981	1.003	994	1.052	997	
Bonifatius-Hospital	2	Lingen (Ems)	N			1.031	1.074	1.092	1.156	1.275	1.218	1.310	1.388	1.475	1.389	
Sana Klinikum Hameln-Pyrmont	2	Hameln	N			1.188	1.161	1.273	1.440	1.453	1.463	1.508	1.377	1.300	1.158	
					gesamt L. 2	6.198									8.274	Anstieg um 33,5%
Elbe Klinikum Stade	3	Stade	N			1.004	980	1.067	1.173	1.191	1.208	1.160	1.173	1.216	1.215	
Helios Krankenhaus Cuxhaven	3	Cuxhaven	N			475	497	521	522	511	551	485	561	641	607	
Delme Klinikum Delmenhorst	3	Delmenhorst	N			584	668	710	873	893	953	840	813	864	800	

Heidekreis-Klinikum	3	Walsrode	N			742	749	831	931	970	1.017	1.075	1.088	1.116	1.102	
KRH Klinikum Neustadt am Rügenberge	3	Neustadt am Rügenberg	N			837	832	916	1.075	1.078	1.020	901	1.082	1.175	1.112	
Helios Klinikum Salzgitter	3	Salzgitter	N			610	628	620	741	740	776	765	788	706	718	
Helios Klinikum Gifhorn	3	Gifhorn	N			1.030	1.150	1.169	1.339	1.258	1.305	1.304	1.372	1.220	1.320	
Helios Klinikum Uelzen	3	Uelzen	N			611	659	632	640	630	644	645	623	594	621	
Klinikum Emden Hans-Susemihl KH	3	Emden	N	geschl.2021		649	662	677	762	720	695	614	413	x	x	
Marien Hospital Papenburg Aschendorf	3	Papenburg	N			550	573	583	608	625	547	583	589	587	673	
					gesamt L. 3	7.092									8.168	Anstieg um 15,2%
Städtisches Klinikum Wolfenbüttel	4	Wolfenbüttel	N			575	631	685	783	834	930	939	969	872	807	
Kreiskrankenhaus Buchholz	4	Buchholz	N			641	668	675	734	815	787	822	922	993	849	
Kreiskrankenhaus Winsen	4	Winsen	N			628	643	671	735	718	750	730	667	784	599	
Elbe Klinikum Buxtehude	4	Buxtehude	N			851	836	832	890	986	980	1.036	1.032	1.015	952	
Ev. Krankenhaus Oldenburg	4	Oldenburg	N			1.131	1.179	1.213	1.277	1.361	1.412	1.456	1.529	1.649	1.612	
St. Johannes Hospital	4	Varel	N			392	452	604	655	678	645	894	885	833	809	
Ammerland Klinik	4	Westerstede	N			538	592	620	650	640	738	788	773	828	938	
Borromäus-Hospital Leer	4	Leer	N			702	728	759	751	717	746	735	857	1.052	997	
Aller-Weser-Klinik	4	Verden	N			447	515	486	582	637	655	649	654	657	700	
OsteMed Klinik Bremervörde	4	Bremervörde	N			350	411	411	419	435	444	401	419	396	374	
Kreiskrankenhaus Landkreis Osterholz	4	Osterholz	N			445	474	496	528	509	531	561	512	501	427	
Krankenhaus Johanneum	4	Wildeshausen	N			392	430	448	551	570	591	638	594	592	595	
Elbe-Jeetzel-Klinik	4	Dannenberg	N			291	289	316	307	292	281	295	274	287	257	
Vinzenzkrankenhaus	4	Hannover	N			985	1.057	1.240	1.509	1.494	1.503	1.463	1.486	1.517	1.274	

KRH Klinikum Großburgwedel	4	Burgwedel	N			586	669	672	752	741	641	535	533	439	432	
KRH Klinikum Robert Koch	4	Gehrden	N			773	889	1.031	1.251	1.206	1.275	1.209	1.132	1.199	1.074	
Helios Kliniken Mittelweser	4	Nienburg	N			593	507	559	638	593	555	604	655	583	540	
Agaplesion Ev. Klin. Schaumburg	4	Obernkirchen	N			k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	655	660	617	727	851	825	
Agaplesion Krankenhaus Neu Bethlehem	4	Göttingen	N			870	1.025	988	1.102	1.066	1.156	1.060	1.075	1.138	1.058	
Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende	4	Göttingen	N			632	562	569	599	627	702	675	615	623	576	
Helios Albert-Schweitzer-Klinik Northeim	4	Northeim	N			261	265	362	384	464	438	399	478	452	372	
Helios Kliniken Herzberg/Osterode	4	Herzberg	N			465	495	503	552	612	619	541	479	480	401	
Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	4	Holz Minden	N			354	363	388	429	423	420	373	487	428	423	
Krankenhaus Marienstift	4	Braunschweig	N			803	817	900	927	933	922	904	972	1.109	1.041	
St. Elisabeth-Krankenhaus	4	Salzgitter	N			299	328	342	386	385	389	377	378	360	k.A.	
Helios St. Marienberg Helmstedt	4	Helmstedt	N			296	344	355	420	454	439	484	540	501	510	
Asklepios Harzlinik Goslar	4	Goslar	N			438	455	486	513	537	477	466	487	436	459	
Franziskus Hospital Hardeberg	4	Georgsmarienhütte	N			769	789	939	939	864	891	773	838	839	760	
Christliches Klinikum Melle	4	Melle	N			495	520	627	735	819	850	927	914	1.006	900	
St. Franziskus-Hospital Lohne	4	Lohne	N			342	408	420	477	440	458	467	483	486	503	
St. Elisabeth-Stift Damme	4	Damme	N			416	406	465	488	467	462	494	462	511	458	
Marienhospital Ankum - Bersenbrück	4	Ankum	N	geschl.2023		711	794	789	821	811	760	826	765	855	680	
St.-Josefs-Hospital Cloppenburg	4	Cloppenburg	N			649	679	675	690	733	700	696	682	660	577	
Hümmling Hospital Sögel	4	Sögel	N			386	471	463	536	522	505	528	555	534	537	

DIAKOVERE Friederikenstift Hannover	4	Hannover	N	geschl.2023		1.570	1.638	1.879	1.661	1.688	1.589	1.617	1.345	1.420	1.390	
KH Marienstift	4	Friesoythe	N	geschl.2021		425	421	484	468	430	436	391	452	x	x	
KH St. Vinzenz	4	Braunschweig	N	geschl.2017		305	296	297	206	x	x	x	x	x	x	
Helios Klinik Wesermarsch	4	Wesermarsch	N	geschl.2019		297	272	275	311	374	321	x	x	x	x	
KH Wittmund	4	Wittmund	N	geschl.2019		424	382	413	406	337	298	x	x	x	x	
					gesamt L. 4	21.527									24.706	Anstieg um 14,7%
					gesamt	57.150									66.317	
					außerklinisch	603	631	622	714	741	840	901	1.104	1.122	1.022	Anstieg um 69,5%
Paracelsus Klinik Langenhagen	k.A.	Langenhagen	N	geschl.2013		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
St. Willehad Hospital	k.A.	Wilhelmshaven	N	geschl.2014		289	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Krankenhaus Hann. Münden	k.A.	Hann. Münden	N	geschl.2014		30	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Privatklinik Dr. Havemann	k.A.	Lüneburg	N	geschl.2015		k.A.	127	x	x	x	x	x	x	x	x	
KRH Klinikum Nordstadt Frauenklinik	k.A.	Hannover	N	geschl.2015		891	1.017	286	x	x	x	x	x	x	x	
Klinikum Schaumburg Stadthagen	k.A.	Stadthagen	N	geschl.2016		352	351	350	266	x	x	x	x	x	x	
Helios Klinikum Bad Gandersheim	k.A.	Bad Gandersheim	N	geschl.2016		228	219	258	202	x	x	x	x	x	x	
St Martini Duderstadt	k.A.	Duderstadt	N	geschl.2016		285	348	331	333	160	x	x	x	x	x	
Pius Hospital	k.A.	Oldenburg	N	geschl.2019		324	290	320	316	214	50	x	x	x	x	
AKH Gruppe Klinikum Peine	k.A.	Peine	N	geschl.2019		415	427	382	435	440	410	82	x	x	x	
Diakonissen KH Flensburg	1	Flensburg	S.-H.			1.529	1.558	1.744	1.920	1.932	1.926	1.946	1.842	1.797	1.640	

UKSH Campus Kiel	1	Kiel	S.-H.		1.402	1.364	1.415	1.407	1.500	1.597	1.682	1.773	1.880	1.989	
UKSH Campus Lübeck	1	Lübeck			1.324	1.483	1.456	1.590	1.575	1.851	1.667	1.705	1.670	1.845	
WKK Heide	1	Dithmarschen	S.-H.		878	943	934	1.089	1.080	1.091	1.058	1.033	1.132	1.022	
Klinikum Itzehoe	1	Itzehoe	S.-H.		1.262	1.440	1.390	1.541	1.606	1.568	1.615	1.635	1.736	1.785	
				gesamt L. 1	6.395									8.281	Anstieg um 29,5%
Städtisches KH Kiel	2	Kiel	S.-H.		1.689	1.827	1.872	1.972	1.954	1.889	1.839	1.732	1.898	1.955	
FEK Neumünster	2	Neumünster	S.-H.		895	914	952	1.020	1.019	1.073	1.095	985	1.022	979	
Imland Kliniken Rendsburg	2	Rendsburg	S.-H.		842	894	973	960	989	899	922	1.041	966	957	
				gesamt L. 2	3.426									3.891	Anstieg um 13,6%
Sana Kliniken Eutin	3	Ostholstein	S.-H.		907	1.069		1.133	1.166	1.097	905	1.003	1.105	1.022	
Regio Kliniken Pinneberg	3	Pinneberg	S.-H.		1.201	1.176	1.192	1.399	1.277	1.236	1.200	1.164	1.161	1.112	
Helios Klinikum Schleswig	3	Schleswig-Flensburg	S.-H.		492	484	497	518	671	696	719	787	860	862	
				gesamt L. 3	2.600									2.996	Anstieg um 15,2%
MK Lübeck	4	Lübeck	S.-H.	Ende 2023	1.308	1.403	1.505	1.605	1.568	1.490	1.529	1.435	1.400	1.374	
DRK-KH Ratzeburg	4	Ratzeburg	S.-H.	geschl.2022	352	336	312	362	335	336	302	290	282	x	
Johanniter KH Geesthacht	4	Geesthacht	S.-H.		628	671	618	743	735	722	707	760	790	714	
Inselklinik Föhr Amrum	4	Föhr	S.-H.	geschl.2015	58	64	45	x	x	x	x	x	x	x	
Klinikum NF Husum	4	Husum	S.-H.		572	630	621	807	742	702	684	755	730	776	
Klinikum NF Niebüll	4	Niebüll	S.-H.	geschl.2016	224	277	239	112	x	x	x		x	x	
Klinik Preetz	4	Preetz	S.-H.	geschl.2022	343	403	481	474	508	522	438	425	332	98	
Imland Kliniken Eckernförde	4	Eckernförde	S.-H.	geschl.2022	563	613	690	826	586	617	589	303	540	x	
Segeberger Kliniken	4	Bad Segeberg	S.-H.		615	628	660	644	662	650	638	657	670	665	
Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg	4	Henstedt-Ulzburg	S.-H.	geschl.2022	798	777	712	877	810	742	723	742	791	600	

Krankenhaus Reinbek	4	Reinbek	S.-H.			755	844	846	951	858	859	771	781	666	689	
Sana Kliniken Oldenburg	4	Oldenburg Ostholstein	S.-H.	geschl.2014		181	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Asklepios Nordseeklinik	4	Sylt	S.-H.	geschl.2014		93	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
					gesamt L. 4	6.490									4.916	Rückgang um 24,3%
					gesamt	18.911	19.798	20.257	21.950	21.573	21.563	21.029	20.848	21.428	20.084	
					außerklinisch	129	157	124	118	131	155	168	262	273	276	Anstieg um 114%

Anmerkungen:

- Geschlossene Kreißsäle sind **gelb** markiert
- Anstiege der Geburtenzahlen in Kreißsälen, die im Umkreis eines geschlossenen Kreißsaales liegen, sind **grün** markiert
- In Niedersachsen sind 10 Kreißsäle nicht in die Berechnung der gesamten Geburtenzahlen eingegangen, da die geburtshilflichen Level nicht vorlagen

(M. Henkelmann, persönliche Kommunikation, 25. September 2023; K. Herold, persönliche Kommunikation, 26. September 2023; Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, 2023; Milupa Nutricia GmbH, 2023; Motherhood e.V., 2023b; H. Schauland, persönliche Kommunikation, 25. September 2023)

## Anlage 8: Vergleich Bettenausstattung

	Bettenausstattung 2013 (reine GH) Grunddaten der KH	Bettenausstattung 2022 (reine GH) Grunddaten der KH	Planbetten 2013 Lt KH-Plan	Planbetten aktuell Lt. KH-Plan
Bremen	124	116	nur GH 161	nur GH 216
Hamburg	169	108	k.A.	SOLL 2021: 603 Gyn und GH
M.-P.	56	30	k.A.	2022: 514 Gyn und GH
Niedersachsen	1.017	127	nur GH 2014: 1065	2022: 953 nur GH
S.-H.	122	198	k.A.	2019: 571 Gyn und GH

Anmerkung:

aktuelle KH-Pläne bzw. Zwischenfortschreibungen

- Bremen: Februar 2023
- Hamburg: September 2021
- Mecklenburg-Vorpommern: Dezember 2022
- Niedersachsen: Januar 2022
- Schleswig-Holstein: Januar 2019
- 

(Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, 2023; Freie und Hansestadt Hamburg, 2021; Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern, 2022; Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, 2017; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2022; Statistisches Bundesamt, 2014, 2023a)



## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Katharina Kohler geb. am 05.11.1995 in Mindelheim, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel „*Die klinische Geburtshilfe in Norddeutschland in den Jahren 2013-2022. Eine empirische Arbeit über Veränderungen in der Versorgungslage*“ selbstständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten sowie ohne die Anwendung von KI-Sprachmodellen wie z.B. Chat-GPT, angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlichen oder sinngemäßen Entlehnungen aus anderen Arbeiten sind an den betreffenden Stellen als solche kenntlich gemacht und im entsprechenden Verzeichnis aufgeführt, das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen. Ich erkläre zudem, dass ich die an der Medizinischen Fakultät Hamburg geltende „Satzung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Hamburg“ in der jeweils gültigen Fassung eingehalten habe.

Des Weiteren versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit vorher nicht in dieser oder ähnlicher Form in einem anderen Prüfungsverfahren dieser oder einer anderen Fakultät bzw. Hochschule eingereicht habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Bachelorarbeit zum Zweck der Plagiatsprüfung gespeichert und von meiner/-m Erst- und Zweitprüfenden mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Ich erkläre mich einverstanden, dass oben genannte Bachelorarbeit oder Teile davon von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg oder von der HAW Hamburg veröffentlicht werden.

[REDACTED]

[REDACTED]