

Antrag

**der Abg. Florian Wahl und Dr. Dorothea Kliche-Behnke u. a.
SPD**

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration

Die stationäre geburtshilfliche Versorgung in Baden-Württemberg sicherstellen und weiterentwickeln

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,

1. wie viele Kinder in den Kalenderjahren seit 2019 in baden-württembergischen Kliniken beziehungsweise außerklinisch in Baden-Württemberg geboren wurden (bitte aufgeschlüsselt nach Kalenderjahr, Krankenhausstandort mit der Angabe der Versorgungsstufe I, II, III oder IV der Geburtshilfe oder außerklinischer Geburt);
2. wie viele der Kinder beziehungsweise Mütter direkt nach der Geburt in eine Klinik mit einem höheren Versorgungsniveau verlegt werden mussten;
3. welche Schließungen oder Einschränkungen von geburtshilflichen Abteilungen in Baden-Württemberg einschließlich vorübergehenden Abmeldungen aus der Versorgung von mehr als 24 Stunden seit 2019 erfolgt sind (bitte aufgeschlüsselt nach Kalenderjahr und Krankenhausstandort und Auswirkungen auf die Erreichbarkeit einer geburtshilflichen Abteilung in der jeweiligen Region);
4. wie die Landesregierung und andere öffentliche Stellen am Beispiel der Kliniken in Müllheim und in Überlingen auf solche Abmeldungen reagieren, um die Geburtshilfe in der betroffenen Region sicherzustellen;
5. mit welchen Maßnahmen sie sicherstellt, dass keine Schwangere kurz vor der Geburt wegen der Auslastung der Geburtshilfe in einer Klinik abgewiesen wird und sich auf eine Odyssee zur nächsten aufnahmebereiten Geburtshilfe machen muss;
6. welcher Anteil der über 15- und unter 50-jährigen Frauen in Baden-Württemberg aktuell eine geburtshilfliche Abteilung in weniger als 30 Minuten, weniger als 40 Minuten, weniger als 45 Minuten beziehungsweise mit mehr als 45 Minuten Fahrzeit erreichen kann;

7. welche maximale Fahrzeit sie als Kennziffer für die baden-württembergische Krankenhausplanung vorsieht;
8. wie sich diese Erreichbarkeit in den Regionen Baden-Württembergs aktuell unter Berücksichtigung der vier Versorgungsstufen widerspiegelt (bitte mit einer der Karten ähnlich wie im Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg, Abschnitt B, Seite 26);
9. wie sie die Veränderungen in der baden-württembergischen Krankenhauslandschaft steuert, damit die verbleibenden geburtshilflichen Einrichtungen – auch unter Berücksichtigung der bereits angekündigten weiteren Veränderungen etwa beim Klinikverbund Südwest – für die Versorgung bedarfsdeckend bleiben, gut erreichbar sind und über eine gute Qualität sowie ausreichendes und qualifiziertes Personal verfügen;
10. inwieweit sie die Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung befürwortet beziehungsweise umsetzt, ein flächendeckendes Netz von perinatalmedizinischen Kompetenzverbünden inklusive telemedizinischer Konsilstrukturen der verschiedenen Versorgungsstufen zu schaffen, um die Qualität in der Geburtshilfe weiterzuentwickeln und falls sie diese Empfehlung umsetzt, welche entscheidenden Schritte bereits zu welchen Zeitpunkt stattfanden beziehungsweise geplant sind;
11. wie viele Kinder in Baden-Württemberg in Kalenderjahren seit 2019 außerhalb von Krankenhäusern und weder in einer hebammengeleiteten Einrichtung noch als geplante von einer Hebamme betreute Hausgeburt geboren wurden und welche Kenntnisse beziehungsweise Bewertungen die Landesregierung über diese Geburten hat (Alleingeburt, vom Rettungsdienst betreute Geburt, auf dem Weg zur Klinik eingetretene Geburt usw.);
12. welche Bemühungen sie unternimmt, die Zahl dieser Geburten möglichst gering zu halten.

26.8.2025

Wahl, Dr. Kliche-Behnke, Kenner, Kirschbaum, Rivoir, Rolland

Begründung

Die geburtshilfliche Versorgung ist eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsversorgung und bedarf aufgrund der aktuellen Umstrukturierungen und geplanten Reformen erhöhter Aufmerksamkeit. Es ist sicherzustellen, dass Schwangere in ganz Baden-Württemberg bei der Geburt eine gute und gut erreichbare medizinische stationäre Versorgung in Anspruch nehmen können. Ein Flächenland wie Baden-Württemberg braucht dazu eine gute Krankenhausplanung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) spricht von einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung, wenn die nächstgelegene Geburtshilfe mehr als 40 Minuten Fahrzeit entfernt ist. Ziel dieses Antrags ist es, ein genaues Bild von der aktuellen und zukünftigen geburtshilflichen Versorgungssituation in Baden-Württemberg zu erhalten.

Im Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung vom 13. Januar 2025, das vom Sozialministerium in Auftrag gegeben wurde, heißt es zur geburtshilflichen Versorgung: „Die Versorgung im Bereich der Geburtshilfe ist insgesamt als sehr gut zu bewerten. Rund 95 % der Einwohnerinnen zwischen 15 und 49 Jahren können einen geburtshilflichen Versorger in weniger als 30 Minuten erreichen. Allerdings sind in ländlichen Regionen häufig längere Anfahrtszeiten für Schwangere zu beobachten. Insbesondere in Teilen der Versorgungsregion 7 A (z. B. Schwarz-

wald, Schramberg) waren Fahrzeiten zwischen 30 und 40 Minuten üblich. Weitere Schließungen von Standorten könnten die Versorgung gefährden. Eine genaue Beobachtung ist notwendig, um Versorgungslücken frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden.“

Stellungnahme*)

Mit Schreiben vom 26. September 2025 Nr. SM52-0141.5-72/3224/1 nimmt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration im Einvernehmen mit dem Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,*

1. wie viele Kinder in den Kalenderjahren seit 2019 in baden-württembergischen Kliniken beziehungsweise außerklinisch in Baden-Württemberg geboren wurden (bitte aufgeschlüsselt nach Kalenderjahr, Krankenhausstandort mit der Angabe der Versorgungsstufe I, II, III oder IV der Geburtshilfe oder außerklinischer Geburt;

Zu 1.:

Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg teilt mit, dass die Zahl der stationären Geburten in Krankenhäusern in Baden-Württemberg im Rahmen der Krankenhausstatistik/Grunddaten erfasst wird. Aus Gründen der statistischen Geheimhaltung ist eine Veröffentlichung dieser Daten auf Kreisebene jedoch nicht möglich.

Ersatzweise werden daher durch das Statistische Landesamt Baden-Württemberg in der nachfolgenden Tabelle Kreisdaten aus der Statistik der Geburten zur Verfügung gestellt. Diese Statistik weist Geborene nach dem Wohnort der Mutter aus. Geburten im Ausland werden von der Geburtenstatistik nicht erfasst. In den grenznahen Kreisen kann es deshalb zu einer Unterschätzung der Anzahl der Lebendgeborenen kommen.

Anzahl der Geburten in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs seit 2019						
Stadt- und Landkreise	Jahr					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Stuttgart, Stadtkreis	6.733	6.455	6.748	5.919	5.458	5.381
Böblingen, Landkreis	4.203	4.154	4.370	3.976	3.787	3.769
Esslingen, Landkreis	5.209	5.318	5.556	4.941	4.826	4.927
Göppingen, Landkreis	2.461	2.310	2.582	2.343	2.306	2.231
Ludwigsburg, Landkreis	5.581	5.605	5.914	5.416	5.125	4.962
Rems-Murr-Kreis, Landkreis	4.171	4.158	4.251	4.055	3.750	3.857
Heilbronn, Stadtkreis	1.335	1.296	1.348	1.282	1.222	1.258
Heilbronn, Landkreis	3.517	3.660	3.733	3.538	3.245	3.110
Hohenlohekreis, Landkreis	1.125	1.137	1.198	1.105	1.057	1.034
Schwäbisch Hall, Landkreis	1.926	2.006	2.133	1.990	1.926	1.778
Main-Tauber-Kreis, Landkreis	1.232	1.179	1.281	1.138	1.102	1.089
Heidenheim, Landkreis	1.220	1.229	1.267	1.229	1.071	1.097
Ostalbkreis, Landkreis	2.922	2.970	3.228	2.989	2.869	2.723
Baden-Baden, Stadtkreis	442	481	527	418	399	400
Karlsruhe, Stadtkreis	2.841	2.723	2.931	2.549	2.468	2.358
Karlsruhe, Landkreis	4.036	4.117	4.351	4.035	3.629	3.841

*) Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

Anzahl der Geburten in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs seit 2019						
Stadt- und Landkreise	Jahr					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Rastatt, Landkreis	2.146	2.060	2.122	2.067	1.887	1.889
Heidelberg, Stadtkreis	1.688	1.495	1.538	1.333	1.253	1.249
Mannheim, Stadtkreis	3.160	3.090	3.251	2.984	2.796	2.768
Neckar-Odenwald-Kreis, Landkreis	1.259	1.303	1.320	1.213	1.228	1.124
Rhein-Neckar-Kreis, Landkreis	5.132	4.934	5.295	4.782	4.490	4.477
Pforzheim, Stadtkreis	1.469	1.456	1.516	1.473	1.336	1.268
Calw, Landkreis	1.450	1.562	1.641	1.543	1.490	1.499
Enzkreis, Landkreis	1.910	1.857	2.005	1.915	1.742	1.746
Freudenstadt, Landkreis	1.098	1.097	1.163	1.139	1.029	1.032
Freiburg im Breisgau, Stadtkreis	2.496	2.508	2.529	2.337	2.221	2.155
Breisgau-Hochschwarzwald, Landkreis	2.520	2.513	2.688	2.461	2.294	2.347
Emmendingen, Landkreis	1.578	1.609	1.694	1.703	1.455	1.473
Ortenaukreis, Landkreis	4.145	4.134	4.441	4.128	3.868	3.882
Rottweil, Landkreis	1.389	1.420	1.502	1.413	1.359	1.291
Schwarzwald-Baar-Kreis, Landkreis	2.148	2.154	2.138	2.022	1.903	1.955
Tuttlingen, Landkreis	1.430	1.544	1.596	1.502	1.404	1.480
Konstanz, Landkreis	2.684	2.681	2.792	2.421	2.375	2.333
Lörrach, Landkreis	2.210	2.048	2.128	1.928	1.756	1.780
Waldshut, Landkreis	1.663	1.315	1.366	1.259	1.187	1.187
Reutlingen, Landkreis	2.822	2.763	2.993	2.771	2.589	2.558
Tübingen, Landkreis	2.279	2.259	2.350	2.134	2.030	2.046
Zollernalbkreis, Landkreis	1.632	1.817	1.787	1.747	1.679	1.598
Ulm, Stadtkreis	1.354	1.298	1.346	1.249	1.190	1.171
Alb-Donau-Kreis, Landkreis	1.956	2.083	2.243	2.058	1.890	1.831
Biberach, Landkreis	2.205	2.107	2.211	2.082	1.954	1.971
Bodenseekreis, Landkreis	2.003	2.047	2.151	2.009	1.916	1.877
Ravensburg, Landkreis	2.915	2.852	3.047	2.753	2.673	2.535
Sigmaringen, Landkreis	1.290	1.220	1.263	1.200	1.185	1.170

Datenquelle: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung.
© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2025

In Bezug auf die Zahlen zu außerklinischen Geburten wird auf die Drucksache 17/8750 verwiesen.

2. wie viele der Kinder beziehungsweise Mütter direkt nach der Geburt in eine Klinik mit einem höheren Versorgungsniveau verlegt werden mussten;

Zu 2.:

Nach Mitteilung der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbands der Ersatzkassen wurden diese Daten bislang nicht erfasst und sind somit nicht darstellbar.

Ab dem Erfassungsjahr 2025 werden die Verlegungen jedoch automatisiert über die Sozialdaten der Krankenkassen erfasst. Die Details dazu hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 18. Juli 2024 mit der Spezifikation zum Qualitätssicherungsverfahren 13 „Perinatalmedizin“ in der „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)“ beschlossen. Zur Abbildung des Verlegungsgeschehens werden ab dem Erfassungsjahr 2025 ausgewählte Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß Anlage II Buchstabe c DeQS-RL als weitere Datengrundlage im Qualitätssicherungsverfahren verwendet. Für eine einheitliche Darstellung des Verlegungsgeschehens soll zukünftig eine tabellarische Übersicht („Standortbezogene Tabelle zur deskriptiven Darstellung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org“) gemäß dem Anhang 4 zu Anlage 3 der „Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)“ genutzt werden.

Nach Mitteilung der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbands der Ersatzkassen wird das Verlegungsgeschehen damit zukünftig über Einrichtungsgrenzen hinweg erfasst und durch die vorgesehene Veröffentlichung auf der Plattform www.perinatalzentren.org zukünftig transparent abgebildet.

3. welche Schließungen oder Einschränkungen von geburtshilflichen Abteilungen in Baden-Württemberg einschließlich vorübergehenden Abmeldungen aus der Versorgung von mehr als 24 Stunden seit 2019 erfolgt sind (bitte aufgeschlüsselt nach Kalenderjahr und Krankenhausstandort und Auswirkungen auf die Erreichbarkeit einer geburtshilflichen Abteilung in der jeweiligen Region);

Zu 3.:

Da die Krankenhausplanung in Baden-Württemberg bislang grundsätzlich im Wege einer Rahmenplanung ausgewiesen wird, ist eine Aussage über die Entwicklung der vollstationären Kapazitäten im Fachbereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe nicht möglich. Nur wenige Fachgebiete, wie zum Beispiel die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung oder die Herzchirurgie, werden detailliert geplant und ausgewiesen.

In Bezug auf die geschlossenen Einrichtungen in den Jahren 2019 bis 2021 wird auf die Drucksache 17/982 verwiesen. Folgende weitere Schließungen sind dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration darüber hinaus bekannt:

Kalenderjahr	Geschlossene/r Standort/e
2023	Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe (Zentralisierung am St. Vincentius Krankenhaus Karlsruhe)
2024	St. Anna-Virngrund-Klinik Ellwangen
2025	St. Anna-Klinik Stuttgart Kreisklinikum Calw (temporär bis Abschluss Umbauarbeiten)

Dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration werden Schließungen von Geburtshilfestationen regelhaft erst mittels eines krankenhausesplanerischen Antrags auf Schließung mitgeteilt. Vorübergehende Schließungen werden dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration demgegenüber nicht regelhaft mitgeteilt. Im Fall der Helios Klinik Überlingen ist die vorübergehende Abmeldung der Geburtshilfe auf der Homepage des Klinikums veröffentlicht: <https://www.helios-gesundheit.de/standorte-angebote/kliniken/ueberlingen/fachbereiche/geburtshilfe/>.

Im Übrigen wird auf die Daten der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V. (BWKG) hierzu verwiesen, abrufbar unter <https://www.krankenhausstrukturwandel-bw.de/>

4. wie die Landesregierung und andere öffentliche Stellen am Beispiel der Kliniken in Müllheim und in Überlingen auf solche Abmeldungen reagieren, um die Geburtshilfe in der betroffenen Region sicherzustellen;

Zu 4.:

Bei allen Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg kommt es auch in der stationären Versorgung aus verschiedenen Gründen zu einem Strukturwandel. Dieser wird etwa aufgrund der immer komplexeren medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, der Einhaltung von Qualitätsvorgaben, der immer herausfordern den Personalgewinnung und nicht zuletzt auch aus wirtschaftlichen Gründen notwendig. Vor diesem Hintergrund ist das Bestreben des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration, Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, eigenständig zu arbeiten und langfristig überlebensfähig zu sein. Die Entscheidung über die Schließung eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung und die Beweggründe hierfür liegen in der Verantwortung des jeweiligen Krankenhausträgers. Der Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg beschreibt die derzeitige

Situation der Krankenhausversorgung. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration legt als oberste Landeskrankenhausplanungsbehörde durch den Krankenhausplan unter anderem den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser fest. Der Landeskrankenhausplan sieht für einzelne Regionen keine konkreten oder vorgefertigten Maßnahmen vor. Krankenhäuser werden eigenwirtschaftlich und eigenverantwortlich von den jeweiligen Krankenhausträgern geführt. Dort müssen die maßgeblichen strukturellen Entscheidungen getroffen werden.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration hat die besonderen krankenhausplanerischen Herausforderungen auch im Bereich der Geburtshilfe im Blick und unterstützt die Klinikträger bei dem oben beschriebenen Prozess. Im Hinblick auf die Krankenhäuser in Müllheim und Überlingen ist die geburts-
hilfliche Versorgung nach den Erkenntnissen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration sowohl für die Region Müllheim als auch für die Region Überlingen sichergestellt. Dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration liegt in beiden Fällen bisher kein Antrag der Krankenhausträger auf Anpassung des Krankenhausplans des Landes vor. Zu den Maßnahmen anderer öffentlicher Stellen liegen dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration keine Erkenntnisse vor.

5. mit welchen Maßnahmen sie sicherstellt, dass keine Schwangere kurz vor der Geburt wegen der Auslastung der Geburtshilfe in einer Klinik abgewiesen wird und sich auf eine Odyssee zur nächsten aufnahmebereiten Geburtshilfe machen muss;

9. wie sie die Veränderungen in der baden-württembergischen Krankenhauslandschaft steuert, damit die verbleibenden geburtshilflichen Einrichtungen – auch unter Berücksichtigung der bereits angekündigten weiteren Veränderungen etwa beim Klinikverbund Südwest – für die Versorgung bedarfsdeckend bleiben, gut erreichbar sind und über eine gute Qualität sowie ausreichendes und qualifiziertes Personal verfügen;

Zu 5. und 9.:

Die Ziffern 5 und 9 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Landesregierung fördert seit dem Jahr 2023 den Ausbau und die qualitative Weiterentwicklung von Hebammenkreißsälen in Baden-Württemberg. Im Rahmen eines ersten Förderaufrufes konnten seit 2023 12 Kliniken mit jeweils bis zu 50 000 Euro gefördert werden. Die Bewerbungsfrist für den zweiten Förderaufruf zum Aufbau von Hebammenkreißsälen ist am 29. August 2025 geendet. Es sind 15 Anträge zum Aufbau eines neuen Kreißsaals oder zur Weiterentwicklung eines bestehenden Konzeptes eingegangen. Die eingegangenen Anträge werden nun vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration geprüft.

Der Förderaufruf zum Aufbau von Hebammenkreißsälen ist als eine von mehreren Maßnahmen aus der Arbeit des Runden Tisches Geburtshilfe auf Landesebene beschlossen worden. Ein Hebammenkreißsaal stellt ein alternatives Versorgungsmodell zum ärztlich geleiteten Kreißsaal und damit eine Erweiterung des geburts-
hilflichen Angebots einer Klinik dar. Er bietet gesunden Schwangeren nach einer unauffälligen Schwangerschaft die Möglichkeit einer interventionsarmen Geburt sowie einer kontinuierlichen Hebammen-Betreuung während der Geburt. Zudem kann das Modell des Hebammenkreißsaals eine wertschätzende interdisziplinäre Zusammenarbeit an Krankenhäusern fördern.

Es ist das erklärte Ziel des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration, dass möglichst viele Krankenhäuser einen Hebammenkreißsaal aufbauen. Der Aspekt der Qualitätssicherung und der Fort- und Weiterbildung des Personals steht beim Aufbau von Hebammenkreißsälen im Vordergrund. Neben einem erweiterten Angebot für die Frauen bietet der Hebammenkreißsaal auch einen attraktiven Arbeitsort und kann somit dazu beitragen, dass Kliniken ein umfassendes Versorgungsangebot mit entsprechend qualifiziertem Personal bereitstellen können.

6. welcher Anteil der über 15- und unter 50-jährigen Frauen in Baden-Württemberg aktuell eine geburtshilfliche Abteilung in weniger als 30 Minuten, weniger als 40 Minuten, weniger als 45 Minuten beziehungsweise mit mehr als 45 Minuten Fahrzeit erreichen kann;

Zu 6.:

Aus dem Gutachten von Partnerschaft Deutschland (PD) – Berater der öffentlichen Hand GmbH zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung vom 13. Januar 2025 geht hervor, dass im Jahr 2023 rund 95 % der Einwohnerinnen zwischen 15 und 49 Jahren den nächstgelegenen geburtshilflichen Versorger in weniger als 30 Minuten erreichen konnten. Innerhalb von 40 Minuten konnten rund 99 % der Einwohnerinnen eine geburtshilfliche Einrichtung erreichen. Demnach benötigen nur ca. 1 % der Einwohnerinnen länger als 40 Minuten.

7. welche maximale Fahrzeit sie als Kennziffer für die baden-württembergische Krankenhausplanung vorsieht;

Zu 7.:

Für die Krankenhausplanung in Baden-Württemberg ist bislang keine Kennziffer für eine maximale Fahrzeit vorgesehen.

8. wie sich diese Erreichbarkeit in den Regionen Baden-Württembergs aktuell unter Berücksichtigung der vier Versorgungsstufen widerspiegelt (bitte mit einer der Karte ähnlich wie im Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg, Abschnitt B, Seite 26);

Zu 8.:

Das Gutachten von PD zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung vom 13. Januar 2025 analysiert die geburtshilfliche und perinatalmedizinische Versorgung und stellt die Erreichbarkeiten entsprechend dar. Die kartografischen Darstellungen können den Seiten 26 und 27 des Abschnitts B des Gutachtens entnommen werden. Eine gesonderte kartografische Darstellung zum Perinatalzentrum Level 1 ist auf Seite 29 des Abschnitts B des Gutachtens enthalten. Das Gutachten ist online abrufbar unter: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/gutachten-zur-weiterentwicklung-der-krankenhauslandschaft-veroeffentlicht>.

10. inwieweit sie die Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung befürwortet beziehungsweise umsetzt, ein flächendeckendes Netz von perinatalmedizinischen Kompetenzverbünden inklusive telemedizinischer Konsilstrukturen der verschiedenen Versorgungsstufen zu schaffen, um die Qualität in der Geburtshilfe weiterzuentwickeln und falls sie diese Empfehlung umsetzt, welche entscheidenden Schritte bereits zu welchen Zeitpunkt stattfanden beziehungsweise geplant sind;

Zu 10.:

Grundsätzlich teilt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration die Sicht der Regierungskommission, dass es insbesondere im internationalen Vergleich zu viele Level-I-Perinatalzentren gibt, die in Deutschland insbesondere auf finanzielle (Fehl-)Anreize zurückzuführen sind. Die Empfehlung der Regierungskommission aus ihrer zwölften Stellungnahme vom 14. November 2024 für perinatalmedizinische inklusive telemedizinischer Konsilstrukturen wird grundsätzlich begrüßt. So soll gemäß der Regierungskommission ein Kompetenzverbund aus einem Maximalversorger des Level I, zwei bis vier Perinatalzentren des Level II und einigen perinatologischen Schwerpunkten bestehen. Im Rahmen der Neukon-

zeptionierung der Krankenhausplanung Baden-Württembergs wird mit der Festlegung auf Planungsebenen (Stadt-/Landkreis, Versorgungsregion, Land), denen auch die geburtshilflich-relevanten Leistungsgruppen zugeordnet sind, dem Gedanken nach Kompetenzverbünden bereits nachgekommen. So ist die Leistungsgruppe „Geburten“ der Ebene des Stadt- beziehungsweise Landkreises zugeordnet und die Leistungsgruppen „Perinatalzentrum Level 1“, „Perinatalzentrum Level 2“ sowie „Perinataler Schwerpunkt“ der Ebene der Versorgungsregion. Auch die Leistungsgruppe „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ ist der Ebene der Versorgungsregion zugeordnet. Für Baden-Württemberg sind insgesamt sechs Versorgungsregionen vorgesehen. Diese können auch als Kompetenzverbünde betrachtet werden. Innerhalb der Versorgungsregionen ist auch telemedizinische Vernetzung und Austausch vorgesehen. Mit der Zuordnung von Leistungsgruppen zu Planungsebenen wird sowohl die flächendeckende Versorgung als auch die Erfüllung hoher Qualitätsmaßstäbe gewährleistet. Dabei wird eine Festlegung dazu getroffen, welche Leistungsgruppe auf welcher Planungsebene mindestens einmal vorgehalten werden soll. So ist z. B. in Bezug auf die Planungsebene Versorgungsregion vorgesehen, dass in jeder Versorgungsregion mindestens einmal ein Perinatalzentrum Level 1 sowie Level 2 vorgehalten werden. Entscheidend sind darüber hinaus insbesondere die Bedarfsgerechtigkeit, hohe Qualität sowie die Erreichbarkeit der medizinischen Leistungen. Dabei muss insbesondere auch ein Gleichgewicht zwischen Spezialisierung und Erreichbarkeit gefunden werden. In der Krankenhausplanung Baden-Württembergs wird deshalb – gemeinsam mit den Krankenhausträgern – sorgfältig abgewogen, wie Spezialisierung umgesetzt werden kann und dabei gleichzeitig die flächendeckende Versorgung weiterhin sichergestellt werden kann.

11. wie viele Kinder in Baden-Württemberg in Kalenderjahren seit 2019 außerhalb von Krankenhäusern und weder in einer hebammengeleiteten Einrichtung noch als geplante von einer Hebamme betreute Hausgeburt geboren wurden und welche Kenntnisse beziehungsweise Bewertungen die Landesregierung über diese Geburten hat (Alleingeburt, vom Rettungsdienst betreute Geburt, auf dem Weg zur Klinik eingetretene Geburt usw.);

Zu 11.:

Soweit sich die Fragestellung auf präklinische Geburten bezieht, bei denen der Rettungsdienst beteiligt war, hat die Stelle zur Trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW) auf Anfrage des Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommen mitgeteilt, dass aus den bei der SQR-BW vorliegenden Daten ermittelt werden könne, wie häufig der Rettungsdienst die Diagnose „präklinische Geburt“ dokumentiert habe (siehe Tabelle). Ob aber in diesen Fällen die Geburt des Kindes vor Ort oder auf dem Weg zur Klinik (also präklinisch) oder erst nach Einlieferung in die Klinik stattgefunden habe, könne nicht differenziert werden. Des Weiteren berücksichtige der Minimale Notfalldatensatz (MIND) nicht, ob die Geburt vor Eintreffen des Rettungsdienstes (Alleingeburt), im Beisein des Rettungsdienstes oder durch Betreuung einer Hebamme eingetreten sei. Hinsichtlich stattgefundener Geburten in hebammengeführten Einrichtungen könne die SQR-BW die jeweilige Häufigkeit von Einsätzen ermitteln, bei denen sowohl die Diagnose „präklinische Geburt“ als auch der Einsatzort „Geburtshaus/-einrichtung“ dokumentiert worden sei (siehe Tabelle). Grundsätzlich ist somit anzumerken, dass die Dokumentation aus den vorgenannt ausgeführten Gründen keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Richtigkeit erhebt, auch da die benannten Felder keine Pflichtfelder sind.

Jahr	Anzahl „Präklinische Geburt“	Anzahl „Präklinische Geburt und "Geburtshaus/-einrichtung"
2019	468	6
2020	589	4
2021	535	6
2022	432	6
2023	348	5
2024	413	8
2025 erstes Quartal	79	2

Die Anzahl der Alleingeburten wird nicht erfasst.

12. welche Bemühungen sie unternimmt, die Zahl dieser Geburten möglichst gering zu halten.

Zu 12.:

Um die Zahl sogenannter Alleingeburten möglichst gering zu halten, unterstützt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration durch seine beiden Förderaufrufe „Hebammenkreißsäle“ und „Lokale Gesundheitszentren mit Fokus auf geburtshilflicher Versorgung“ Projekte, um die freie Wahl des Geburtsortes für Frauen gewährleisten zu können. Bei den Alleingeburten handelt es sich um die bewusste Entscheidung, das Kind ohne die Begleitung durch eine Hebamme zu gebären, im Gegensatz zu spontanen Geburten, die z. B. auf dem Weg in die Klinik eingetreten sind. Zu den Motiven für Alleingeburten liegen dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration weder belastbare Daten noch Hintergründe vor. Durch die Förderung von Hebammenkreißsälen in Kliniken soll allen Frauen mit einer gesunden Schwangerschaft eine interventionsarme Geburt im klinischen Setting ermöglicht werden. Auch die Förderung von Geburtshäusern ist ein wichtiger Baustein, um die freie Wahl des Geburtsortes sicherstellen zu können.

In Vertretung

Dirks

Ministerialdirektorin