

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Ausschussdienst und Stenografischer Dienst

# **N i e d e r s c h r i f t**

## **Sozialausschuss**

18. WP - 64. Sitzung

am Donnerstag, dem 28. Januar 2016, 14 Uhr,  
im Sitzungszimmer 142 des Landtags

**Anwesende Abgeordnete**

Peter Eichstädt (SDP)  
Hans Hinrich Neve (CDU)  
Karsten Jasper (CDU)  
Katja Rathje-Hoffmann (CDU)  
Wolfgang Baasch (SPD)  
Birte Pauls (SPD)  
Dr. Marret Bohn (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)  
Dr. Andreas Tietze (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)  
Anita Klahn (FDP)  
Wolfgang Dudda (PIRATEN)  
Flemming Meyer (SSW)

Vorsitzender  
i. V. von Heike Franzen

**Weitere Abgeordnete**

Bernd Heinemann (SPD)  
Uli König (PIRATEN)

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

<b>Tagesordnung:</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Mündliche Anhörung</b>	<b>4</b>
<b>Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein</b>	
Bericht der Landesregierung <a href="#">Drucksache 18/3338</a>	
<b>2. Runder Tisch „Heimerziehung“</b>	<b>23</b>
<b>3. Beschlussfassung über den Umgang des Gutachtens von Dr. Schraper zum Thema Heimaufsicht</b>	<b>25</b>
<b>4. a) Kindertagesstätten und Tagespflege</b>	<b>27</b>
Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU <a href="#">Drucksache 18/3504</a>	
<b>b) Flexiblere Betreuungsangebote schaffen - die Qualität entscheiden</b>	
Antrag der Fraktion der CDU <a href="#">Drucksache 18/3503</a>	
<b>5. Gespräch zum Thema Rettungsdienstgesetz</b>	<b>28</b>
<b>6. Verschiedenes</b>	<b>29</b>

Der Vorsitzende, Abg. Eichstädt, eröffnet die Sitzung um 14:05 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

Punkt 1 der Tagesordnung:

### **Mündliche Anhörung**

#### **Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein**

Bericht der Landesregierung

[Drucksache 18/3338](#)

(überwiesen am 18. September 2015)

hierzu: [Umdrucke 18/5352, 18/5408, 18/5434, 18/5440, 18/5455, 18/5461, 18/5462, 18/5466, 18/5467, 18/5468, 18/5469, 18/5484, 18/5492, 18/5495](#) (neu)

#### **Berufsverband der Frauenärzte e.V., Landesverband Schleswig-Holstein**

Frau Scharrel trägt die Stellungnahme des Berufsverbands der Frauenärzte - [Umdruck 18/5462](#) - vor.

Frau Scharrel verweist auf eine Frage der Abg. Dr. Bohn hinsichtlich der Situation auf Föhr auf den Vertreter des Diakonissenkrankenhauses Flensburg.

Sie geht auf eine Frage der Abg. Rathje-Hoffmann hinsichtlich des letzten Satzes der Stellungnahme, [Umdruck 18/5462](#), ein und legt dar, versucht werde, eine werdende Mutter, von der man ahne, dass es zu einer Frühgeburt komme, nicht im nächsten kleinen Krankenhaus entbinden zu lassen und anschließend Mutter und Kind zu verlegen. Man verlege vielmehr immer „das Kind in der Mutter“, versuche also, das Risiko im Vorwege abzuschätzen. Als betreuender Arzt sei man verpflichtet, eine Klinik auszuwählen, die den personellen und apparativen Vorstellungen entspreche. Schleswig-Holstein sei im Übrigen hinsichtlich der vertretenen Level gut versorgt.

Hinsichtlich der Rettungszeiten sei sie die falsche Ansprechpartnerin.

Auf eine Frage der Abg. Pauls hinsichtlich der Vermittlung eines stärkeren Sicherheitsgefühls der Frauen beim Boardingkonzept verweist Frau Scharrel darauf, dass es schon immer Boarding gegeben habe. Nunmehr werde verstärkt geplant, Frauen in „unterversorgten Regionen“ mehr Sicherheit durch strukturiertere Maßnahmen, durch Vorgaben an Hebammen, Frauenärzte beziehungsweise Reglementierungen hinsichtlich der Bereitschaftsdienste der Rettungsdienste zu geben. Überlegt werde, Hebammen beispielsweise die Aufgabe zu übertragen, CTGs bei Schwangeren durchzuführen, sodass diese übermittelt und die Beratung der Schwangeren auch telemedizinisch vorgenommen werden könnten. Die Idee, dass Boarding-Frauen zu 100 % eine Sectio-Rate hätten, sei nicht richtig. Aus Erfahrung wisse man, wann eine Frau entbinde. Es sei sicherlich eine Ausnahme, dass eine Frau 14 Tage im Boarding bleibe. Diese Aussagen gälten nicht für geburtshilfliche Notsituationen. Hier erfolge eine stationäre Unterbringung.

Abg. Dudda stellt seiner Frage voraus, dass er die Stellungnahme von Frau Scharrel nicht teile, und fragt, ob diese seine Auffassung teile, dass die Pränatalzentren im Land nicht gerecht verteilt seien. Frau Scharrel macht darauf aufmerksam, dass nicht nur die geburtshilfliche Versorgung, sondern auch die ärztliche Versorgung insgesamt im östlichen Landesteil anders als im westlichen sei. Richtig sei, dass die Level an der Westküste nicht dieselben seien wie in Flensburg, Kiel oder Lübeck.

Auf Nachfragen der Abg. Klahn legt Frau Scharrel dar, eine pauschale Aussage, dass bei bestimmten Diagnosen eine bestimmte Rettungszeit notwendig sei, könne nicht getroffen werden. Schwangerschaften seien individuell. Die Verbindung Frauenarzt/Hebamme zur Schwangeren vor Ort halte sie für äußerst wichtig, sodass während der ganzen Zeit der Schwangerschaft im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge eine gute Einschätzung getroffen werden könne. Viele Notsituationen könnten im Vorwege bereits geklärt werden. In solchen Fällen würden Schwangere auch anders beraten.

Auf einen Vergleich beispielsweise zu Schweden wolle sie sich nicht einlassen. Es gebe in Deutschland ein anderes System und andere Kostenträger.

Von Frau Rathje-Hoffmann auf die Versorgung mit Hebammen angesprochen, legt Frau Scharrel dar, es sei auch in diesem Bereich häufig so, dass es Wünsche nach Halbtagsarbeit beziehungsweise keiner Nacharbeit gebe. Auch so komme es zu Mangelsituationen bei der Versorgung mit Hebammen, die über das gesamte Portfolio verfügten. Sei regt an, darüber nachzudenken, gegebenenfalls andere Modelle einzuführen, eine Art Bereitschaftsdienst zu

organisieren, der auch honoriert werde. Hier sollte eine Möglichkeit geschaffen werden, dass alle zusammenarbeiten könnten.

Zum Thema Haftpflichtversicherung - auf Frage des Abg. Dr. Tietze - legt sie dar, dass die niedergelassenen Gynäkologen die Mutterschaftsvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien durchführten. Hier gebe es die normale Haftpflichtsituation eines niedergelassenen Arztes, der konservativ arbeite. Daneben gebe es die belegärztlichen Geburtshelfer, deren Zahl sich reduziere. Da die Haftpflichtsumme mit etwa 40.000 € sehr hoch sei, gebe es für einen Arzt große Schwierigkeiten, schwarze Zahlen zu schreiben. Bei den belegärztlichen Ärzten handle es sich um Fachärzte, die die Ausbildung durchlaufen hätten. Es seien niedergelassene Ärzte, die auch Mutterschaftsvorsorge betrieben. Nebenbei leisteten sie sich den Luxus einer belegärztlichen Geburtshilfe. Die andere Geburtshilfe sei in der Klinik. Von 100.000 niedergelassenen Ärzten machten noch etwa 130 belegärztliche Geburtshilfe. Alle anderen ärztlich geleiteten Geburten fänden in Kliniken statt. Daneben - so auf eine weitere Nachfrage des Abg. Dr. Tietze - gebe es die Ärzte in den Kliniken.

Auf Fragen der Abg. Dr. Bohn antwortet sie, Placenta praevia könne man in der Regel in der 22., 24. Schwangerschaftswoche feststellen, Diabetes mellitus spätestens nach dem Screening, auch etwa in der 24., 25. Woche. EPH-Gestose, Übergewicht und weitere Dinge seien bekannt.

Abg. Dr. Tietze möchte wissen, wie viel weniger Ärzte es in der Geburtshilfe gäbe, wenn die niedergelassenen Geburtsärzte diese Aufgabe nicht mehr wahrnähmen. Frau Scharrel erwidert, diese Zahl sei zu vernachlässigen.

Abg. Klahn fragt nach, ob nach der Einschätzung von Frau Scharrel jeder Gynäkologe erkennen könne, ob es bei einer Schwangeren zu einer Komplikation bei der Geburt und zu einer kurzfristigen notärztlichen Versorgung kommen könne. Frau Scharrel hält dies für zu pauschal gefragt. Es gebe einen Risikokatalog vor der Schwangerschaft. Es gebe einen Risikokatalog während der Schwangerschaft. Das Dramatische sei, dass es immer unter einer Geburt oder, nachdem das Kind geboren sei, zu einer Notfallsituation kommen könne. Die schlimmste Notfallsituation sei die, dass das Kind geboren sei, es eine atonische Nachblutung gebe und man nicht wisse, wie man die Blutung stillen könne. Das sei keine Situation, die man in der 36. Woche vorhersehen könne. Es werde immer wieder die Situation geben, in der im Prinzip alles in Ordnung sei, alle Umstände gut gewesen seien und das Kind trotzdem nicht in Ordnung oder gestorben sei. Bei der Geburtshilfe gebe es keine Checkliste, die man abhaken

könne. Deshalb seien die Erfahrung und die Präsenz der Hebamme und des Geburtshelfers so wichtig.

### **Hebammenverband Schleswig-Holstein e.V.**

Frau Salzmann, Erste Vorsitzende des Hebammenverbandes Schleswig-Holstein e.V., trägt in groben Zügen die aus [Umdruck 18/5492](#) ersichtliche Stellungnahme vor. Sie weist ferner darauf hin, dass vom GKV-Spitzenverband eine Presseerklärung herausgegeben worden sei, die Ihrer Auffassung nach so nicht richtig sei. Leider habe eine entsprechende Pressemitteilung des Deutschen Hebammenverbandes kein entsprechendes Presseecho gefunden. Den Hebammen gehe es finanziell schlechter als vorher. Die Haftpflichtsituation verschlechtere sich zunehmend.

Frau Bertram, Zweite Vorsitzende des Hebammenverbandes, fügt hinzu, dass sich die Arbeit der Hebammen geändert habe. Häufig müsse auch psychologische Betreuung durchgeführt werden, es müssten beispielsweise Schreikinder betreut werden. Durch die Auswirkungen des Boardings werde noch mehr pathologisiert als vorher.

Auf Fragen der Abg. Dr. Bohn, Rathje-Hoffmann und Klahn legt Frau Salzmann dar, die Hebammen seien froh, dass sie überhaupt noch Versicherer fänden. Es handele sich derzeit um ein Konsortium aus sieben Versicherern, von denen sich einer zurückziehen werde. Die Versicherungsprämie erhöhe sich noch einmal, sodass künftig pro Jahr für die freiberufliche Geburtshilfe über 7.000 € zu zahlen seien. Nach ihrer Auffassung würden dann gerade im Belegsystem noch mehr Hebammen aufhören.

Es habe eine Bundesvorgabe hinsichtlich eines Sicherungszuschlags gegeben. Alle Hebammen, die diesen bislang beantragt hätten, hätten noch keinen positiven Bescheid erhalten. Selbst Mitarbeiter der Krankenversicherungen zeigten dafür Unverständnis. Der Hebammenverband klage nun gegen den ergangenen Schiedsstellenspruch. Man müsse die weiteren Vertragsverhandlungen abwarten. Vom GKV-Spitzenverband würden ständig neue Regelungen herausgegeben. Derzeit könne keine definitive Aussage getroffen werden.

Sie sagt im Übrigen zu, dem Ausschuss Pressemitteilungen zukommen zu lassen ([Umdruck 18/5545](#)).

Zur Ausbildungssituation im Bereich der Hebammen legt sie dar, dass es in Schleswig-Holstein eine Hebammenschule, angesiedelt am UKSH, gebe. Der Verband sei dabei, die

Akademisierung der Hebammen zu forcieren. Angedacht sei, das an eine Fachhochschule anzusiedeln. Dies müsse bis 2020 umgesetzt werden. Derzeit befinde man sich aber noch in der Planungsphase.

Ihr größter Wunsch - so auf Abg. Rathje-Hoffmann - sei, dass Hebammen zu guten Arbeitsbedingungen bei guter Bezahlung arbeiten könnten.

Auf Fragen von Abg. Klahn antwortet sie, dass Hebammen einschätzen könnten, ob es voraussichtlich ein Risiko bei der Geburt geben werde, weil sie frühzeitig einen guten Kontakt zu den Schwangeren hätten. Durch viele Gespräche und Äußerungen der Frauen könne man eine Einschätzung treffen. Sobald Hebammen erkennen, dass es ein Risiko gebe, gäben sie die Schwangere in gynäkologische Hände ab.

Das Boarding sei für Frauen eine unglückliche Lösung, insbesondere, wenn es sich nicht um das erste Kind handle. Eine Frau könne ihre Familie nicht 14 Tage vor der Entbindung alleinlassen. Eine Schwangere müsse kurz vor der Geburt noch sehr viel regeln, was nicht gehe, wenn sie nicht Zuhause sei. Kinder, die den Kindergarten besuchten oder schulpflichtig seien, könnten auch nicht einfach alleingelassen werden. Hinzu komme die Situation, dass ein neues Geschwisterkind in die Familie komme. Darauf könne sich eine Familie nicht richtig vorbereiten.

Frau Bertram geht auf eine Frage des Abg. Dr. Tietze hinsichtlich der freien Wahl des Geburtsortes ein und legt dar, dass dies beispielsweise auf den Inseln nicht mehr möglich sei. Als schwangere Frau könne man sich eine Hausgeburt nicht mehr aussuchen, weil die dort tätigen Hebammen die Haftpflichtversicherung nicht mehr finanzieren könnten. Eine Hausgeburt könne auch deshalb nicht angeboten werden, weil die geburtshilfliche Abteilung auf Sylt fehle. Auch Beleggeburten würden immer geringer.

Zum Boarding legt sie dar, sie halte eine flächendeckende Versorgung mit Hebammen für notwendig. Gebe es diese flächenhafte Versorgung, müssten die Hebammen trotzdem geburtshilferechtlich versichert sein, weil man die Frauen sonst nicht begleiten könne.

Das Boarding werde auch wegen des erforderlichen Zeitraums - möglicherweise 14 Tage vor der Geburt, 10 Tage über die Geburt, 3 Tage im Krankenhaus - ungern angenommen. Sie zieht den Vergleich mit einem vier Wochen langen Urlaub, der in der Regel nicht gemacht werde. Hier gebe es aber auch noch ein völlig neues Familiengefüge.

Eine wohnortnahe Versorgung mit Hebammenhilfe halte sie für sehr wichtig in der Form, dass es Anlaufstellen gebe. Um Frauen und Familien zu beruhigen, seien Anlaufstellen für Frauen notwendig, wo sie sich mit einem Fehlalarm melden könnten, ohne dass gleich ein großes Prozedere eingeleitet werde. Um dies leisten zu können, sei Voraussetzung, die geburtshilflich Haftpflichtversicherung zahlen zu können. In Nordfriesland habe der Landkreis das in die Hand genommen und zahle eine Bezuschussung. Frau Salzmann ergänzt, gegenwärtig werde der gesamte Betrag vom Kreis Nordfriesland getragen. Dieser volle Betrag werde an drei Hebammen in Bredstedt in Höhe von je etwa 6.240 € gezahlt. Was dringend benötigt werde, um die Hebammenversorgung zu gewährleisten, sei eine Gebührenanhebung, so dass Hebammen mit ihrem Verdienst ihren Lebensunterhalt bestreiten könnten, was derzeit nicht gewährleistet sei. Die Gebührensteigerung in den letzten zehn Jahren habe etwa 10 % betragen.

Abg. Pauls weist darauf hin, dass die Situation in Schweden eine andere sei. Hier würden beispielsweise die Väter, sofern die Frauen ins Boarding gingen, bezahlt von ihrer Arbeit freigestellt.

**vdek Landesvertretung Schleswig-Holstein**  
**Krankenkassen/Verbände Schleswig-Holstein**

Herr Tank, Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein, trägt die aus [Umdruck 18/5469](#) ersichtliche Stellungnahme vor.

Abg. Rathje-Hoffmann bittet um Stellungnahme zu der Forderung der Hebammen nach Anlaufpunkten für Schwangere im Rahmen der Hebammenversorgung sowie Auskünfte zur Vergütungssystematik bei Hebammen.

Abg. Dr. Tietze stellt seinen Fragen voraus, dass sich Abgeordnete dem ganzen Land Schleswig-Holstein verpflichtet fühlten. Die vorgetragenen Vorschläge zur Weiterentwicklung würden zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation an der Westküste gegenüber der Ostküste führen. Die Krankenkassen seien aber ihren Versicherten als Ganzes verpflichtet. Er erkundigt sich nach den Hubschraubereinsätzen, den dafür anfallenden Kosten im Rahmen des Notfallkonzeptes und der Auslastung. Außerdem legt er dar, dass nach den Aussagen der Vertreterinnen des Hebammenverbandes das Wunsch- und Wahlrecht in Bezug auf die Hebammenversorgung in Gefahr sei. Er stellt die Frage, wie die Krankenversicherung, die sich dem Wunsch und Wahlrecht der Versicherten verpflichtet fühle, damit umgehe.

Abg. Dr. Bohn erkundigt sich danach, wie man auf die Zeit von 45 Minuten als maximale Transportzeit komme.

Herr Tank legt dar, die Forderung nach Anlaufpunkten für eine Hebammenversorgung sei für ihn neu. Es sei keine Planung im Rahmen der GKV. Insofern sei es für ihn schwierig, dazu etwas zu sagen.

Er macht ferner deutlich, dass man sich nicht innerhalb einer Planung bewege. Es gebe weder eine Bedarfsplanung noch eine Planung der Hebammenversorgung. Man befinde sich in einem Vergütungsfeld und der Sachlage, dass freiberufliche Hebammen nach einheitlichen Gebührensätzen vergütet würden. Das Risiko einer freiberuflichen Hebamme hätten nicht die Krankenkassen zu tragen. Anders sei es bei einem Arzt, der einer Bedarfsplanung unterzogen werde; hier gebe es einen Sicherstellungsauftrag.

Die Vergütung der Hebammen werde mit dem GKV-Spitzenverband ausgehandelt. Die Krankenkassen hätten das umzusetzen, was in der Vergütungsliste stehe. Hier habe es in den vergangenen Jahren sicherlich eine Kostenanpassung gegeben.

Einer Presseerklärung des GKV Spitzenverbandes habe er entnommen, dass es jetzt eine Vereinbarung gebe, versicherungsrechtliche Nachteile einer freien niedergelassenen Hebamme auszugleichen, sofern sie mindestens eine Entbindung pro Quartal betreue. Dieses gelte es, beim GKV-Spitzenverband nachzuweisen. Der Deutsche Hebammenverband sei aber nicht bereit, die Unterlagen der Gruppenhaftpflichtversicherung vorzulegen. Insofern würden im Moment keinerlei Zuschüsse ausgezahlt. Einzelne, dem Verband nicht angegliederte Hebammen hätten schon Auszahlungen erhalten.

Ein weiterer wichtiger Punkt sei, dass die gesetzliche Krankenversicherung in Gänze auf Regresse bei Entbindungsschäden verzichte. Er halt das für bedenklich. Das gebe es bei keiner anderen Berufsgruppe und keinem anderen Leistungserbringer in der GKV. Er weist ferner darauf hin, dass es nur noch ein Konsortium gebe, das eine Form der Versicherung anbiete. Die enormen Beitragssteigerungen in diesem Bereich seien auch dadurch begründet, dass die Klagefreudigkeit zugenommen hätte, wenn beispielsweise im ersten Schuljahr eines Kindes festgestellt werde, dass dieses Defizite habe. Außerdem sei die Höhe der Entschädigungszahlungen massiv gestiegen. Festgelegt worden sei auch, dass jede Hebamme viermal im Jahr ihren Versicherungstarif ändern und switchen könne zwischen einer Versicherung, die nur Vor- und Nachbetreuung beinhalte, und einer, die auch die aktive Geburt beinhalte. Auch hier sei man den Hebammen entgegengekommen; sie könnten selbst entscheiden.

Man müsse zur Kenntnis nehmen, dass es eine bundesweite Regelung gebe, die vor der Schiedsstelle strittig entschieden worden sei. Dieser hätten sich einige Hebammen angeschlossen, der größte Verband allerdings nicht. Es stehe eine Klage im Raum, die möglicherweise dazu führe, dass wegen eines jahrelang andauernden Rechtsstreites keine Zahlungen geleistet werden könnten.

Er wendet sich den Anmerkungen des Abg. Dr. Tietze hinsichtlich der unterschiedlichen Situation an der Westküste und der Ostküste zu. Dazu führt er aus, dass es historisch gewachsene Klinikstandorte gebe. An der Westküste seien das im Wesentlichen Itzehoe und Heide. Es gebe den nordfriesischen Raum, der im Wesentlichen durch die nordfriesischen Kliniken mit unterschiedlichen Standorten und dem größten Standort in Husum abgedeckt werde. Die Ostküste sei in der Vergangenheit durch die Aufgabe eines geburtshilflichen Standortes betroffen worden. Sicherlich werde es in Zukunft weitere Diskussionen geben. Das werde deutlich, sehe man sich die Zahlen an, die Ratzeburg, Preetz oder Eckernförde betreffen.

Auf einen Einwurf des Abg. Dr. Tietze legt er dar, es gebe auch eine deutlich andere Verteilung der Bevölkerung zwischen Ost und West. Die historische Verteilung der Klinikstandorte könne heute nicht beeinflusst werden. Man könne beeinflussen, was man heute planerisch an Leistungen haben wolle. Dazu bedürfe es Grundlagen. Es gebe keine Planung, die sich nur auf die Standorte der Westküste konzentriere.

Im Rahmen des Rettungsdienstes seien von den Versicherern zusätzlich Wege, Hilfen, Ausbildung und Hubschrauberleistungen eingebracht worden, weil man der Auffassung sei, dass es, sofern Klinikstandorte wegfielen, der Notwendigkeit bedürfe, den Schwangeren zusätzliche Wege aufzuzeigen, wie sie ihre Geburtsklinik erreichen könnten. Es gebe eine besondere Situation an der Westküste, was die Insellage angehe. Im Übrigen gebe es auch Helgoland. Aufgrund dieser Besonderheit sei der Hubschrauberstandort in Rendsburg auch in der Nacht flugtauglich gemacht worden. Das bedeute, dass er in durchschnittlich unter fünf Minuten in der Luft sei. In der Vergangenheit sei dies genutzt worden. Weitere Hubschrauberstandorte gebe es in Niebüll und Sieblin. Nicht dokumentiert sei die Anzahl der Flüge. Bezahlt würden die Flüge von der jeweils zuständigen Krankenkasse. Der Rettungsdienst umfasse auch die Luftrettung, für den die entsprechenden Entgelte vereinbart seien. Die Kosten setzten sich aus Fixkosten und variablen Kosten zusammen.

Hinsichtlich des Wunsch- oder Wahlrechtes für eine Hausgeburt mache die gesetzliche Krankenversicherung keine Vorgaben. Gebe es eine Hebamme, die eine Geburt betreuen könne, könne man sich entschließen, eine Hausgeburt durchzuführen. Die Krankenkassen könnten

auch keine Vorgabe hinsichtlich der Zahl von Hebammen geben, die eine aktive Geburt unterstützen. Dazu gebe es weder eine rechtliche Grundlage noch eine Bedarfsplanung. Insofern leite sich auch nicht ab, dass Versorgungsräume oder Kreise mit dieser Form von Leistung neu beplant würden.

Der Zeitraum von 45 Minuten ergebe sich aus dem Bericht der Landesregierung. Darin stehe, wie dieser Zeitraum abgeleitet werde. Dieser Zeitraum beschreibe die Ist-Situation. Dem Bericht sei auch zu entnehmen, dass sich an diesem Zeitraum nichts ändern würde, nähme man die kleinen Geburtshäuser aus dem Versorgungsnetz heraus. Diese Ist-Situation werde von den Krankenkassen als Planungsgrundlage genommen. Er beschreibe nicht nur eine ausreichende Erreichbarkeit, sondern sollte auch als Planungsgrundlage genommen werden. Die Erreichbarkeit eines Krankenhauses innerhalb von 30 Minuten im Bereich der Chirurgie oder der Inneren betreffe Häuser der Regelversorgung. Sowohl die Innere als auch die Chirurgie seien Leistungen, die vorzuhaltend seien. Die geburtshilflichen Leistungen gehörten nicht zu den vorzuhaltenden Leistungen. Dazu gebe es keinerlei Vorgaben.

Abg. Klahn bezweifelt die genannten Zeiten der Erreichbarkeit von Krankenhäusern unter Berücksichtigung der realen Verkehrssituation. Im Übrigen bezweifelt sie, dass dieser Zeitraum vertretbar sei vor dem Hintergrund, dass es bei Geburten zu Notfallsituationen kommen könne. Hier müssten zumindest vergleichbare Zeiten wie für Chirurgie und Innere zugrunde gelegt werden.

Sie erkundigt sich danach, in welchem Umfang die Krankenkassen an dem Bericht der Landesregierung mitgewirkt hätten, und fragt, ob die Geburtenzahlen aus 2015 bei den Überlegungen Berücksichtigung gefunden hätten. Außerdem möchte Sie wissen, ob es, sofern es zur Schließung einer kleineren Geburtshilfestation kommen sollte, eine Empfehlung gebe, welche dies sein sollte. Sie erinnert daran, dass das Land eine Verpflichtung zur medizinischen Versorgung habe, und fragt nach, wie diese dann gewährleistet wäre. Ferner erkundigt sie sich nach der Rettungskapazität, der Ausbildung der Rettungssanitäter, danach, ob das Personal ausreichend ausgebildet und die Krankenwagen ausreichend ausgestattet seien. Außerdem fragt sie nach den Möglichkeiten der Leistungsträger, eine Verbesserung der Entlohnung der Hebammen herbeizuführen.

Abg. Dudda weist auf die enorme Steigerung der Geburtenzahl beim Diakonissenkrankenhaus in Flensburg hin. Er erkundigt sich danach, ob das Modell in Nordfriesland, nachdem Versicherungsleistungen für Hebammen vom Kreis übernommen würden, dazu geführt habe, dass die Notwendigkeit der Zahl der medizinisch initiierten Geburten abgenommen habe, und fragt

nach, ob die vdek bereit wäre, darüber nachzudenken, ein entsprechendes landesweites Modell zu unterstützen.

Abg. Jasper möchte wissen, ob in dem Bericht der Landesregierung konkrete Handlungsansätze, Zukunftsperspektiven und ausgearbeitete Konzepte enthalten seien.

Herr Tank macht deutlich, dass die Erreichbarkeit einer geburtshilflichen Station innerhalb von 45 Minuten seiner Meinung nach im Bericht der Landesregierung hinlänglich erarbeitet worden sei. Eine Vergleichbarkeit mit 30 Minuten zu einem Krankenhaus der Regelversorgung sehe er - wie er wiederholt - nicht, weil geburtshilfliche Versorgung keine Leistung eines allgemeinen Krankenhauses sei. Insofern wäre man als Planungsbehörde auch frei zu sagen, wie man diesen Bereich beplanen wolle. Es gebe aber bisher keine Planungsrichtlinien, keine Planungsvorstellungen, kein Planungsziel und auch keinen Krankenhausplan, der Geburtshilfe ausweise. Es gebe eine Ausweisung hinsichtlich der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung. Ein Krankenhausträger, der sich von seiner geburtshilflichen Versorgung verabschiede, handele immer noch nach seinem Plan. Er könne den Standort selbstständig entscheiden. Bei einem Krankenhausträger mit mehreren Standorten sei die Verschiebung von einem zu einem anderen Standort eine Hausentscheidung, die der Krankenhausträger allein treffen könne. Die Entscheidungen, die bisher in Schleswig-Holstein getroffen worden seien - in Oldenburg und auf Westerland -, seien Hausentscheidungen und hätten nicht gegen den Plan verstoßen.

Er habe im Übrigen nicht vorgetragen, dass er den Bericht mitgeschrieben habe, sondern dass er das Ergebnis voll mittrage. Hintergrund sei, dass es bei der Krankenhausplanung eine Unterarbeitsgruppe gegeben habe, die sich darüber Gedanken mache. Das sei unterstützt worden, indem über den MDK die Levelhäuser ausgewertet worden seien. Das sei in die Erkenntnisse des Berichts eingeflossen. Insofern hätten die Versicherer den Bericht nicht mitgeschrieben. Es handele sich nicht um einen gemeinsamen Bericht, er trage aber die Aussagen inhaltlich voll mit.

Zu den aktuellen Geburtenzahlen verweist er auf das Statistische Landesamt für Schleswig-Holstein, die den in der Presse beschriebenen Trend eindeutig nicht belegten. Es gebe eine geringfügige Steigerung bei den Geburten; das könne in einzelnen Häusern auch erheblich sein. Insgesamt gebe es für Schleswig-Holstein deutlich abnehmende Erwartungszahlen, was die anstehenden Geburten angehe. Es gebe ferner eine deutliche Zentralisierung in den Städten Kiel, Lübeck, Flensburg. Bekannt sei auch die Bevölkerungswanderung insbesondere der jungen Leute in Richtung Städte.

Die Versicherer schlossen keine Häuser und schlugen das auch nicht vor. Das könne nur eine Entscheidung des Trägers sein. Im Übrigen gehe es nicht um die Schließung irgendeines Hauses. Es werde kein Standort infrage gestellt; es gehe lediglich um die Leistung Geburtshilfe. Auch in Oldenburg sei kein Haus geschlossen worden. Auch auf Westerland gebe es ein Haus der Grund- und Regelversorgung. Ziel der Krankenkassen sei es allerdings, eine definierte Planung zu haben, an der sich die Krankenhäuser als Träger und das Land in seiner Planung orientierten. Auch geburtshilfliche Planung mit Mindestangaben und Standorten sollten in die Krankenhausplanung aufgenommen werden. Das sei weiter gedacht als das, was sich bisher in dem Bericht der Landesregierung finde.

Die Ausprägung von Möglichkeiten im Rettungsdienst hätten die Krankenkassen unterstützt. Ihm sei bewusst, dass im normalen Ausbildungscurriculum Geburtshilfe und geburtshilfliche Notfälle ein automatisierter Ausbildungsvorgang seien. Theoretisch könnten alle Rettungsassistenten diese Notfälle bearbeiten. Dennoch hätten die Rettungssanitäter in den Bereichen, in denen es zu Schließungen von geburtshilflichen Stationen gekommen sei, eine intensive Schulung erhalten. Das würde auch in anderen Fällen, sollte es zu weiteren Schließungen kommen, erfolgen. Es handele sich um eine Aktualisierung und Präzisierung des möglicherweise zuständigen Rettungspersonals im Falle X. Es sei davon auszugehen, dass alle rettungsdienstlichen Träger im Land geburtshilfliche Notfälle im Land abarbeiten könnten, auch die Luftrettung.

Das DRG-System könne für Hebammen keinen Ausgleich herbeiführen. Die Krankenkassen legten keine DRGs fest. Das werde auf Bundesebene festgelegt. Eingang fänden die Daten derjenigen Häuser, die ihre Daten meldeten. Würden entsprechende Abteilungen vorgehalten, fänden auch die Kosten der angestellten Hebammen Eingang in die Preisgestaltung.

Auf die Fragen des Abg. Dudda eingehend führt er aus, jede Geburt koste Geld und sei eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Beobachtung, dass sich im Kreis Nordfriesland etwas verändert habe, könne er nicht wahrnehmen. Ein von den Krankenkassen finanziell unterstütztes Projekt könne er sich nicht vorstellen. Man befinde sich hier in dem Bereich, in dem man sich Gedanken darüber mache, die klinische Geburtshilfe zu planen, Kriterien herauszuarbeiten, an denen sie sich orientieren sollte. Man müsse auch weit in die Zukunft denken, da Krankenhausplanung nicht von heute auf morgen stattfinde.

Zu der Frage des Abg. Jasper hinsichtlich seiner Einschätzung zu dem Bericht legt er dar, er habe diese Einschätzung mehrfach deutlich gemacht. Er lese den Bericht so, dass es sich um ein vorgelegtes Geburtshilfekonzept handele. Darin seien auch Maßnahmen für eine Orientie-

zung der Krankenhausplanung niedergeschrieben. Die Formulierung in dem Bericht, dass die Landesregierung mit diesen Maßnahmen auch in Zukunft die Herausforderungen an eine notwendige Anpassung gewährleiste, nehme er als Auftrag einer Orientierung. Die Krankenkassen hätten dies zusammengefasst und ergänzt um die Faktoren Mindestfallzahl und Erreichbarkeit. Man brauche im Land Kriterien, eine Orientierung, an die sich die stationäre Planung halten sollte. Diese Orientierung sei für die Leistungsanbieter, die Krankenhausträger, notwendig. Man sei gemeinsam verpflichtet, die Krankenhausplanung im Land festzulegen. Das bilde sich seiner Meinung nach ab.

Abg. Dr. Bohn erkundigt sich danach, wie die Erreichbarkeit in anderen Bundesländern geregelt sei. Herr Tank legt dar, Krankenhausplanung sei regionale Aufgabe. Die Bundesrepublik Deutschland sei ein föderaler Staat, in dem jedes Bundesland eigene Entscheidungen treffe. Sollten bundesweit einheitliche Vorgaben angestrebt werden, müssten sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegeben werden. Dann seien die Bundesländer gehalten, sich daran zu orientieren und die Qualitätsanforderungen einzuhalten. Den Krankenkassen gehe es darum, dass genau dies Bestandteil einer Krankenhausplanung werde. Es gebe also definitiv Unterschiede im Ländervergleich, aber das sei so angelegt.

Abg. Dr. Tietze verweist auf den Krankenhausplan und vertritt die Ansicht, darin sei festgeschrieben, dass auch ländliche Regionen versorgt werden müssten. Demnach verstoße das, was Herr Tank für die Geburtshilfe gesagt habe, gegen den Geist des Krankenhausplanes. Herr Tank teilt diese Auffassung nicht. Es werde auch nicht über eine Konzentration auf Level-1-Häuser gesprochen. Es gebe Level 1, 2 und 3. Daneben gebe es noch die gemeine Geburtsklinik: „Level 4“. Seine Empfehlung sei, bezüglich einzelner Häuser Überlegungen anzustellen. Die Entwicklung sei auch in Oldenburg und in Westerland anhand der vorliegenden Zahlen ablesbar gewesen. Sofern man dies absehen könne, sollte dies in einer Planung berücksichtigt werden. Das bedeute aber auch, dass andere bestehende Geburtskliniken gestützt würden.

Bezüglich der unterschiedlichen Ausprägung einer Versorgungslandschaft im Lande legt er dar, sie sei so, wie sie sei. Man müsse immer einen Kompromiss zwischen Sicherheit und Freiheit finden. Derjenige, der sich auf Helgoland niederlasse, tue das bewusst. Derjenige, der dort lebe, arbeite und wohne, wisse, dass es dort keine Geburtsklinik gebe. Es habe vor einiger Zeit - er meine, im Jahr 2004 - eine Auflistung gegeben, welche geburtshilflichen Einrichtungen oder Geburtskliniken geschlossen worden seien. Gehe man zeitlich weiter zurück, stelle man fest, dass noch mehr geschlossen worden seien. Er gebe Abg. Dr. Tietze Recht, dass es eine Veränderung geben werde. Die Bürgerinnen und Bürger sowie die Versicherten der

Krankenkassen müssten darauf eingestellt werden. Man müsse einen Kompromiss zwischen Sicherheit und Freiheit herstellen.

### **Kreis Nordfriesland**

Frau Schmeck von der Fachbereichsleitung des Fachbereiches Sicherheit, Gesundheit, Soziales und Veterinär im Kreis Nordfriesland, führt aus, vieles, was den Kreis Nordfriesland angehe, sei bereits berichtet worden. Der Kreis Nordfriesland habe sich sehr intensiv bereits seit 2010 - unabhängig von der Schließung der Geburtsstationen - mit dem Thema Geburtshilfe auseinandergesetzt, und zwar im Hinblick auf die flächendeckende Hebammenversorgung.

Im Jahr 2010 habe es erstmals einen Aufschrei der Verbände und der Hebammen gegeben, dass die Kosten der Versicherungen derart angestiegen seien, dass dies an die Existenzgrenze führe. Deswegen habe sich der Kreis Nordfriesland 2010 entschlossen, finanziell zu fördern, allerdings immer in der Erwartung, dass etwas passiere. Es habe auch flankierende Resolutionen sowohl in Richtung Land als auch in Richtung Bund gegeben.

In den Jahren 2010 bis 2012 habe es Förderung in unterschiedlicher Höhe gegeben, was damit zusammenhängt habe, dass es eine unterschiedliche Anzahl von Hebammen gegeben habe. Nach ihrer Kenntnis seien es derzeit sieben Hebammen, die freiberuflich tätig seien. Nach einer kleinen Phase der Nichtförderung habe sich der Kreis Nordfriesland entschlossen, die Förderung wieder aufzuleben zu lassen. In 2015 seien drei Hebammen in Bredstedt gefördert worden, die außerklinische Geburtshilfe durchführten. Für 2016 sei ein entsprechender Haushaltsansatz gebildet worden. Da es sich aber um eine freiwillige Leistung des Kreises Nordfriesland handele, sei man davon abhängig, dass der Haushalt entsprechend genehmigt werde. Daran hänge derzeit auch die Auszahlung. Bei der Erstellung des Ansatzes sei man von der Höhe der Haftpflichtversicherung des Vorjahres ausgegangen. Der Haushaltsansatz liege derzeit bei etwa 18.000 € Erstattet werde die Differenz der Haftpflichtversicherung zwischen der Grundversicherung und der Vollversicherung. Das gleiche gelte für die Hebammen auf den Inseln, soweit sie sich an der sogenannten Hebammenrufbereitschaft beteiligten. Sowohl auf Sylt als auch auf Föhr sei über den Rettungsdienst eine Rufbereitschaft installiert worden. Diese Rufbereitschaften seien nicht durch das Rettungsdienstgesetz vorgesehen, sondern eine Verhandlungslösung, die mit Unterstützung durch die Krankenkassen und der Sylter Gemeinden möglich geworden seien. Für Sylt sei eine Evaluierung vereinbart.

Wenn ein Rettungsdienst gerufen werde und es handle sich um einen geburtshilflichen Notfall, bestehe die Möglichkeit, eine Hebamme hinzuzurufen. Vergütet werde sowohl die Bereitschaftszeit als auch der Einsatz selbst.

Für Föhr lägen noch keine Erfahrungswerte vor.

Klar sei, dass der Rettungsdienst keine Geburtshilfe ersetzen könne. Das sei nicht seine gesetzliche Aufgabe. Aufgabe des Rettungsdienstes sei es, zu stabilisieren und zu transportieren.

Die Landesregierung habe entsprechende Gutachten in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse abgewartet würden. Der Kreis Nordfriesland wünsche sich eine flächendeckende Hebammenversorgung auch mit dem Ziel, dass die Frauen zunächst einmal ihre Hebamme anrufen könnten.

Frau Schmeck bezieht sich auf eine Frage des Abg. Dr. Tietze hinsichtlich des Haftungsrisikos und macht deutlich, dass der Rettungsdienst, sofern er gerufen worden sei und die Patientin übernommen habe, in der Haftung sei. In dem Moment, in dem eine Hebamme eingebunden sei, sei die Hebamme nicht über den kommunalen Schadensausgleich abgesichert. In diesem Fall könne ein Rückgriff auf die Hebamme genommen werden. Hier müsse sie also selbst entsprechend über eine Versicherung abgesichert sein. Deshalb habe sich der Kreis dazu entschlossen, die Hebammen, die an der Rufbereitschaft teilnähmen, wie bereits geschildert zu fördern. Das bedeute - so bestätigt Frau Schmeck auf Nachfrage des Abg. Dr. Tietze -, dass gegenwärtig nicht alle Hebammen für eine Rufbereitschaft zur Verfügung stünden.

Sie wendet sich sodann einer Frage der Abg. Rathje-Hoffmann zu und bestätigt, dass dies das Modell der Rufbereitschaft sei. Man könne keine außerklinische Geburtshilfe erwarten, wenn keine Versicherung abgeschlossen sei. Ein möglicher Versicherungsfall beginne bereits in dem Moment, in dem die Geburt beginne. Das gelte sowohl für einen Einsatz im Rahmen eines Rettungsdienstes als auch dann, wenn eine Hebamme angerufen werde.

Auf Fragen der Abg. Pauls antwortet Frau Schmeck, eine ähnliche Regelung gelte auch für Ärzte. Der kommunale Schadensausgleich behalte sich insbesondere bei freien Ärzten vor, sie in Regress zu nehmen, sollte sich herausstellen, dass ein Behandlungsfehler vorgelegen habe. Deshalb benötigten alle tätigen Notärzte eine entsprechende Absicherung, es sei denn, sie seien in einer Klinik beschäftigt und nähmen die Notarztstätigkeit im Rahmen ihrer Tätigkeit in der Klinik wahr. Dann seien sie über ihren Arbeitgeber versichert.

Die Frage der Abg. Pauls, ob das Boarding in Husum angenommen werde, könne sie nicht beantworten.

Hinsichtlich der vom Land bereitgestellten Mittel könne sie nur teilweise antworten. Bereits seit längerer Zeit bestehe ein enger Kontakt mit dem zuständigen Referat im Sozialministerium. Auch aufgrund einer Anregung im Rahmen eines Runden Tisches sei ein Gutachten in Auftrag gegeben worden. Außerdem habe die Landesregierung die Einrichtung der Rufbereitschaft unterstützt. Ein Teil der Kosten der Rufbereitschaft sei dadurch gedeckt worden. Die Abwicklung sei Ende letzten Jahres erfolgt.

Fragen des Abg. König beantwortet sie dahin, dass nach ihrer Kenntnis im Kreis Nordfriesland sieben freiberufliche Hebammen tätig seien, davon einige als Belegerinnen in den Krankenhäusern. Das Angebot sei allen Hebammen im Kreis unterbreitet worden. Alle Hebammen im Kreis hätten die Möglichkeit gehabt, ein Konzept zur Förderung der außerklinischen Geburtshilfe einzureichen und davon zu profitieren. Lediglich die Hebammenpraxis in Bredstedt habe ein entsprechendes Konzept eingereicht. Nachgereicht worden sei ein Konzept einer Hebamme auf Sylt. Daraus sei die Hebammenrufbereitschaft auf Sylt entstanden. Die Grundversicherung betrage etwa 450 € im Jahr, das Gesamtpaket - die Vollversicherung - zwischen 6.000 € und 7.000 €.

**Diakonissenkrankenhaus Flensburg**  
**Marien-Krankenhaus Lübeck**  
**Geburt e.V.**

Herr Dr. Ostertag, Direktor des Diakonissenkrankenhauses Flensburg, trägt in großen Zügen die aus [Umdruck 18/5517](#) ersichtliche Stellungnahme vor. In diesem Zusammenhang weist er darauf hin, dass er gemeinsam mit dem Kreis Friesland ein EDV-gestütztes Konzept mit einer Lenkungsfunktion entwickle, um mit allen Beteiligten, insbesondere den Hebammen und Gynäkologen, ein Netzwerk zu errichten, das es Frauen ermögliche, die Boardingzeit zu minimieren.

Frau Röder, Pflegedirektorin, Herr Krüger, Geschäftsführer und Frau Dr. Wulf, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Sprecherin der Belegärzte des Marien-Hauses Lübeck, tragen die aus [Umdruck 18/5495](#) (neu) ersichtliche Stellungnahme vor. Frau Dr. Wulf weist darauf hin, dass die Haftpflicht für Ärzte eine ähnliche Problematik darstelle wie für Hebammen. Die Versicherungssumme betrage derzeit etwa 40.000 € pro Jahr. Das sei im Belegarztsystem nur deshalb möglich, weil die Klinik einen Teil davon trage.

Herr Krüger weist darauf hin, dass, wenn geburtshilfliche Abteilungen schlössen, die Geburtenzahlen in anderen stiegen. Sofern dies geplant sei, habe dies - auch vor dem Hintergrund erforderlicher Umbaumaßnahmen - geringere finanzielle Auswirkungen, als wenn dies ungeplant sei.

Frau Bruns, gesundheitspolitische Sprecherin und Gesundheitssystemanalytikerin von Geburt e.V., trägt die aus [Umdrucken 18/5467, 18/5537](#) ersichtlichen Stellungnahmen vor. Dabei betont sie, dass nicht nur die Sterblichkeitsrate, sondern auch Erkrankungen von Müttern in die Überlegungen einbezogen werden sollten.

Sowohl Abg. Dr. Tietze als auch Abg. Rathje-Hoffmann stellen Fragen zu der von Herrn Dr. Ostertag angesprochenen Lenkungsfunktion und bitten um weitere Ausführungen dazu.

Herr Dr. Ostertag führt aus, ein System zu installieren, mit dem auch die Hebammen aus „einer Hand“ vermittelt würden, halte er für schwierig, weil die Hebammen freiberuflich tätig seien und auch sein wollten. Es gebe aber auch durchaus Überlegungen. So hätten etwa die Hebammen auf Föhr angefragt, ob sie die Frauen, die sie betreuten, mit in den Kreissaal begleiten dürften. Das halte er für problemlos. Auch die Versicherungsfrage könnte über eine Teileinstellung geregelt werden. Allerdings sei die Frage zu klären, ob die Hebamme, sofern die Frau vielleicht zwei oder drei Tage vor dem Geburtstermin in das Boardingkonzept komme, vor Ort verbleibe. Das müsse jede Hebamme für sich entscheiden.

Grundsätzlich halte er eine Vernetzung für sehr wichtig. In den Mutterschaftsrichtlinien sei vorgeschrieben, dass die niedergelassenen Frauenärzte, die primär die Schwangerenvorsorge betrieben, Schwangere bei einem Arzt in der Geburtsklinik zur Planung der Geburt und des Geburtsmodus vorstellen sollten. Hier sei ein Modell entwickelt worden, dass eine erfahrene Gynäkologin Zugang zum Kreisinformationssystem erhalte und die Frauen entsprechend vorbereite. Ein bereits in Flensburg etabliertes Projekt sei das Projekt CTG Online, mit dem Frauen Zuhause mit mobilen Geräten eine direkte Verbindung in den Kreissaal unter Beobachtung einer Hebamme oder eines Arztes hätten. Dieses Modell könne man beispielsweise auf Föhr übertragen, sodass sich Hebammen, sofern sie ein auffälliges CTG feststellten, eine Zweitmeinung aus der Klinik einholen könnten. Es gebe heutzutage auch durchaus Möglichkeiten, Hebammen bestimmte Ultraschalluntersuchungen übernehmen zu lassen, deren Ergebnisse direkt in die Klinik zu übertragen, sodass die Klinik über den Zustand der Frau informiert sei.

Auf eine Nachfrage des Abg. Tietze legt Herr Dr. Ostertag dar, dass ein Teil des Systems aus dem Etat finanziert sei und ein Teil von Firmen getragen werde, die den Kreissaal ausgestattet hätten. Bei einer Ausweitung des Konzeptes werde eine weitere finanzielle Unterstützung notwendig sein. Das Konzept sei dem Ministerium bereits vorgelegt worden.

Auf die der Abg. Pauls, ob die Sectio-Rate bei Frauen, die im Boarding seien, höher sei als bei Frauen, die sich nicht darin befänden, antwortet Herr Dr. Ostertag, sie hänge von mehreren Bedingungen ab.

Auf die Frage des Abg. König hinsichtlich des Personaleinsatzes legt Frau Röder dar, das Marien-Krankenhaus Lübeck habe seit 2005 sukzessive mehr Hebammen eingestellt. Sie vertrete die Auffassung, dass in Schleswig-Holstein seit zwei oder drei Jahren nicht mehr genügend Hebammen ausgebildet würden. Ihr sei bekannt, dass es erhebliche Probleme gebe, freie Hebammenstellen in Kliniken zu besetzen.

Abg. Dr. Bohn fragt, ob die von Herrn Tank erwähnten 45 Minuten bis zum Erreichen einer Geburtsstation beziehungsweise Klinik eine medizinisch nachvollziehbare Planungsgröße sei. Herr Dr. Ostertag antwortet, dieser Zeitraum sei einer für Patientinnen, die im Prinzip keinen richtigen Notfall darstellten. Für die ernsthaften Notfälle sei dies nicht ausreichend. Im Jahr gebe es maximal fünf Hubschraubertransporte von Sylt. Andere extreme Notfälle etwa Zuhause seien in Schleswig-Holstein extrem selten bis nicht vorhanden. Dazu gebe es eine gute Versorgung mit niedergelassenen Gynäkologen, die viele mögliche Komplikationen im Vorwege erkennen. Bei einem akuten Notfall seien 45 Minuten zu lang; für alle anderen Fälle sei der Zeitraum ausreichend.

Auf eine Frage des Abg. König bezüglich einer Kooperation mit der Uni in Lübeck hinsichtlich der Ausbildung von Hebammen weist Frau Röder darauf hin, dass die Uni-Klinik in Lübeck selber keine Hebammen ausbilde. Herr Dr. Ostertag ergänzt, dass im letzten Ausbildungsgang 30 Personen mit einer Ausbildung begonnen hätten, zehn Personen noch dabei seien und sich diese, obwohl sie ihre Ausbildung noch nicht beendet hätten, bereits in Anstellung befänden.

Abg. Klahn stellt die Frage, ob die Bezahlung für Geburten kostendeckend sei. Außerdem erkundigt sie sich nach den Gründen für Frauen, ein Belegkrankenhaus zu wählen.

Herr Dr. Peters, Direktor des Diakonissenkrankenhauses Flensburg, antwortet, man müsse unterscheiden zwischen der Vergütung der Geburt im Belegsystem und in den Krankenhäu-

ern, die Geburtshilfe als Hauptabteilung durchführten. Dort gebe es die gleiche Vergütung in den Leveln 1, 2 und 3. Allerdings sei der Aufwand im Level-1-System ungleich höher, weil dort gezielt die schwierigsten Fälle zugeführt würden. Da wünsche er sich eine bessere finanzielle Ausstattung, die es gegenwärtig aber nicht gebe. In anderen Bundesländern gebe es beispielsweise ein Zuschlagssystem für Level-1-Häuser.

Nach Auffassung von Frau Dr. Wulf entschieden sich Frauen für das belegärztliche System, weil es ein sehr persönliches System sei. Die meisten Frauen, die sie betreue, kenne sie bereits aus der Schwangerschaftsbetreuung. Außerdem sei sie bei der Geburt dabei und betreue die Frauen auch danach. Es sei vorteilhaft, wenn eine Person da sei, die die Frau kenne. Das sei anders als in einem großen Krankenhaus, in dem es viele unterschiedliche Ansprechpartner gebe.

Frau Bruns bezieht sich auf eine Frage der Abg. Pauls hinsichtlich der finanziellen Belastung beim Boarding und legt dar, dass es verschiedene Erhebungen seien. Im Schnitt kämen auf Familien zusätzliche Kosten in Höhe von etwa 500 € zu. Das beziehe sich darauf, dass Fahrtkosten für den Ehemann entstünden, der seine Frau in den 14 Tage des Boarding ab und zu besuche. Weiter gebe es so etwas wie eine doppelte Haushaltsführung. Ab und zu werde auch eine weitere Unterkunft für den Mann gebucht. Diese Ermittlungen bezögen sich für Frauen auf Sylt. Für Ostholstein gebe es noch keine Ermittlungen. Nach ihrem Gefühl werde dort das Boarding nicht angenommen.

Auf eine weitere Frage der Abg. Pauls antwortet sie, dass nach ihrer Information Hebammen gegenüber den Sanitätern im Rettungswagen nicht weisungsbefugt seien.

Herr Dr. Ostertag führt aus, nach der Schließung auf Sylt habe es eine Vereinbarung mit den Kassen gegeben, dass die Patienten umsonst logieren könnten. Nachdem Föhr geschlossen worden sei, sei eine Regelung mit den Kassen getroffen worden, dass alle Patienten von den nordfriesischen Inseln umsonst beim Diakonissenkrankenhaus Flensburg wohnen könnten. Natürlich kämen - wie auch Zuhause - Verpflegungskosten hinzu. Wichtig wäre, beim Boarding eine 24-Stunden-Kita-Betreuung zu schaffen. Im Notfall gebe es eine alte Diakonissin, die, sofern die Frau nachts in den Kreissaal müsse, auf das Kind aufpasse; dazu gebe es aber keine gesetzliche Regelung.

Zum Thema Weisungsbefugnis bestätigt er, dass die Hebammen zurzeit gegenüber dem Rettungsdienst nicht weisungsbefugt seien. Hinsichtlich der geburtshilflichen Themen wäre dies wichtig. Außerdem müsse geregelt werden, dass der Rettungsdienst die Hebamme, wenn er

sie mit ins Krankenhaus genommen habe, auch wieder mit zurücknehme, oder es müsse eine Regelung geben, dass die Hebamme eine Unterkunft und eine Rückreisemöglichkeit erhalte.

Zum Thema Versicherung führt er aus, dass eine Hebamme, sofern sie nicht geburtshilflich tätig werde, über ihre normale Versicherung abgesichert sei. Geregelt werden müsse die Betreuung von Schwangeren bei Beschwerden auch vor dem Geburtstermin. Man müsse dahin kommen, dass Hebammen versichert seien für ihre Tätigkeit mit Beginn der Wehen und für die Begleitung in die Klinik. Sichergestellt sein müsse, dass es sich, wenn die Hebamme die Schwangere begleite, sodass sie heil in die Klinik komme, nicht um eine Betreuung bei der Geburt handle. Dann würde eine Grundhaftpflichtversicherung für etwa 800 € ausreichen. Dies müsse genau definiert werden.

Abg. Klahn stellt die Frage, ob die Geburt eine besondere medizinische Situation sei, die einer besonderen fachärztlichen Versorgung bedürfe, oder ob sie der Grundversorgung zuzurechnen sei.

Frau Bruns hält eine Geburt für einen sehr intimen und persönlichen Prozess. Deshalb müsse darauf geachtet werden, dass es ein Wahlrecht gebe. Ob es ein natürlicher Prozess werde, oder zusehends zu einem wirtschaftsoptimierten Prozess werde, liege an allen und maßgeblich an der Bundesregierung.

Herr Dr. Ostertag führt aus, dass in seiner Klinik im Prinzip die Hebamme die Geburt leite und nur im Hintergrund eine ärztliche Überwachung stattfinde. Erst, wenn Pathologie aufträte, werde der Arzt hinzugerufen und übernehme unter Umständen die Leitung der Geburt. Ansonsten sei es in seiner Klinik, obwohl es sich um ein Pränatalzentrum 1 handle, eine eher hebammengesteuerte Geburt. Er weist ferner darauf hin, dass in Frankreich 30 % der entbundenen Frauen eine psychologische Betreuung erhielten. Das gebe es in der Bundesrepublik überhaupt nicht. Das sei im DRG-System überhaupt nicht vorgesehen.

Frau Röder ist davon überzeugt, dass das Marien-Krankenhaus von den Frauen so gut angenommen werde, weil sie individuell betreut würden und das Konzept stimme. Es gebe Bezugspersonen, belastete Familien würden früh in ein Hilfenetz eingebunden. Dieses Netzwerk sei im Laufe vieler Jahre entstanden.

Punkt 2 der Tagesordnung:

### **Runder Tisch „Heimerziehung“**

hierzu: [Umdrucke 18/5471](#), [18/5474](#)

Der Vorsitzende bezieht sich zunächst auf den Korrekturwunsch der Oppositionsfractionen, [Umdruck 18/5471](#). Er legt dar, dass er darum gebeten habe, von den entsprechenden Passagen der 62. und der 63. Sitzung wörtliche Auszüge zu erstellen. Diese seien ebenfalls in [Umdruck 18/5471](#) enthalten.

Den wörtlichen Auszügen sei zu entnehmen, dass es in der Tat keine Abstimmung gegeben habe. Das sei im Protokoll auch nicht behauptet worden. Die Niederschrift gebe seiner Auffassung nach den Verlauf korrekt wieder. Zum Schluss der 63. Sitzung habe er gesagt, er gehe davon aus, dass der Runde Tisch Heimerziehung so auf den Weg gebracht werden könne.

Er geht ferner auf den letzten Absatz des Schreibens ein und macht deutlich, die Protokollierung sei korrekt erfolgt. Sofern es formale Fehler gegeben habe, sei das ihm als Vorsitzenden anzulasten, nicht aber der Protokollführung. Dies zu sagen sei ihm auch deshalb wichtig, weil es durchaus üblich sei, sich auf der politischen Ebene einmal „hart anzufassen“; völlig unüblich sei es aber, dies gegenüber der Verwaltung zu tun. Er bittet darum, sich künftig in derartigen Fällen an ihn zu wenden. Er trage die volle Verantwortung für das Protokoll.

Um die - wie in dem Schreiben stehe - notwendige Abstimmung herbeizuführen, habe er dem Ausschuss das Konzept erneut zugeleitet ([Umdruck 18/5474](#)). Dieses Konzept enthalte den derzeit aktuellen Stand, der sich gegebenenfalls noch geringfügig ändern könne. Er schlage daher vor, folgenden Beschluss zu fassen: Der Sozialausschuss nimmt den Konzeptentwurf zum Runden Tisch „Heimerziehung“ zustimmend zur Kenntnis und beauftragt den Vorsitzenden, diesen umzusetzen.

Abg. Rathje-Hoffmann legt dar, dass sich alle Mitglieder der Oppositionsfraction nicht hätten daran erinnern können, den Konzeptentwurf gesehen zu haben. Mit dem vorliegenden Konzept sei auch ein finanzieller Aufwand verbunden, über den der Ausschuss nicht in Kenntnis gesetzt worden sei. Bevor man darüber abstimme, sei es wichtig zu wissen, was die Veranstaltungen kosteten, und aus welchem Etat sie bezahlt werde.

Der Vorsitzende verweist auf die wörtlichen Auszüge. Diesen sei zu entnehmen, dass der Konzeptentwurf in der Dezember-Sitzung vorgelegen habe. Dies schließe er auch aus der Tatsache, dass niemand nachgefragt habe. Die Kosten seien im Ältestenrat erörtert worden. Im Haushalt sei ein entsprechender Titel ausgewiesen.

Abg. Dr. Bohn gibt ihrem Befremden über das Schreiben der Oppositionsfraktionen Ausdruck. Sie vertritt die Auffassung, dass man hart Politik betreiben könne, allerdings nicht auf dem Rücken der Mitarbeiter der Landtagsverwaltung. Außerdem empfiehlt sie, mit den Vertretern im Ältestenrat Rücksprache zu nehmen.

Abg. Klahn legt dar, dass es nicht um Kritik an Mitarbeitern der Landtagsverwaltung gehe. Die formulierte Kritik richte sich gegen den Vorsitzenden, der die Niederschrift in letzter Konsequenz zu verantworten habe. Die Opposition störe sich daran, dass im Protokoll festgehalten sei, dass dem Konzept zugestimmt worden sei. Sie sei davon ausgegangen, dass an dem Konzept weitergearbeitet werde und Gelegenheit bestehe, sich noch einmal darüber auszutauschen. Hätte das Protokoll die Formulierung enthalten, dass das Konzept zur Kenntnis genommen worden sei, wäre dies ihrer Auffassung nach in Ordnung gewesen. Sie habe dieses Konzept allerdings nicht zustimmend zur Kenntnis genommen, und sie habe den Vorsitzenden auch nicht beauftragt, es umzusetzen.

Abg. Dr. Bohn weist darauf hin, dass es üblich sei, dass, sofern ein Ausschussvorsitzender feststelle, dass kein Widerspruch eingelegt werde, ein Beschluss gefasst sei. Sie habe den Eindruck, dass der Opposition die Konsequenzen nicht klar gewesen seien.

Abg. Baasch legt dar, auch die Frage der Finanzierung sei angesprochen worden und durch Haushaltsbeschluss gelöst. Kritik an einem Vorsitzenden, insbesondere aus einer anderen Fraktion, könne er durchaus nachvollziehen. Er finde allerdings nicht, dass ein wie auch immer gearteter Disput auf dem Rücken von Mitarbeitern ausgetragen werden müsse. Sofern man bemängele, dass eine Abstimmung fehle, könne diese jederzeit herbeigeführt werden. Darüber, dass die Durchführung des Runden Tisches „Heimerziehung“ den Regierungsfraktionen wichtig sei, sei in der Plenardebatte ausführlich diskutiert worden.

Der Ausschuss nimmt sodann den vom Vorsitzenden vorgetragenen Beschlussvorschlag mit den Stimmen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und SSW gegen die Stimmen von CDU, FDP und PIRATEN an.

Punkt 3 der Tagesordnung:

**Beschlussfassung über den Umgang des Gutachtens von Dr. Schrapper  
zum Thema Heimaufsicht**

[Umdruck 18/5475](#)

Der Vorsitzende weist auf das Schreiben des Sozialministeriums, [Umdruck 18/5475](#) hin. Vor diesem Hintergrund sei zu klären gewesen, wie dem Hinweis des Sozialministeriums begegnet werden solle. Eine Prüfung habe ergeben, dass es keines weiteren Beschlusses bedürfe, der zu einer besonderen Geheimhaltung führe. § 13 der Geheimschutzordnung des Schleswig-Holsteinischen Landtages laute:

„Soweit es der Schutz von Geschäfts-, Betriebs-, Erfindungs-, Steuer- oder sonstigen privaten Geheimnissen oder der Schutz von Umständen des persönlichen Lebensbereichs erfordern, sind Akten, sonstige Unterlagen und die Beratung der Ausschüsse geheim zu halten.“

Insofern bedürfe es keinen weiteren Beschlusses hinsichtlich der Geheimhaltung, sondern lediglich dem Hinweis auf § 13 in der Geheimschutzordnung des Schleswig-Holsteinischen Landtages.

Abg. Klahn erkundigt sich danach, ob dies bedeute, dass das Gutachten öffentlich zugänglich sei.

Herr Platthoff vom Wissenschaftlichen Dienst des Landtages weist darauf hin, dass dieses Gutachten auch dem Parlamentarischen Untersuchungsausschuss zugegangen sei. Dort sei es intern behandelt worden. Der Hinweis auf § 13 der Geheimschutzordnung des Schleswig-Holsteinischen Landtages besage, dass jeder Abgeordnete für sich entscheiden müsse, welche Informationen nach § 13 der Geheimschutzordnung geschützt seien. Ihm sei das Gutachten nicht bekannt. Sollten personenbezogene Daten in dem Gutachten enthalten sein, wären sie geheim zu halten. Etwaige Geschäftsgeheimnisse der Einrichtungen müssten geheim gehalten werden. Alles, was nicht der Vorschrift in der Geheimschutzordnung unterliege, müsse nicht geheim gehalten werden.

Nach Auffassung der Abg. Klahn enthalte das Gutachten keinerlei Daten, die nach den genannten Kriterien geheimhaltungsbedürftig seien. Es sei an vielen Stellen so anonymisiert,

dass man es öffentlich machen könne. Es werde voraussichtlich im Landesjugendhilfeausschuss thematisiert werden. Es sei außerdem in einer Presseerklärung der Ministerin vorgestellt worden.

Der Ausschuss kommt sodann überein, das Gutachten zunächst als internen Umdruck zu verteilen, um gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt darüber zu entscheiden, es für öffentlich zu erklären.

Punkt 4 der Tagesordnung:

**a) Kindertagesstätten und Tagespflege**

Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU  
[Drucksache 18/3504](#)

(überwiesen am 18. November 2015 an den **Sozialausschuss** und den Bildungsausschuss zur abschließenden Beratung)

**b) Flexiblere Betreuungsangebote schaffen - die Qualität entscheiden**

Antrag der Fraktion der CDU  
[Drucksache 18/3503](#)

(überwiesen am 18. November 2015 an den **Sozialausschuss** und den Bildungsausschuss)

Der Ausschuss kommt überein, alle bisher an die Geschäftsführung übermittelten Anzuhörenden um schriftliche Stellungnahme zu bitten.

Über einen Fragenkatalog wird sich der Ausschuss in seiner nächsten Sitzung verständigen.

Punkt 5 der Tagesordnung:

**Gespräch zum Thema Rettungsdienstgesetz**

[Umdruck 18/5465](#)

Der Ausschuss kommt einstimmig überein, kein Gespräch im Rahmen einer Ausschusssitzung führen zu wollen, und stellt den Mitgliedern der Fraktion anheim, entsprechende Gespräche zu führen.

Punkt 6 der Tagesordnung:

### **Verschiedenes**

Zu diesem Tagesordnungspunkt liegt nichts vor.

Der Vorsitzende, Abg. Eichstädt, schließt die Sitzung um 18:05 Uhr.

gez. Peter Eichstädt  
Vorsitzender

gez. Petra Tschanter  
Geschäfts- und Protokollführerin