



Quo vadis Geburtshilfe – Wohin geht die Reise?

Deutschlandweit nimmt die Anzahl der Geburtskliniken, also diejenigen Kliniken, die einen Kreißsaal betreiben, stetig ab. Boten im Jahr 1991 noch 1186 Kliniken eine geburtshilfliche Versorgung an, so sank diese Anzahl bis 2023 auf etwa 600 [1]. Heute ist in fast nur noch jeder 3. Klinik eine Geburtshilfe angeschlossen. Es stellt sich also die Frage, ob die reale Reduktion an geburtshilflichen Ressourcen automatisch zu einem Versorgungsproblem führt. 78,8% aller Frauen im gebärfähigen Alter können nach einer IGES-Analyse aus dem Jahr 2019 innerhalb von 15 min Fahrzeit eine Geburtsklinik erreichen [2]. Aktuellere Zahlen liegen für das Flächenland Thüringen aus dem Jahr 2022 vor. Hier wurde festgestellt, dass 95% der Bevölkerung die nächste geburtshilfliche Einrichtung in maximal 40 Minuten Fahrzeit erreichen können [3]. Dieses würde nach Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auch die Grenze zur Gefährdung der flächendeckenden geburtshilflichen Versorgung entsprechen. Laut Statistischem Bundesamt leben 57% der deutschen Gesamtbevölkerung genau in diesen Flächenbundesländern in ländlichen Regionen.

Welche Gründe führen zur Schließung von immer mehr Geburtskliniken? Hier ist eine mehrschichtige Betrachtungsweise nötig, aber an erster Stelle stehen vermutlich – wie so häufig – wirtschaftliche Gründe. Die unzureichende Deckung durch Fallpauschalen gerade für Kliniken mit 500–1000 Geburten pro Jahr dürfte dazu geführt haben, dass bei der ohnehin angespannten Krankenhausfinanzierung Kreißsäle geschlossen wurden, weil die Refinanzierung der Kosten dieser Abteilungen ausblieb. Wenn die umfangreichen Vorhaltekosten für kleine bis mittelgroße Kliniken unrentabel sind, dann werden diese folgerichtig früher oder später eingespart. Umso leichter fällt so eine rein ökonomisch motivierte Entscheidung, wenn neben der fehlenden Refinanzierung auch noch die Landesmittel ausbleiben, die den enormen Investitions- und Modernisierungsbedarf eigentlich auffangen sollen. Zudem könnte u. a. die Akademisierung des Hebammenberufes zu einer Verstärkung des Fachkräftemangels bei gleichzeitig wachsenden Personalkosten geführt haben. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Entwicklung zu einer Zentralisierung von Geburtshilfe-Einheiten in größeren Kliniken geführt hat.

Betrachtet man zudem, dass Deutschland hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit – nach Daten der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) – nur im Mittelfeld rangiert [4], dann bietet diese Zentralisierung von geburtshilflichen Versorgungsstrukturen auch qualitative Vorteile. Im Vergleich zu unseren skandinavischen Nachbarn ist dort die perinatale Mortalität, die Frühgeburtlichkeits- und Kaiserschnittquote geringer als in Deutschland, obwohl zum Teil deutliche längerer Fahrstrecken zu einem Geburtszentrum in Kauf genommen werden müssen. Kennziffern für Qualität sind neben der geburtshilflichen Betreuung durch eine ausreichende Anzahl an Hebammen, ebenfalls die vorgehaltenen Strukturen für Pädiatrie und Neonatologie. Der gesundheitspolitische Ausblick in Deutschland sieht eine hochqualitative Versorgungsstruktur in sogenannten flächendeckenden perinatalmedizinischen Kompetenzverbünden vor, welche aus einem Maximalversorger Level I, 2–4 Perinatalzentren Level II und einigen perinatologischen Schwerpunktkliniken bestehen sollen [5]. Soweit der Blick in die Zukunft. Und aktuell?

Viele werdende Mütter in ländlichen Strukturen haben keine oder eine kaum erreichbare geburtshilfliche Anbindung mehr. Oftmals führt das zu großer Unsicherheit und Ängsten in den jungen Familien, obwohl doch die Geburt eines Kindes im Grunde ein physiologischer Prozess ist. Ob damit auch zwangsläufig die Anzahl der

präklinischen Geburten insbesondere in den ländlichen und oftmals strukturschwachen Regionen steigt, lässt sich mit aktuellen Studiendaten noch nicht abschätzen.

Jedoch erscheint es logisch, dass sich durch die längeren Transportwege der werdenden Mutter zum einen risikobehaftete Transporte für den Rettungsdienst (drohende (Früh-)Geburt, Tokolyse, u.W.) ergeben. Zum anderen droht ggf. eine Verlagerung des Lebensmittelpunktes. Bei Frühgeborenen kann z.B. eine wochen- bis monatelange Trennung der gesamten Familie und Verwandtschaft mit allen psycho-sozialen Begleitproblemen entstehen. Zuletzt darf nicht vergessen werden, dass eine heimatnahe Rückverlegung der stabilen Neugeborenen und Säuglinge in wohnungsnahe Kinderkliniken unabdingbar ist, um die Maximalversorger für weitere Risikofälle erneut aufnahmebereit zu machen.

Thomas Henke, Michael Bernhard, Frank Eifinger, Ingo Gräff, Bernhard Kumle, Philipp Kümpers, Dominik Michalski, Benjamin Ondruschka, Martin Pin, Sylvia Schacher

Literatur

- [1] Osterloh F. Geburtshilfe: Zu wenig Geld, zu wenig Ärzte. Deutsches Ärzteblatt 2023; 120: 136 – 138
- [2] IGES Das Wissensunternehmen. Gutachten zeigt aktuelle Situation der stationären Hebammenversorgung. Stand: 10.01.2020. Zugriff am 19. November 2025: https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2020/hebammen/index_ger.html
- [3] PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH. Gutachten zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Thüringen. Stand: 05.04.2024. Zugriff am 19. November 2025: https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Unser_Krankenhaus_von_morgen/Gutachten_Krankenhausplanung_Thueringen.pdf
- [4] Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Infant mortality Rates 2023. Zugriff am 19. November 2025: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/infant-mortality-rates.html>
- [5] Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Zwölfte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: „Zukunftsfähige flächendeckende geburtshilfliche Versorgung“. Stand: 14.11.2024. Zugriff am 19. November 2025: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_12te_Zukunftsfaeheige_Versorgung.pdf