Gesundheitsreferat
Gesundheitsplanung
GSR-GP

Anlage 1

Versorgungsanalyse: Themenbereich Geburtshilfe

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 2
2. Ziele der Versorgungsanalyse für den Bereich Geburtshilfe 3
3. Methodik 3
3.1. Rahmenbedingungen 3
3.2. Identifikation von geeigneten Datenquellen 7
3.3. Festlegung und Beschreibung der Kennwerte für die Versorgungsanalyse 9
4. Versorgungsbedarf und aktuelle Versorgungssituation (Soll-Ist-Abgleich) 10
4.1. Ergebnisse für die Kennwerte 12
4.2. Entwicklung der räumlichen und personellen Kapazitäten 15
5. Einflussmöglichkeiten der Landeshauptstadt München 17
6. Fazit und Handlungsempfehlungen 17

1. Einleitung

In Deutschland werden 98 % der Kinder in Kliniken geboren, 2 % aller Geburten finden außerklinisch in einem Geburtshaus oder bei einer Hausgeburt statt (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG), 2025).
Es besteht bundesweit eine gesetzliche Hinzuziehungspflicht einer Hebamme zu einer Geburt (§ 4 Abs. 3 Hebammengesetz (HebG)).

Hebammen arbeiten in unterschiedlichen Settings in der Geburtshilfe. Die unterschiedlichen Betreuungsmodelle sind:

- Geburtsklinik / Geburtshilfliche Abteilung mit frauenärztlich geleitetem Kreißsaal,
- Geburtsklinik / Geburtshilfliche Abteilung mit hebammengeleitetem Kreißsaal,
- Geburtshaus (außerklinisch, hebammengeleitet),
- Hausgeburtshilfe (außerklinisch, hebammengeleitet).

Diese Angebotsvielfalt entspricht dem Anspruch an die Geburtshilfe, Frauen eine möglichst große Wahlfreiheit bezüglich des Geburtsortes einzuräumen. Die Wahlfreiheit ist in § 24f SGB V gesetzlich verankert. In der Landeshauptstadt München (LHM) sind alle Betreuungsmodelle vorhanden. Die außerklinische Geburtshilfe leistet trotz ihrer qualitativen Bedeutung für die Geburtshilfe und für Schwangere, die nicht in einer Klinik entbinden wollen, quantitativ nur einen kleinen Beitrag zur Versorgung. So fanden im Jahr 2024 20.547 Geburten in München statt, davon 406 (2 %) in einem außerklinischen Setting. Die meisten Kinder in München werden in einem Krankenhaus geboren. Diese Versorgungsanalyse behandelt daher im Folgenden die Versorgungssituation in der stationären Geburtshilfe.

In der stationären Geburtshilfe arbeiten Gynäkolog*innen, Hebammen Pflegefachpersonen sowie weitere beruflich Pflegende. Die Hebammen arbeiten entweder angestellt oder als freiberufliche Beleghebamme (als Dienst-Beleghebamme oder Begleit-Beleghebamme). In Bayern hat sich das (Dienst)-Beleg-Hebammensystem in den Kliniken durchgesetzt. Dienst-Beleghebammenteams organisieren sich komplett eigenständig als Unternehmerinnen, bilden Partnerschaften und unterliegen weder den Vereinbarungen der Arbeitnehmervertretung in der Klinik noch denen der Tarifparteien oder dem Arbeitszeitgesetz. Sie tragen alle Kosten der Sozialversicherungen und auch das unternehmerische Risiko. Dienst-Beleghebammen teilen sich mit ihren Kolleginnen den Bereitschaftsdienst mit festen Anwesenheitszeiten in der Klinik und gewährleisten damit, dass Gebärende sieben Tage rund um die Uhr Hebammenhilfe im Kreißsaal erhalten. Da sich die Hebammenteams eigenständig organisieren, ist es erschwert, eine Personalbemessung für den Hebammenbereich im Kreißsaal durchzuführen.

Zahlreiche Erhebungen zur Versorgungssituation zeigen, dass die Anzahl der Standorte mit Geburtshilfe kontinuierlich abnimmt, während Hebammen in Deutschland im europäischen Vergleich überdurchschnittlich viele Geburten pro Jahr betreuen müssen (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Sachstand „Zur Personalbemessung von Hebammen in geburtshilflichen Kliniken – Situation in Deutschland und in anderen ausgewählten Ländern“, 2022). Die daraus resultierende Überlastung der Hebammen zeigt sich in Form von Arbeitszeitreduzierung, Ausstieg aus der Kerntätigkeit der Geburtshilfe oder Ausscheiden aus dem Beruf wie eine Studie des IGES Instituts von 2018 zur Hebammenversorgung in Bayern zeigt. Insbesondere in Ballungsräumen ist die geburtshilfliche Versorgungssituation immer wieder angespannt.

In Deutschland, aber auch in München, nehmen die die Geburtenzahlen seit 2022 ab. Im Jahr 2024 wurden in Deutschland 677.117 Kinder geboren. Das war der niedrigste Wert seit 2013. Auch in München fielen nach einem geburtenstarken Jahr 2021 die Jahre 2022 bis 2024 geburtenschwächer aus (siehe 3.2.3). Der Demografiebericht 2024 der LHM geht von einer

langfristig steigenden Geburtenrate in München aus.

Bei der Versorgungsanalyse muss die Mitversorgungsfunktion der LHM für das Umland in der Geburtshilfe stets berücksichtigt werden. Auch wenn die Kommunalpolitik der LHM primär Verantwortung für die Daseinsvorsorge der städtischen Bevölkerung trägt, darf dieser Aspekt mit Blick auf die Metropolregion nicht unbeachtet bleiben.

2. Ziele der Versorgungsanalyse für den Bereich Geburtshilfe

Um zu prüfen, ob in der LHM adäquate Rahmenbedingungen für die geburtshilfliche Versorgung vorzufinden sind, verfolgt die Versorgungsanalyse folgende Ziele (vgl. Kap. 4.1):

- *Erfassung der Versorgungssituation und Identifikation von Versorgungslücken:*
  Dabei soll analysiert werden, ob die vorhandenen Versorgungskapazitäten sowohl aktuell als auch anhand von Prognosen zukünftiger Versorgungsbedarfe angemessen sind. Dafür werden eine umfassende Bestandsaufnahme der aktuellen geburtshilflichen Versorgungssituation in München, eine Analyse der bestehenden Ressourcen in der stationären Geburtshilfe und eine Erhebung von Daten über Verweisraten (unter der Geburt) an andere Kliniken und die Anzahl der betroffenen Gebärenden durchgeführt.

- *Kapazitätsmessung:*
  Zur Kapazitätsmessung werden die räumlichen Kapazitäten in den klinischen Geburtshilfeeinrichtungen ermittelt und der jährlichen Geburtenzahl gegenübergestellt, um Engpässe zu identifizieren.

- *Langfristige Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen geburtshilflichen Versorgung:*
  Um dieses Ziel zu erreichen und auf steigende Geburtenzahlen regieren zu können, werden Vorschläge zur langfristigen Sicherstellung von Ressourcen und Personal in der Geburtshilfe entwickelt. Es wird ein Personalschlüssel berechnet, der eine 1:1-Betreuung im Kreißsaal in der jeweiligen Klinik sicherstellen würde. Anhand dieser Berechnungen des Personalbedarfs können zukünftige politische Bestrebungen (z.B. Etablierung von Hebammenkreißsälen) auf kommunaler Ebene unterstützt werden. Darüber hinaus wird ein Monitoringsystem (Datenerhebung mittels Lime-Survey-Umfrage) zur Beobachtung der geburtshilflichen Versorgungssituation und der Wirksamkeit implementierter Maßnahmen eingerichtet.

3. Methodik

3.1. Rahmenbedingungen

Die Personalvorgaben und Rahmenbedingungen in der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland sind durch eine Vielzahl von gesetzlichen Regelungen, fachlichen Leitlinien und aktuellen Reformen bestimmt, die darauf abzielen, die Qualität der Betreuung von Mutter und Kind zu sichern und zu verbessern. Diese Vorgaben betreffen sowohl die personelle Ausstattung von Kreißsälen als auch die Betreuung im Wochenbett.

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) definiert in ihrer Fassung aus dem Jahr 2024 ein Stufenkonzept für die perinatologische Versorgung. Die Richtlinie legt verbindliche Mindestanforderungen für die Betreuung von Früh- und Reifgeborenen fest und bestimmt Zuweisungskriterien für Schwangere basierend auf ihrem Risikoprofil. Ziel ist es, Frauen mit Risikoschwangerschaften in spezialisierten Zentren zu betreuen, um optimale medizinische Ergebnisse zu gewährleisten. Geburtskliniken in Deutschland sind demnach in vier Versorgungsstufen

unterteilt, die sich im Grad der Spezialisierung (Personal und Ausstattung) unterscheiden:

- Perinatalzentrum Level 1: Höchste Versorgungsstufe mit spezialisierter Ausstattung und Personal für die Betreuung von Risikoschwangerschaften und sehr frühen Frühgeburten (vor der vollendeten 29. Schwangerschaftswoche oder mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm)
- Perinatalzentrum Level 2: Versorgung von Frühgeborenen ab der 29. Schwangerschaftswoche oder einem Geburtsgewicht ab 1.250 Gramm.
- Perinatalzentrum Level 3: Perinataler Schwerpunkt: Betreuung von Frühgeborenen ab der 32. bis zur 37. Schwangerschaftswoche oder einem Geburtsgewicht ab 1.500 Gramm.
- Perinatalzentrum Level 4: Geburtsklinik: Versorgung von Schwangeren ohne Risikofaktoren und Geburten ab der 37. Schwangerschaftswoche.

Diese Einteilung stellt sicher, dass Schwangere und Neugeborene entsprechend ihrem individuellen Risiko und Bedarf optimal versorgt werden.

Darüber hinaus gelten unter anderem folgende gesetzliche Regelungen zur Personalbesetzung in der Geburtshilfe:

- Hebammengesetz (HebG): Hebammen bzw. Entbindungspfleger sind zur Leistung von Geburtshilfe berechtigt. Ärzt*innen sind bei Regelwidrigkeiten hinzuzuziehen. Außer bei Notfällen sind Ärzt*innen verpflichtet, Hebammen bzw. Entbindungspfleger zu Geburten hinzuzuziehen.
- Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV): Für gynäkologische und geburtshilfliche Stationen sind Mindestpersonalschlüssel definiert. Demnach darf eine Pflegefachperson in der Tageschicht (06:00 bis 22:00 Uhr) maximal bis zu 7,5 und in der Nachtschicht (22:00 bis 06:00 Uhr) maximal bis zu 15 Patientinnen betreuen.
- Arbeitszeitgesetz (ArbZG): Hebammen (in Festanstellung) und Pflegefachpersonen dürfen acht, maximal zehn Stunden täglich arbeiten, mit einer Ruhezeit von mindestens elf Stunden zwischen den Schichten. Die Verlängerung auf zehn Stunden ist nur möglich, sofern innerhalb von sechs Kalendermonaten/24 Wochen im Durchschnitt acht Stunden werktäglich nicht überschritten werden.
- Mutterschutzgesetz (MuSchG): Beschäftigte in der Geburtshilfe, die selbst schwanger sind, unterliegen besonderen Schutzmaßnahmen, darunter ein Verbot von Nacht-, Sonntags- und Feiertagsarbeit.

Neben diesen gesetzlichen Regelungen zur Personalbesetzung gibt es spezifische Empfehlungen und Stellungnahmen von Fachverbänden zur geburtshilflichen Versorgung. Viele dieser Empfehlungen beschreiben die 1:1-Betreuung von Gebärenden durch Hebammen als wünschenswerten Standard, für dessen Umsetzung jedoch bislang eine gesetzliche Regelung fehlt:

- Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) betont in ihren Empfehlungen die Bedeutung qualifizierten Personals für eine optimale geburtshilfliche Versorgung. Sie verweist auf die S2k-Leitlinie "Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland" der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V (AWMF), die eine ständige Anwesenheit von mindestens einer Hebamme sowie geburtshilflich erfahrenen ärztlichen Personals rund um die Uhr empfiehlt. Für Kliniken mit bis zu 600 Geburten pro Jahr werden mindestens 5,65 Hebammenstellen empfohlen. Für jede weiteren 100 Geburten sollte der Personalbestand demnach um 0,93 Stellen erhöht werden. Dies soll sicherstellen, dass Schwangere eine durchgehende Betreuung durch Hebammen während der gesamten Geburt haben, um das Risiko zusätzlicher medizinischer Interventionen zu minimieren.

- Die S3-Leitlinie "Vaginale Geburt am Termin" wurde unter Federführung der DGGG und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) im Jahr 2020 entwickelt und von der AWMF herausgegeben. Sie bietet evidenzbasierte Empfehlungen für die Betreuung von Frauen während der Geburt im Zeitraum von 37+0 bis 41+6 Schwangerschaftswochen. Ein zentrales Anliegen der Leitlinie ist die Förderung einer frauenzentrierten Betreuung und die Unterstützung physiologischer Geburtsprozesse. Auch diese Leitlinie empfiehlt eine kontinuierliche 1:1-Betreuung durch eine Hebamme während der aktiven Eröffnungs- und Austreibungsphase der Geburt, um die Sicherheit und das Wohlbefinden von Mutter und Kind zu gewährleisten.
- Der Deutsche Hebammenverband fordert in seinem Positionspapier aus dem Jahr 2023 langfristig eine 1:1-Betreuung im Kreißsaal und geht davon aus, dass unter diesen veränderten Umständen wieder vermehrt Hebammen für die geburtshilfliche Arbeit im Kreißsaal zu gewinnen seien.
- Auch die Deutsche Gesellschaft für perinatale Medizin e.V. fordert in ihren *Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland* aus dem Jahr 2021, publiziert durch die AWMF, eine 1:1-Betreuung der Gebärenden unter der Geburt.
- Zuletzt hat auch das Nationale Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt“, das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Jahr 2017 veröffentlicht wurde, die Forderung nach einer 1:1 Betreuung durch eine Hebamme während der Geburt aufgegriffen und als eines von fünf Hauptzielen definiert: „Physiologische Geburt ermöglichen und fördern“ – Die natürliche Geburtsprozesse sollen unterstützt werden, während unnötige medizinische Eingriffe vermieden werden. Eine zentrale Maßnahme hierfür ist die 1:1-Betreuung durch eine Hebamme während der Geburt.

Zusammengefasst kann man die 1:1-Betreuung von Gebärenden während der aktiven Eröffnungs- und Austreibungsphase der Geburt als ein Ziel beschreiben, über das fachlich weitgehend Konsens besteht. Darüber hinaus empfiehlt der Deutsche Hebammenverband die Definition der S3-Leitlinie noch um weitere Kriterien, wie beispielsweise bei einer Hochrisikoschwangerschaft oder zur Begleitung stiller Geburten, zu erweitern. Da Geburten nicht planbar sind, gibt es in geburtshilflichen Abteilungen in der Realität jedoch immer wieder Zeiten mit sehr hoher Nachfrage und mehreren Geburten gleichzeitig. Während dieser Stoßzeiten sind geburtshilfliche Einrichtungen häufig überlastet, und die Hebammen betreuen mehrere Gebärende gleichzeitig (Albrecht et al. 2019).

Die Finanzierung der Geburtshilfe nimmt ebenfalls Einfluss auf die Ausgestaltung geburtshilflicher Abteilungen. Bislang erfolgte die Finanzierung der Geburtshilfe über das Diagnosis Related Groups (DRG)-System, das pauschale Vergütungen für bestimmte Behandlungsfälle vorsieht. Da in diesem System interventionsreiche Maßnahmen, zum Beispiel ein Kaiserschnitt, höher vergütet wurde als eine natürliche Geburt, bestand das Risiko von Fehlanreizen. Um dem entgegenzuwirken, wurden über das neue Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz– KHVVG, in Kraft getreten am 12.12.2024) neue Finanzierungsstrukturen (Leistungsgruppen) entwickelt, die eine interventionsarme Geburtshilfe fördern sollen. So wurden Hebammenkreißsäle in der geburtshilflichen Versorgung erstmalig gesetzlich verankert und sollen künftig finanziell gefördert werden. Für den Hebammenkreißsaal soll es eine eigene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geben, und es wird eine Kommission mit Beteiligung von Hebammen eingesetzt, um verbindliche Vorgaben zur Personalbemessung in der klinischen Geburtshilfe zu erarbeiten. Im Rahmen des 2023 in Kraft getretenen Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPflEG) wurden durch das BMG kurzfristige

Sofortmaßnahmen beschlossen: eine zusätzliche Förderung von Pädiatrie und Geburtshilfe in den Jahren 2023 und 2024 von jeweils 300 Mio. Euro jährlich mehr für die Pädiatrien und jeweils 120 Mio. Euro zusätzlich für die Geburtshilfe. Mit dieser Förderung wurde beabsichtigt, weitere Schließungen pädiatrischer und geburtshilflicher Fachabteilungen in Krankenhäusern zu verhindern. Die Mittel in Höhe von jährlich deutschlandweit 120 Millionen Euro für die Geburtshilfe werden in den Jahren 2023 bis 2026 bereitgestellt, davon 20 Millionen Euro für die Etablierung von Hebammenkreißsälen. Ein Hebammenkreißsaal ist mit einer 1:1-Betreuung im Kreißsaal verbunden, d.h. eine Hebamme betreut nur eine Frau während der aktiven Phase unter der Geburt.

Trotz dieser Empfehlungen bestehen in der Praxis Herausforderungen, insbesondere durch den Fachkräftemangel und finanzielle Engpässe. Die in der vorangegangenen Legislaturperiode vom BMG gebildete Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung schlägt daher eine Flexibilisierung der Personalvorgaben und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Hebammen vor, um die Attraktivität des Berufs zu steigern und eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Zusammenfassend sind die Personalvorgaben in der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland durch eine Vielzahl von Regelungen und Empfehlungen geprägt, die eine sichere und qualitativ hochwertige Betreuung von Mutter und Kind zum Ziel haben. Die Umsetzung dieser Vorgaben erfordert jedoch kontinuierliche Anpassungen an aktuelle Herausforderungen und eine enge Zusammenarbeit aller beteiligten Akteur*innen.

Die stationäre Geburtshilfe sollte immer in Verbindung mit der Wochenbettstation betrachtet werden, da ein überwiegender Anteil der Gebärenden im Anschluss an die Geburt einige Tage stationär versorgt wird. Auch für die Wochenbettstationen gelten bestimmte Vorgaben und Empfehlungen:

- Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV): Der seit dem 01.01.2023 vorgegebene Betreuungsschlüssel auf der Wochenbettstation entspricht tagsüber einer Pflegefachperson bzw. Hebamme für 7,5 Wöchnerinnen und nachts einer Pflegefachperson bzw. Hebamme für 15 Frauen. An der Betreuung sind Hebammen und Pflegefachpersonen sowie zum Teil auch Pflegehilfspersonen beteiligt. Der maximal anrechenbare Anteil an Pflegehilfspersonen auf die Pflegepersonaluntergrenzen beträgt tagsüber 5 %, nachts ist eine Anrechnung unzulässig.
- Stillberatung und Unterstützung bei der Neugeborenenpflege sind essenzielle Bestandteile der Versorgung. Spezialisierte Stillberaterinnen (International Board Certified Lactation Consultant, IBCLC) werden empfohlen.
- Kinderärztliches Personal sollte jederzeit verfügbar sein, insbesondere für Neugeborene mit gesundheitlichen Problemen. In vielen Kliniken wird dies über Kooperationen mit externen Kinderkliniken sichergestellt.
- S2k-Leitlinie "Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland" (AWMF 2021): Es wird empfohlen, dass auf der Wochenbettstation jederzeit eine qualifizierte Pflegefachperson oder Hebamme präsent sein sollte, um Auffälligkeiten in der Neonatalperiode zu erkennen und gegebenenfalls in Absprache mit dem ärztlichen Personal ohne Zeitverlust diagnostische Schritte einzuleiten oder eine Verlegung in eine geeignete Kinderklinik zu veranlassen.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass es keine verbindlichen, deutschlandweiten Richtlinien für die Personalbesetzung gibt, die Wochenbettstationen als eigene Einheit

adressieren. Fachgesellschaften und Verbände betonen jedoch die Notwendigkeit einer ausreichenden Personaldecke, um die Qualität der Betreuung von Mutter und Kind zu gewährleisten. Dies würde auch das eingangs formulierte Ziel der langfristigen Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen geburtshilflichen Versorgung unterstützen.

3.2. Identifikation von geeigneten Datenquellen

Im Bereich der stationären Geburtshilfe existiert kein einheitliches System, das die geburtshilfliche Auslastung in Deutschland umfassend abbildet. Es sind jedoch Ansätze vorhanden, die als Grundlage zur Messung von geburtshilflichen Kapazitäten dienen können. Ein Beispiel hierfür ist die Erhebung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in Berlin aus dem Jahr 2017, deren Ergebnisse weiterhin als relevant anzusehen sind. Diese Studie bietet praxisnahe Einblicke in die tatsächlichen Geburtenraten und die damit verbundenen Herausforderungen für die geburtshilflichen Einrichtungen. Laut dieser Erhebung entfiel im Jahr 2017 in Berlin durchschnittlich eine Zahl von 1,31 Geburten pro Tag auf jeden Entbindungsplatz. Dieser Wert wurde bereits als hoch ausgelastet wahrgenommen, da die Kliniken damit an ihrer Kapazitätsgrenze operierten: Im Jahr 2016 wurde zum Vergleich in Berlin ein Anstieg der Geburtenzahlen verzeichnet, der zu einer Belastung von 1,36 Geburten pro Tag pro Entbindungsplatz führte. Mehrere Berliner Geburtskliniken berichteten von Überlastungssituationen, die sowohl das Personal als auch die Infrastruktur an ihre Grenzen brachten. In Ausnahmesituationen mussten schwangere Frauen an andere Einrichtungen verwiesen werden. Alle Berliner Kliniken, die über dem Durchschnitt von 1,31 Geburten pro Tag pro Entbindungsplatz lagen, strebten Kapazitätserweiterungen an. Diese umfasste die Schaffung neuer Entbindungsplätze, um den steigenden Bedarf zu decken und die Versorgungsqualität zu sichern. Der Durchschnitt in der LHM lag in den letzten fünf Jahren bei 1,25 Geburten pro Tag und Entbindungsplatz.

Ein wichtiges Qualitätsindiz zur Bewertung der geburtshilflichen Versorgungssituation ist der Anteil der Kaiserschnittgeburten in der jeweiligen Entbindungsklinik. Diese erfolgen in der Regel schneller als vaginale Entbindungen und binden somit die klinischen Ressourcen für kürzere Zeit, wenngleich der Ressourceneinsatz hierfür vorübergehend meist größer ist. Im Ergebnis sind innerhalb einer identischen Zeitspanne somit häufig mehr Kaiserschnittgeburten als vaginale Entbindungen möglich, wobei das Vergütungssystem der Krankenhäuser Kaiserschnittgeburten zudem finanziell begünstigt. Folglich kann für Kliniken ein ökonomischer Fehlanreiz bestehen, Kaiserschnittgeburten auch ohne eindeutige medizinische Indikation durchzuführen, insbesondere bei einer hohen Auslastung der jeweiligen Klinik. Ein Kaiserschnitt kann jedoch eine Reihe gesundheitlicher Risiken sowohl für unmittelbare Komplikationen als auch für gesundheitliche Langzeitfolgen sowie Komplikationen bei weiteren Schwangerschaften bergen. Daher sollte ein Kaiserschnitt vor allem nach medizinischer Indikation durchgeführt werden, beispielsweise bei Lageanomalien, anatomisch ungünstigen Verhältnissen mütterlicherseits, drohender Sauerstoffunterversorgung des Kindes oder anderen Geburtsrisiken.

Nicht zuletzt muss jedoch auch der Wille der werdenden Mutter berücksichtigt werden. Ein Wunschkaiserschnitt findet zwar ebenfalls ohne medizinische Indikation statt, jedoch liegt diesem kein ökonomischer Fehlanreiz zugrunde, und die Entscheidung hierfür erfolgt aufgrund informierter Einwilligung und ausführlicher Aufklärung der Mutter über etwaige Nachteile gegenüber einer vaginalen Geburt. Die risikoadjustierte Kaiserschnittrate berücksichtigt die unterschiedlichen Risikoprofile betreuter Schwangerschaften, die mit einem erhöhten Auftreten einer medizinischen Indikation für Kaiserschnitte einhergehen können. Dadurch wird die Häufigkeit der Durchführung von Kaiserschnitten unter den Kliniken besser vergleichbar. Eine höhere risikoadjustierte Kaiserschnittrate kann einerseits durch ökonomische Fehlanreize erklärt werden, andererseits aber auch durch den vermehrten Wunsch der werdenden Mütter,

und ist daher nicht zwingend ein Hinweis auf eine geringere Versorgungsqualität. Eine niedrigere risikoadjustierte Kaiserschnittrate kann demgegenüber jedoch als Hinweis auf eine gute geburtshilfliche Versorgungsqualität der jeweiligen Klinik herangezogen werden, da dies die Auswirkung ökonomischer Fehlanreize unwahrscheinlich macht und für eine umfassende Unterstützung werdender Mütter bei der Entscheidungsfindung spricht. Obwohl die Versorgungsqualität von Kliniken mit höherer risikoadjustierter Kaiserschnittrate dadurch nicht infrage gestellt werden soll, erscheint eine niedrigere risikoadjustierte Kaiserschnittrate aus wissenschaftlicher Sicht dennoch erstrebenswert.

Im Rahmen des Vollzugs des Krankenhausentgeltgesetzes (Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen – KHEntgG, in Kraft getreten am 01.01.2025, zuletzt geändert am 05.12.2024) bewertet auch die Bundesregierung die Kaiserschnittrate als ein wichtiges Qualitätsinstrument in der geburtshilflichen Versorgung. Mit der Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention vom 06.03.2025 (Az. 24g-K9000-2024/1250-76) wurde zudem eine Änderung der Allgemeinverfügung zur Verteilung der Fördermittel für die Geburtshilfe nach § 5 Abs. 2b KHEntgG beschlossen. Kliniken mit der Fachrichtung Gynäkologie und Geburtshilfe, deren Anteil an Kaiserschnittgeburten im Jahr 2024 bei höchstens 31,8 % lag, erhalten zusätzlich zur regulären Vergütung 5,50 Euro pro Geburt.

Im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren wurde ein Qualitätsindikator eingeführt, der die beobachtete zu der erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten ins Verhältnis setzt. Ziel dieses Qualitätsindikators ist es, dass in einer Klinik nicht mehr Kaiserschnittgeburten als medizinisch nötig durchgeführt werden. Um die Werte zwischen den Kliniken vergleichbar zu machen, müssen bei den erwarteten Ereignissen unterschiedliche patientenbezogene Risiken für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, bezogen auf die Klinik, berücksichtigt werden, z.B. ein hoher Anteil an Patientinnen mit einer Mehrlingsschwangerschaft. Man spricht bei diesem Vorgehen von Risikoadjustierung. Jedes Jahr wird ein Referenzbereich für diesen Qualitätsindikator festgelegt, der angibt, ob das Ergebnis statistisch auffällig ist.

Als Datengrundlage wurden für diese Versorgungsanalyse deshalb die risikoadjustierten Kaiserschnittraten für die einzelnen Klinikstandorte mit Geburtshilfe in München recherchiert. Als Datengrundlage dienten die Qualitätsberichte des Gemeinsamen Bundesausschusses aus dem Jahr 2023.

Weitere Anhaltspunkte zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe liefern darüber hinaus die Perinataldaten und die damit verbundenen Perinatalstatistiken. Sie erfassen eine Vielzahl von Informationen über Schwangerschaften, Geburten und die unmittelbare Versorgung von Neugeborenen. Da sie jedoch nur bedingt geeignet sind, die Kapazitäten in der Geburtshilfe zu erfassen, werden sie in der vorliegenden Versorgungsanalyse nicht weiter berücksichtigt.

Als Datenquelle für die Anzahl der Geburten pro Klinik wird die Milupa-Geburtenliste verwendet. Zur Erhebung der Geburtenzahlen führt der wissenschaftliche Außendienst von Nutricia Milupa seit 1999 jährlich eine Abfrage bei den deutschen Geburtskliniken durch. Bezogen auf die Analyse der Kapazitäten der stationären Geburtshilfe ist die Milupa-Geburtenliste deshalb besonders geeignet, weil sie sich auf die Kliniken beschränkt, dafür aber die Geburten für jede einzelne Klinik erfasst. Andere Quellen wie z.B. das Standesamt oder das Einwohnermelderegister des Kreisverwaltungsreferats der LHM schließen zusätzliche Geburten ein (z.B. außerklinische Geburten, Geburten von Münchnerinnen außerhalb Münchens).

Um den Bedarf an geburtshilflichen Kapazitäten für die Zukunft abschätzen zu können, werden

die Geburtenzahlen und Geburtenprognosen aus dem Demografiebericht 2024 des Referats für Stadtplanung und Bauordnung der LHM herangezogen. Er beinhaltet umfassende Bevölkerungsprognosen, die auch eine Prognose der Geburtenzahlen umfassen. Diese Datenquelle bildet neben anderen Indikatoren einen wichtigen Prädikator für die zukünftigen Bedarfe in Bezug auf die geburtshilfliche Versorgung.

Als eigene Datenquellen liegen dem GSR die Daten einer breit angelegten Mütterbefragung der LHM aus dem Jahr 2023 und eine aktuelle Online-Lime-Survey-Abfrage aller geburtshilflichen Abteilungen aus dem Jahr 2025 zu ihren räumlichen Kapazitäten (Anzahl der Kreißsäle) und personellen Kapazitäten in den Geburtskliniken und den aktuellen personellen Kapazitäten vor. Das Ziel der Mütterbefragung war, Informationen in Bezug auf die aktuelle Versorgung rund um die Geburt aus Sicht der Mütter zu erhalten. Mit der Umfrage konnten 1.454 Mütter erreicht werden (Rücklauf: knapp 30 %). Aus den Ergebnissen wird bei der Diskussion der Verlegungen während der Geburt zitiert (siehe Kap. 4.1).

3.3. Festlegung und Beschreibung der Kennwerte für die Versorgungsanalyse

Als erster Kennwert wird die Geburtenrate pro Entbindungsplatz pro Tag festgelegt, mit einem Zielwert von 460 Geburten pro Jahr und Entbindungsplatz:
Um die geburtshilfliche Versorgungssituation innerhalb eines Ballungsraumes messen zu können, sind quantifizierbare Parameter notwendig. Neben den personellen Kapazitäten spielen die räumlichen Kapazitäten die größte Rolle, um die Versorgungssituation der klinischen Geburtshilfe quantifizierbar darzustellen (Anzahl der Entbindungsräume pro Klinik). Die Personalkapazitäten sind hierbei automatisch an einen Entbindungsraum geknüpft und gehören zum Vorhalten einer geburtshilflichen Versorgung dazu. Die geburtshilfliche Auslastung einer Abteilung schwankt je nach Tageszeit und Geburtenaufkommen. Allerdings ist die Auslastung nicht vorhersehbar und Spitzen mit hoher Arbeitsverdichtung können binnen weniger Stunden auftreten. Für die Evaluation der geburtshilflichen Kapazitäten in den Jahren 2018 und 2023 hat sich daher das GSR für die Erhebung von räumlichen und personellen Kapazitäten und die Errechnung einer Quote entschieden, welche die Geburtenrate pro Entbindungsplatz pro Tag beschreibt (Sitzungsvorlage 20-26 / V 12096 „Geburtshilfe Neuperlach“). Dadurch konnten Rückschlüsse auf die Kapazitätsauslastung und damit auf Kliniken mit geplanten (benötigten) Kapazitätsausweitungen gezogen werden. Ausgehend von den Erkenntnissen und Erfahrungen der letzten Evaluationen in München und in Berlin wird empfohlen, sich an 460 Geburten pro Jahr und Entbindungsplatz zu orientieren (entspricht 1,26 pro Tag und Entbindungsraum). Diese Zahl entspricht in etwa dem Münchner Durchschnitt der letzten fünf Jahre von 1,25 Geburten pro Tag und Entbindungsplatz und wird deshalb als plausible Messgröße herangezogen. Im Vergleich zeigte die Erhebung in Berlin, dass bei einem Wert von 1,31 Geburten pro Tag und Raum leichte Kapazitätsengpässe festgestellt wurden. Bei einem Anstieg auf 1,36 Geburten pro Tag und Raum berichtete man hingegen von erheblichen Überlastungen sowohl im Personalbereich als auch in der Infrastruktur. Ein solcher Wert zur Auslastung ist ein Indikator für die Qualität der geburtshilflichen Versorgung. Wenn die Auslastung zu hoch ist, kann dies die individuelle Betreuung und die Sicherheit der Patientinnen gefährden. In der Geburtshilfe sind insbesondere in der Qualitätsrichtlinie für Frühgeborene weitere Qualitätskriterien definiert, die hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden.

Als weiterer Kennwert wird die risikoadjustierte Kaiserschnittrate festgelegt, mit der Zielvariable, dass die Kaiserschnittrate in München dem Bundesdurchschnitt entspricht oder sinkt. Die risikoadjustierte Kaiserschnittrate wird sowohl für jede geburtshilfliche Klinik als auch durchschnittlich auf Ebene von Gebietskörperschaften (z.B. Landkreise, Länder, Bund) berechnet, indem anhand des Risikoprofils der versorgten Schwangerschaften ein jeweiliger Erwartungswert je Kalenderjahr berechnet und die tatsächliche Anzahl der

Kaiserschnittgeburten eines Kalenderjahres durch diesen dividiert werden. Im Idealfall sollte dieser Wert stets unter oder bei 1,00 liegen. Dies bildet jedoch die Versorgungsrealität nicht hinreichend ab. Daher hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) in seinem Jahresbericht 2023 zur Deutschen Qualitätssicherungs-Richtlinie (DeQS-RL) in der Geburtshilfe festgelegt, dass alle Krankenhäuser, welche einen Wert von 1,28 überschreiten, als auffällig anzusehen sind, d. h. Kliniken können jährlich bis zu 28 % mehr Kaiserschnitte durchführen, als anhand ihres Risikoprofils zu erwarten wäre.

Als fiktive Berechnung wird die Anzahl von Geburten pro Hebamme und Jahr betrachtet, mit einer Empfehlung, die vom Deutschen Hebammenverband kommt und bei 60 Geburten pro Hebamme (Vollzeitäquivalent) und Jahr liegt.
Im internationalen und europäischen Vergleich hat Deutschland eine vergleichsweise hohe Betreuungsrelation von Geburten pro Hebamme. Ein Sachstandbericht des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages von 2017 zeigt durch einen europäischen Ländervergleich zwischen der Anzahl der Geburtsbetreuungen von Hebammen pro Jahr auf, dass Betreuungsrelationen zwischen 1:30 bis 1:40 umgesetzt wurden, beispielsweise in Norwegen, England oder Frankreich. Das vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene IGES-Gutachten zur stationären Hebammenversorgung von 2017 führte auf, dass dagegen in Deutschland 2017 eine Relation von 1:93 bestand. In dem Gutachten wird davon ausgegangen, dass eine in Vollzeit angestellte Hebamme mit der Betreuung von knapp über 100 Geburten pro Jahr als voll ausgelastet zu werten ist. Dies entspricht der oben genannten Empfehlung der S2k-Leitlinie "Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland" aus dem Jahr 2021, wonach für Kliniken mit bis zu 600 Geburten pro Jahr mindestens 5,65 Hebammenstellen empfohlen werden. Die Betreuungszahl von 1:100 ist jedoch nur theoretisch möglich, wenn keine anderen hebammenspezifischen Tätigkeiten, z.B. administrative Aufgaben und Vorsorgeleistungen, berücksichtigt werden. Dies lässt sich in der Praxis nicht umsetzen und macht die Ergänzung dieser Relation um die tatsächlich stattfindenden weiteren Aufgaben notwendig. Daher wird in demselben IGES-Gutachten konstatiert, dass Hebammen trotz der damals bestehenden Betreuungsrelation von 1:93 häufig vier bis fünf Frauen gleichzeitig unter der Geburt betreuen mussten. Der Deutsche Hebammenverband empfiehlt deshalb 60 Geburten pro Jahr und Hebammen-Vollzeitäquivalent, um eine 1:1 Betreuung im Kreißsaal zu gewährleisten und Überlastungssituationen während der Geburt zu vermeiden (Deutscher Hebammenverband e.V. 2024). Es ist noch nicht absehbar, ob die Empfehlung der 1:1 Betreuung im Kreißsaal zu einer bundesweiten Personalbemessungsgrundlage im Hebammenbereich umgesetzt wird. Diese Versorgungsanalyse nimmt lediglich eine fiktive Berechnung vor, inwieweit diese Empfehlung in der LHM bereits umgesetzt werden kann.

4. Versorgungsbedarf und aktuelle Versorgungssituation (Soll-Ist-Abgleich)

In München gibt es neun geburtshilfliche Klinik-Standorte unterschiedlicher Versorgungslevels:

Perinatalzentrum Level 1 (sieben Standorte):
Höchste Versorgungsstufe mit spezialisierter Ausstattung und Personal für die Betreuung von Risikoschwangerschaften und sehr frühen Frühgeburten:

- München Klinik Harlaching
- München Klinik Schwabing
- Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Ludwig-Maximilians-Universität München, Standort Großhadern
- Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Ludwig-Maximilians-Universität München, Standort Innenstadt

- Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
- Klinikum Dritter Orden
- Rotkreuzklinikum München

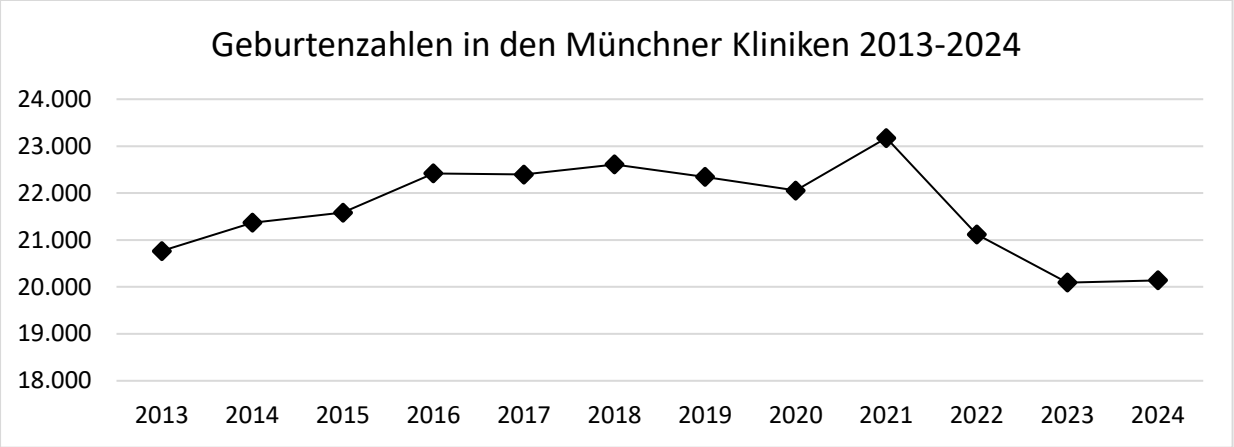
Perinatalzentrum Level 3, perinataler Schwerpunkt (ein Standort):
Betreuung von Frühgeborenen ab der 32. Schwangerschaftswoche oder einem Geburtsgewicht ab 1.500 Gramm:
- Frauenklinik Dr. Geisenhofer

Perinatalzentrum Level 4, ohne perinatologischen Schwerpunkt (ein Standort):
Versorgung von Schwangeren ohne Risikofaktoren und Geburten ab der 37. Schwangerschaftswoche
- Helios Klinikum München West

Zukünftige Verschiebungen bei der Zuordnung der Geburtskliniken zu den unterschiedlichen Versorgungslevels sind möglich. So könnten Kliniken, welche die gesetzlich vorgeschriebene Mindestmenge zur Versorgung von Frühgeborenen unter 1.250 g in Zukunft nicht mehr erreichen, in Level 2 eingestuft werden. Die Herabstufung auf Level 2 könnte sowohl die Rotkreuzklinikum gGmbH als auch das Klinikum Dritter Orden betreffen. Die Entscheidungen fallen auf Landesebene und werden mit der Aktualisierung des Krankenhausplans des Freistaats Bayern im Jahr 2027 erwartet. Die Rotkreuzklinikum gGmbH musste im Jahr 2024 ein Insolvenzverfahren in Eigenverwaltung bewältigen. Der Erhalt der Geburtshilfe in der Taxisklinik ist nach derzeitiger Kenntnis bis mindestens 2027 gesichert. Derzeit klärt das Rotkreuzklinikum mit Hilfe einer Machbarkeitsstudie, wie mit dem baulich in die Jahre gekommenen Gebäude nach diesem Zeitraum verfahren werden kann. Diese Entwicklungen müssen weiterhin eng beobachtet werden, um frühzeitig auf mögliche Veränderungen reagieren zu können.

Der Münchner Stadtrats hat am 24.07.2024 der Verlagerung der Geburtshilfe vom Standort der München Klinik Neuperlach als Perinatalzentrum Level 4 zum Standort der München Klinik Harlaching als Perinatalzentrum Level 1 zugestimmt (Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 12096 „Geburtshilfe Neuperlach“ vom 24.07.2024).
In München arbeiten noch zwei Kliniken ausschließlich mit tarifbeschäftigten Hebammen: die Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Ludwig-Maximilians-Universität München, Standort Innenstadt, und die München Klinik Neuperlach. Seit dem Umzug der geburtshilflichen Abteilung der München Klinik Neuperlach (Mitte Dezember 2025) an den Standort Harlaching wird dort im Hybridsystem aus tarifbeschäftigten Hebammen und (Dienst)-Beleghebammen gearbeitet. In den zehn geburtshilflichen Klinik-Standorten (seit Januar 2026: neun Kliniken) wurden in den vergangenen zwölf Jahren zwischen 20.092 und 23.174 Geburten jährlich betreut. Nach einem kontinuierlichen Wachstum bis ins Jahr 2021 sind die Geburtenzahlen seitdem deutlich rückläufig, mit den bislang niedrigsten Werten in den Jahren 2023 bzw. 2024 (vgl. Abbildung 1):

Abbildung 1: Geburtenzahlen in den Münchner Kliniken 2013-2024



Quelle: Milupa Geburtenlisten 2014-2024

In der Abbildung werden nur die Geburten in den Münchner Kliniken angegeben. Diese weichen von der Gesamtanzahl der Münchner Geburten ab, da Hausgeburten und Geburten in Geburtshäusern sowie Nachbeurkundungen nicht berücksichtigt werden. Gezählt wird außerdem die Zahl der Geburten, nicht auf die Zahl der neugeborenen Kinder: Mehrlingsgeburten werden als eine Geburt gezählt. Hieraus ergeben sich Abweichungen gegenüber Darstellungen, in denen die Anzahl der neugeborenen Kinder in München (auch außerhalb von Kliniken) dargestellt und Mehrlingsgeburten entsprechend mehrfach gezählt werden.

4.1. Ergebnisse für die Kennwerte

Zielvariable 1: Maximal 460 Geburten pro Jahr und Entbindungsplatz bzw. pro Entbindungsplatz entfallen nicht mehr als 1,26 Geburten pro Tag.
Im Jahr 2024 entfielen in München durchschnittlich 411 Geburten auf einen Entbindungsplatz, bei einer Spannweite je nach Klinik zwischen 225 und 589 Geburten. Der Maximalwert von 460 Geburten pro Jahr und Entbindungsplatz wurde damit im Durchschnitt zwar nicht erreicht. Trotzdem überschritten drei geburtshilfliche Standorte den Maximalwert von 1,26 Geburten pro Tag bzw. 460 Geburten pro Jahr und Entbindungsplatz. Die für diese Standorte ermittelten Werte lagen zwischen 1,39 und 1,61 Geburten pro Tag und Entbindungsplatz.

Die drei geburtshilflichen Standorte, welche den Maximalwert von 1,26 Geburten pro Tag bzw. 460 Geburten pro Jahr und Entbindungsplatz überschritten, gaben eine durchschnittliche räumliche Kapazitätsauslastung für das Jahr 2024 von 75 % bis 100 % an. Zwei der drei betroffenen Standorte berichteten dementsprechend, dass die räumlichen Kapazitäten an mehreren Tagen des Jahres vollständig ausgelastet waren. Umgekehrt berichteten auch 9 % (n = 125) von 1.454 Frauen, die im Jahr 2023 an der Mütterbefragung des GSR teilgenommen hatten, dass die Geburt nicht am gewünschten Ort stattfinden konnte. Als häufigster Grund wurde von 51 % (n = 64) angegeben, dass die Einrichtung keine Kapazitäten mehr frei hatte, als die Geburt los ging. Für 14 % (n = 18) traf dies bereits während der Schwangerschaft zu, als die Schwangere sich zur Geburt in der jeweiligen Klinik anmelden wollten.

Insgesamt gaben vier Standorte an, dass es an zehn bis 115 Kalendertagen zu räumlichen Engpässen kam. Sechs Standorte berichteten demgegenüber, dass an keinem Tag räumliche Engpässe bestanden. Sieben von zehn Standorten gaben an, dass zusätzliche Raumkapazitäten im Kreißsaal zur Verfügung stehen würden, die bei kurzfristigem Spitzenbedarf aktiviert werden könnten. Es wurden zwischen eins bis sieben Räume genannt. Damit stünden im Bedarfsfall 20 zusätzliche Entbindungsplätze in München zur Verfügung.

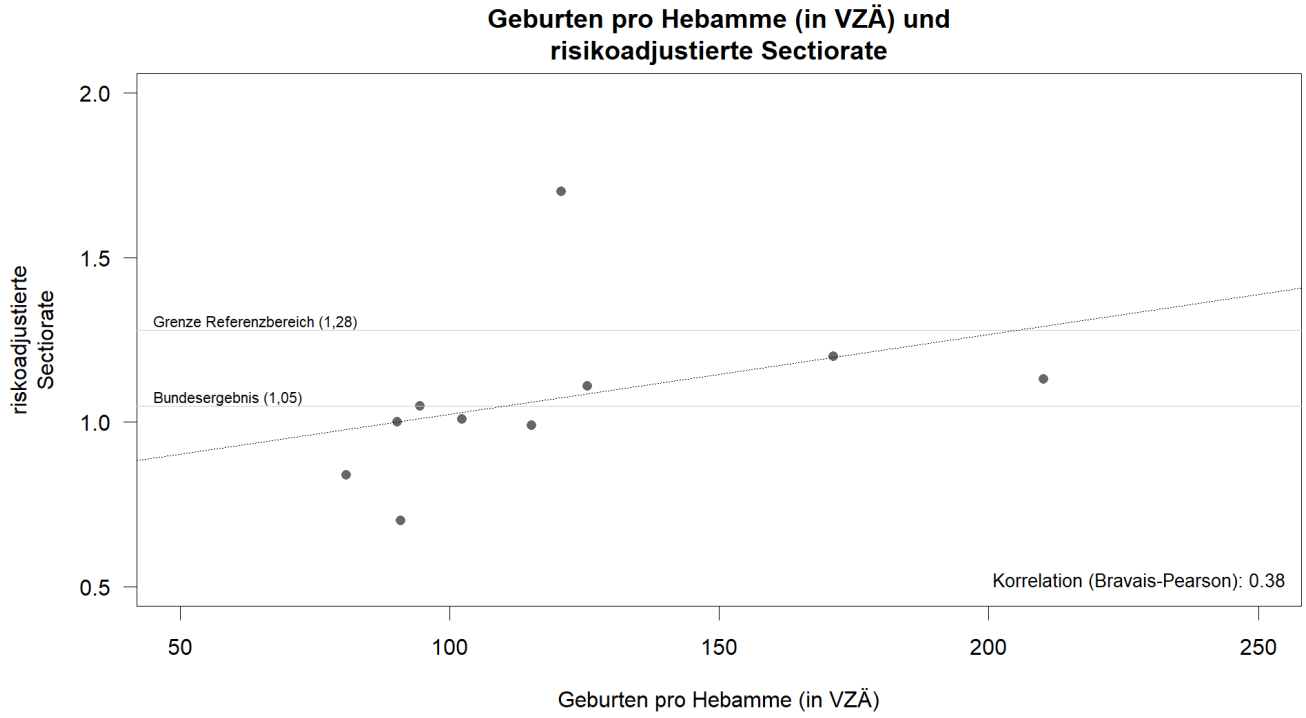
Die Ergebnisse zur räumlichen Kapazitätsbemessung zeigen, dass die geburtshilflichen Kapazitäten in München aktuell ausreichend sind. Doch zeigen die Erfahrungen einzelner Kliniken im Jahr 2024 auch, dass die geburtshilflichen Abteilungen in Stoßzeiten ihre Kapazitätsgrenzen schnell erreichen können, was zu Klinikabweisungen und Verlegungen während der Geburt führen kann. Neben der Unsicherheit, die dadurch für die Schwangeren entsteht, weist das Ergebnis darauf hin, dass die Geburtshilfe in geburtenstarken Jahren wie 2021 schnell an ihre Kapazitätsgrenze kommen kann, mit den entsprechenden Belastungen für das Personal und die betroffenen Frauen. Entsprechende Geburtenzahlen werden gemäß Prognosen derzeit jedoch nicht vor 2030 erwartet.

Zielvariable 2: Die risikoadjustierte Kaiserschnittrate entspricht dem Bundesdurchschnitt

Der bundesweite Durchschnitt lag 2023 bei 1,05, der Durchschnitt der Münchner geburtshilflichen Kliniken mit 1,10 leicht darüber, allerdings mit sinkender Tendenz, was darauf hinweist, dass in München insgesamt eine Optimierung der Hebammenkapazitäten in den Kliniken begonnen hat, wenngleich diese noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden kann. Die Spannweite unter den Münchner Kliniken lag dabei zwischen 0,70 und 1,70. Nur eine Geburtsklinik lag 2023 über dem bundesweiten Referenzwert. Allerdings wiesen ebenfalls nur drei Geburtskliniken im selben Jahr einen Wert kleiner als 1,00 auf, d. h. die tatsächlich von ihnen durchgeführte Anzahl an Kaiserschnitten lag unter ihrem spezifischen Erwartungswert.

Mittels Regressionsanalyse zeigte sich ein statistischer Zusammenhang zwischen der Geburtenzahl pro Hebammen-Vollzeitäquivalent und der risikoadjustierten Kaiserschnittrate:

Abbildung 2: Geburten pro Hebammen-Vollzeitäquivalent und risikoadjustierte Kaiserschnittrate



Quelle: Lime-Survey-Abfrage zu den geburtshilflichen Kapazitäten in den Kliniken (GSR, 2025)

Je höher die Anzahl der Geburten pro Hebammen-Vollzeitäquivalent ist, desto höher ist

tendenziell die risikoadjustierte Kaiserschnittrate. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass eine hohe Auslastung insbesondere der vorhandenen personellen Ressourcen im Hebammenbereich mit einer höheren risikoadjustierten Kaiserschnittrate einhergeht, wodurch eine Kompensation personeller Engpässe zum Teil durch andere personelle Ressourcen (z.B. OP-Personal) erfolgen kann. Allerdings können hierbei einzelne Ausreißer die Steigung der Regressionsgeraden stark beeinflussen (vgl. Abbildung 2), sodass die Ausprägung dieses Zusammenhangs überschätzt sein und in Wirklichkeit geringer ausfallen könnte, sich die Anzahl der Geburten pro Hebammen-Vollzeitäquivalent also tatsächlich geringer auf die risikoadjustierte Kaiserschnittrate auswirken könnte als hier suggeriert.

Die Daten zeigen unterschiedliche Ergebnisse für die Kliniken in München und unterstreichen die Notwendigkeit, die geburtshilfliche Versorgung kontinuierlich zu evaluieren. Die Abweichungen zwischen den beobachteten und erwarteten Kaiserschnittraten in den einzelnen Kliniken erfordern eine Diskussion über potenzielle Verbesserungsmaßnahmen in der Geburtshilfe.

Planungsprognose

Der Demografiebericht München (Stand: April/2025) des Referats für Stadtplanung und Bauordnung der LHM beinhaltet umfassende Bevölkerungsprognosen, die auch eine Prognose der Geburtenzahlen umfassen. Diese Datenquelle bildet neben anderen Indikatoren einen wichtigen Prädikator für die zukünftigen Bedarfe in Bezug auf die geburtshilfliche Versorgung. Die Geburtenzahlen sind in erster Linie an die Zahl der Elternjahrgänge gekoppelt. Demnach muss München in den nächsten Jahren mit moderat steigenden Geburtenzahlen bei gleichzeitiger Zuwanderung rechnen.

Die Geburtenzahlen der letzten Jahre zeigten deutliche Schwankungen. Obwohl 2024 das dritte Jahr in Folge war, in dem weniger Kinder zur Welt kamen, zeichnet sich eine Trendwende zu einer langfristig niedrigen durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau hin nicht ab. Um dennoch abzuschätzen, inwieweit sich eine langfristig niedrige durchschnittliche Kinderzahl pro Frau auf die Bevölkerungsentwicklung auswirken würde, wird ein zusätzliches Szenario entwickelt. Im Vergleich zur Planungsvariante ist dabei nur der Parameter Fertilitätsziffer verändert. Da die Geburtenzahlen zudem an die Zahl der Elternjahrgänge gekoppelt sind, würden sich aus deren Entwicklung die zukünftigen Geburtenfälle ergeben. In diesem Szenario würden die Geburtenüberschüsse in Verbindung mit den Sterbefällen niedriger ausfallen und ein schwächeres Bevölkerungswachstum erwarten lassen.

Die Bevölkerungsentwicklung der letzten Jahre war durch außergewöhnliche Ereignisse geprägt, die in Zeitpunkt und Ausmaß nicht zu prognostizieren waren. Derartige Ereignisse sind zukünftig nicht auszuschließen, womit sich die Unsicherheit der Prognose erhöht. Dabei beschränkten sich die Auswirkungen nicht nur auf die Wanderungsdynamik, sondern betrafen weitere demografische Faktoren. So liegt die Sterblichkeit weiterhin auf einem hohen Niveau. Die Geburtenzahlen hingegen sind rückläufig. Der Rückgang der Zahlen kann zum Teil darin begründet sein, dass junge Menschen hinsichtlich zentraler Lebensbereiche verunsichert sind und wegen geopolitischer und wirtschaftlicher Entwicklungen Sorgen haben. Hinzu kommen die Auswirkungen der für die junge Generation wichtigen Ideale wie Unabhängigkeit und Selbstverwirklichung. Die Folge kann das Aufschieben des Kinderwunsches sein, der laut Studien bei der jungen Generation aber weiterhin besteht, sodass langfristig die Geburtenzahlen voraussichtlich wieder ansteigen werden.

Die Planungsprognose beschreibt den wahrscheinlichsten Entwicklungspfad und weist für die Landeshauptstadt auf ein weiteres Wachstum hin. Dabei wird das Ausmaß und die Bevölkerungsstruktur von der zukünftigen Wanderungsdynamik abhängen. Die Ergebnisse der

Planungsprognose 2025 bis 2045 zeigen ein moderates Bevölkerungswachstum von durchschnittlich +0,63 % pro Jahr. Die Zahl der Einwohner*innen mit Hauptwohnsitz wird voraussichtlich 2034 die 1,7 Millionengrenze überschreiten und 2045 bei 1,830 Millionen liegen. Dies entspricht einem Bevölkerungswachstum von Ende 2024 bis Ende 2045 um +226.000 Personen bzw. +14,1 %.

Die Prognose der Geburten ergibt sich aus den zukünftigen Elternjahrgängen und der zu erwartenden durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau. In der Bilanz der Geburten und Sterbefälle ist mit weiteren Geburtenüberschüssen zu rechnen, die zum Bevölkerungswachstum beitragen werden.

Ergänzend zur Planungsprognose werden ein unteres und ein oberes Szenario beschrieben, die sich hinsichtlich der Wanderungsannahmen unterscheiden. Die Spannweite der Szenarien liegt für die jährliche Wachstumsrate zwischen +0,23 und +1,03 %. Um abschätzen zu können, inwieweit sich eine langfristig niedrige durchschnittliche Kinderzahl pro Frau auf die Bevölkerungsentwicklung auswirken würde, wird ein zusätzliches Szenario (Parameterszenario) entwickelt. In dem Szenario wird die aktuell niedrige Fertilitätsziffer langfristig fortgeschrieben bei sonst identischen Annahmen im Vergleich zur Planungsprognose. Auch nach diesem Szenario wäre noch mit einem leichten Anstieg der Geburtenzahlen bis 2045 zu rechnen. Dieser würde allein aus der Entwicklung der Elternjahrgänge resultieren. Im Vergleich zur Planungsprognose würde der Beitrag zum Bevölkerungswachstum aus Geburten und Sterbefällen niedriger ausfallen. Die jährliche Wachstumsrate würde bei +0,55 % liegen.

Im Folgenden werden drei verschiedene Szenarien der Geburtenprognose (Planungsprognose und oberes bzw. unteres Szenario) dargestellt. Es ist zu berücksichtigen, dass es sich um die Prognose der Geburten von Münchnerinnen handelt. Die Geburten von Frauen, die im Umland wohnhaft sind, müssen zusätzlich berücksichtigt werden. Diese machen jährlich konstant 25 % bis 26 % der Gesamtgeburtenzahl in München aus.

Tabelle 5: Geburtenprognose

	Prognostizierte Geburten pro Jahr laut Planungsprognose 2025 – 2045	Prognostizierte Geburten im Jahr 2045 nach dem Parameterszenario Geburtenhäufigkeit	Prognostizierte Geburten im Jahr 2045 nach dem Oberen Szenario	Prognostizierte Geburten im Jahr 2045 nach dem Unteren Szenario
Nur Münchnerinnen	20.648	18.779	22.562	18.402
Anteil Umland (25 %)	5.162	4.695	5.640	4.600
Gesamt	25.810	23.474	28.202	23.002

Quelle: Demografiebericht München – Teil 1. Analyse 2024 und Bevölkerungsprognose 2025 bis 2045 für die Landeshauptstadt. Referat für Stadtplanung und Bauordnung der Landeshauptstadt München, April 2025.

4.2. Entwicklung der räumlichen und personellen Kapazitäten

Laut der Lime-Survey-Umfrage des GSR wurden im Jahr 2024 von den Geburtskliniken in München insgesamt 50 Entbindungsplätze vorgehalten und 49 davon betrieben. Stadtweit entfielen im Jahr 2024 durchschnittlich 411 Geburten auf einen Entbindungsplatz, so dass der

Maximalwert von 460 Geburten pro Entbindungsplatz und Jahr weit unterschritten wurde. Allerdings war 2024 ein vergleichsweise geburtenschwaches Jahr. Betrachtet man die Anzahl der Geburten laut Planungsprognose 2025 bis 2045, muss mit einer Zahl von 25.810 Geburten pro Jahr in München gerechnet werden:

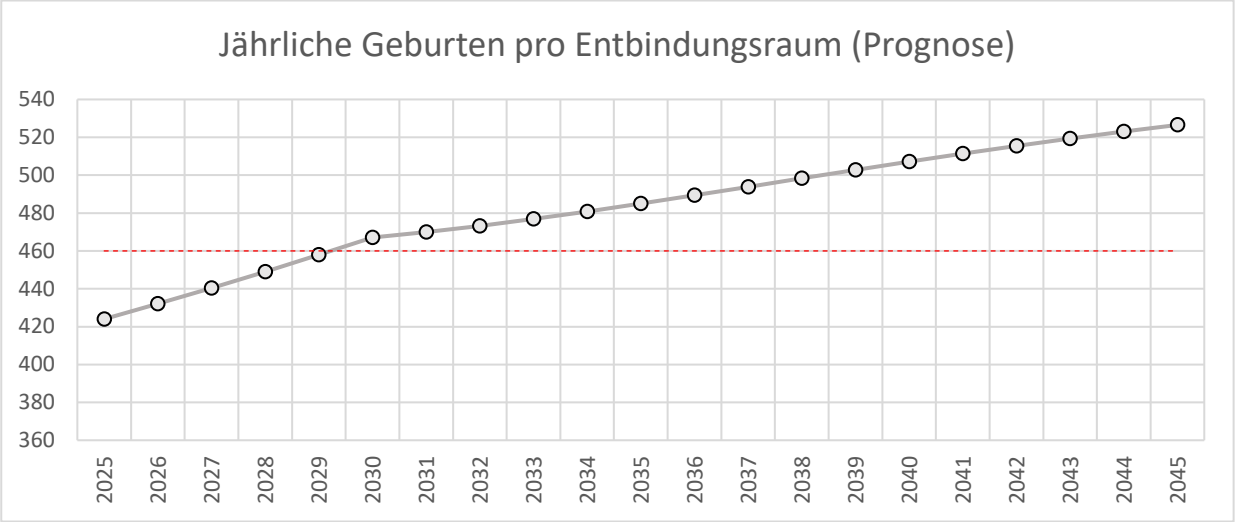


Abbildung 3: Prognose der räumlichen Kapazitätsauslastung in der stationären Geburtshilfe Münchens, Quelle: Demografiebericht München – Teil 1. Analyse 2024 und Bevölkerungsprognose 2025 bis 2045 für die Landeshauptstadt. Referat für Stadtplanung und Bauordnung der Landeshauptstadt München, April 2025.

Die Abbildung 3 verdeutlicht, dass der Grenzwert von 460 Geburten/Jahr/Entbindungsplatz im Jahr 2030 überschritten wird und sich dieser Trend in den Folgejahren weiter abzeichnet. Somit würden langfristig 56 und damit sechs weitere Entbindungsplätze benötigt werden, um bei einem Geburtenanstieg in dem Zeitraum 2030 bis 2045 die erforderlichen räumlichen Kapazitäten zur Verfügung zu stellen.

Die Hebammen und das ärztliche Personal im Kreißsaal gaben eine Arbeitsauslastung zwischen 75 % und 100 % an. Die Hälfte der Standorte gab eine Vollauslastung an, bei den anderen fünf Standorten war das Personal zwischen 75 % und 90 % ausgelastet.
Die Vorgaben zur Personalausstattung in den Kreißsälen sind rechtlich nicht bindend.
Die 1:1-Betreuung im Kreißsaal stellt sowohl ein berufspolitisches Ziel als auch eine Empfehlung verschiedener fachlicher Stellungnahmen und Leitlinien dar und soll in dieser Versorgungsanalyse nur fiktiv herangezogen werden: Gemäß der Lime-Survey-Umfrage des GSR betreute im Jahr 2024 eine Hebamme bezogen auf das Vollzeitäquivalent in München zwischen 81 und 210 Geburten. Die empfohlene Rate des Deutschen Hebammenverbandes von 60 Geburten pro Vollzeitäquivalent konnte an keinem der Standorte erreicht werden. Der Standort mit der niedrigsten Rate von 81 Geburten pro Vollzeitäquivalent war eine Klinik, in der die Hebammen tarifbeschäftigt sind. Insgesamt wurden stadtweit durchschnittlich 115 Geburten pro Hebamme im Vollzeitäquivalent betreut, was nahezu doppelt so viele sind, wie die fachlichen Empfehlungen für eine 1:1-Betreuung im Kreißsaal vorsehen.
Um eine 1:1 Betreuung im Kreißsaal zu gewährleisten, wären somit nahezu doppelt so viele Hebammenstellen erforderlich, wie derzeit vorhanden sind.

Das ärztliche Personal auf den Wochenbettstationen weist ebenfalls eine hohe Arbeitsauslastung auf, die zwischen 75 % und 100 % liegt, mit einem Durchschnitt von 92 %. Diese Zahlen verdeutlichen, dass auch das ärztliche Personal an der Grenze seiner Kapazitäten arbeitet. Zusätzlich ist das Personal auf den Wochenbettstationen durchschnittlich

zu 85 % ausgelastet, mit einer Bandbreite von 70 % bis 100 %. Diese hohe Auslastung kann zu einer Überforderung des Personals führen, was sich negativ auf die Qualität der Pflege und die Zufriedenheit der Patientinnen auswirken kann.

Um den Anforderungen der steigenden Geburtenzahlen gerecht zu werden und eine optimale Versorgung für Wöchnerinnen und Neugeborene sicherzustellen, könnte es notwendig werden, auch die personellen Ressourcen auf den Wochenbettstationen aufzustocken.

5. Einflussmöglichkeiten der Landeshauptstadt München

Die kommunalen Einflussmöglichkeiten sind in der Geburtshilfe sehr begrenzt, da regulatorische bzw. planerische Kompetenzen per Gesetz in der Regel auf Bundes- bzw. Landesebene angesiedelt sind. Die LHM ist als Trägerin der München Klinik selbst auch Marktteilnehmerin neben anderen Kliniken. Bei Bedarf sind dann die geburtshilflichen Kapazitäten an den Standorten der München Klinik zu prüfen, allerdings mit den entsprechenden wirtschaftlichen Konsequenzen. Daher ist die Beobachtung der Entwicklung in den nächsten zwei Jahren von Bedeutung, um für München ggf. zeitnah nachsteuern zu können. Mit dem Stadtratsbeschluss zur Verlagerung der Geburtshilfe am Standort Neuperlach an den Standort Harlaching wurde die Konzentration der geburtshilflichen Kapazitäten der München Klinik gGmbH auf zukünftig nur noch zwei Standorte mit Versorgungslevel 1 beschlossen (Sitzungsvorlagen Nr. 20-26 / V 12096 und 20-26 / V 13436 vom 24.07.2024) und im Dezember 2025 umgesetzt.

Über die Umsetzung der Richtlinie zur Förderung der Geburtshilfe in Bayern (GebHilfR) werden Münchner Geburtskliniken in beschränktem Rahmen mit Zuwendungen für Personal- und Sachausgaben unterstützt. Über die GebHilfR werden in den Kliniken Personalstellen von Medizinischen Fachangestellten und weiteren Berufsgruppen bezuschusst, um die Hebammen von Verwaltungs- und Organisationsaufgaben zu entlasten, so dass sie mehr Personalressourcen für die Betreuung Gebärender aufwenden können. Zusätzlich werden Sachmittel für Fortbildungen, Teambuildingmaßnahmen und Supervisionen sowie Ausstattungsgegenstände im Kreißsaal gewährt. Die Mittel der GebHilfR sind relevant, um die Rahmenbedingungen auf den geburtshilflichen Stationen zu verbessern, allerdings nicht ausreichend, um geburtshilfliche Kapazitäten auszubauen. Das GSR begrüßt die Verlängerung der GebHilfR, mit der im Rahmen des Förderprogramms Geburtshilfe weiterhin stadtweit Projekte und Personalstellen gefördert werden können (vgl. Sitzungsvorlage 20-26 / V 18046 vom 26. November 2025).

Unabhängig davon steht das GSR in kontinuierlichem Austausch mit den Träger*innen der Geburtshilfe und Hebammenversorgung in München, z.B. über die AG Geburtshilfe. Auf diese Weise wird das GSR über aktuelle Entwicklungen und Bedarfsveränderungen informiert.

6. Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Geburtshilfe ist vielen äußeren Einflüssen unterworfen. Beispielsweise haben in den letzten zehn Jahren mehrere Geburtskliniken in München und im Münchner Umland geschlossen. Es ist deshalb von Bedeutung, die Entwicklung sowohl der Geburtenrate als auch der geburtshilflichen Kapazitäten kontinuierlich im Blick zu behalten. Solange die Geburtenzahlen auf einem niedrigen Niveau verharren, werden sich keine signifikanten räumlichen Kapazitätsengpässe in der Münchener Geburtshilfe abzeichnen. Dennoch zeigen die Daten, dass es nur wenig Spielraum für Geburtensteigerungen oder eine Erweiterung der Kapazitäten gibt. Laut den Planungsprognosen im Demografiebericht könnte eine

Überschreitung von 460 Geburten pro Jahr und Entbindungsplatz mit den bislang vorhandenen Kapazitäten ab 2030 möglich sein.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Personalbedarf, der in Zukunft durch Bundesgesetze maßgeblich beeinflusst werden wird. Die Entscheidung darüber, ob eine flächendeckende 1:1-Betreuung im Kreißsaal eingeführt wird, hängt von den politischen Rahmenbedingungen und der entsprechenden finanziellen Unterstützung ab. Eine solche Entwicklung wäre einerseits besonders wünschenswert, um die Qualität der geburtshilflichen Versorgung zu verbessern. Mit der Einführung der neuen Vergütungsveränderungen im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) bleibt abzuwarten, welche konkreten Auswirkungen diese auf die Umsetzung der 1:1-Betreuung haben werden. Derzeit werden mehr Hebammenstudierende ausgebildet als im früheren berufsschulischen Modell. Ob die aktuelle Ausbildungssituation die bestehende Personallücke im Kreißsaalbereich tatsächlich füllen kann, bleibt jedoch abzuwarten.

Zuletzt ist die bis 31.12.2027 verlängerte Förderrichtlinie (GebHilfR) von großer Bedeutung, um weiterhin stadtweit Projekte, Personalstellen und Sachaufwendungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Hebammen in der stationären Geburtshilfe zu fördern (vgl. Sitzungsvorlage 20-26 / V 18046 vom 26. November 2025).