

Landtag**21. Wahlperiode****Drucksache 21/1743****Drs. 21/1668**

14. April 2026

Mitteilung des Senats**Geburtshilfe und Hebammenversorgung – Wie ist die Entwicklung im Land Bremen?****Große Anfrage****der Fraktion der FDP vom 3. März 2025****und Mitteilung des Senats vom 14. April 2026****Vorbemerkung der Fragestellerin**

Am 12. März 2025 hat die Hochschule Bremen die ersten Absolventinnen des Internationalen Bachelorstudiengangs Hebammen feierlich verabschiedet und damit eine ganz neue Generation von Hebammen in die Praxis entlassen. Eingeführt wurde der Studiengang im Wintersemester 2020/2021 zum einen mit dem Ziel der Versorgungsverbesserung von Schwangeren vor, während und nach der Geburt sowie zum anderen der Qualitätsentwicklung und des Wissenstransfers. Perspektivisch soll die Akademisierung helfen, mehr Hebammen auszubilden und so dem Mangel an Fachkräften im Hebammenberuf im Land Bremen zu begegnen.

Doch gerade vor dem Hintergrund der akademisch aufgewerteten Ausbildung und des verkündeten Erfolgs der Akademisierung des Berufsfeldes stellt sich die Frage, wie sich die Geburtshilfe und Hebammenversorgung im Land Bremen in den vergangenen Jahren entwickelt hat, was zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Hebammen getan werden kann und welche Weiterbildungsperspektiven altrechtlich qualifizierte Hebammen, bei denen es sich um hervorragend ausgebildete Fachkräfte handelt, haben.

Der Senat beantwortet die Große Anfrage wie folgt:

- 1. Wie viele Geburten wurden im Land Bremen in den vergangenen fünf Jahren verzeichnet und wie viele erfolgten**
 - a. in Krankenhäusern?**

Die Anzahl der Geburten im Land Bremen vom Jahr 2020 bis 2024 wird tabellarisch aufgeführt. Die Zahlen für die Stadtgemeinen Bremen und Bremerhaven werden zudem getrennt erfasst (*Tabelle 1*).

Tabelle 1: Anzahl der klinisch entbundenen Frauen

Jahr	Land Bremen	Stadt Bremen	Stadt Bremerhaven
2020	9.383	7.353	2.030
2021	9.431	7.455	1.976
2022	8.837	6.851	1.986
2023	8.660	6.762	1.898
2024	8.365	.)	.)
Quelle: Statistisches Landesamt Bremen .) Angaben nicht vorliegend			

b. außerklinisch (in Geburtshäusern, als Hausgeburten oder als Unterwegsgeburten)? (Bitte jeweils jährlich und getrennt für die Stadtgemeinden sowie nach Stadtteilen angeben.)

Dem Senat liegen Zahlen zu außerklinischen Geburten von 2020 bis 2024 vor (Tabelle 2). Eine getrennte Erfassung nach Stadtgemeinden und Stadtteilen erfolgt nicht. Die Geburtenmeldungen stammen von den beiden Geburtshäusern in der Stadtgemeinde Bremen. In Bremerhaven gibt es kein Geburtshaus.

Tabelle 2: Anzahl der außerklinischen Geburten im Land Bremen von 2020 bis 2024

Jahr	Anzahl der außerklinischen Geburten
2020	221
2021	283
2022	310
2023	278
2024	266
Quelle: Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG), 2025: GAB	

2. Welche Kenntnis hat der Senat, wie viele Schwangere aus dem Einzugsgebiet Niedersachsen in Bremen und Bremerhaven durchschnittlich pro Jahr geburtshilflich versorgt werden und wie viele Schwangere aus welchen Gründen nicht versorgt werden können?

In den Geburtskliniken im Land Bremen wurden in den Jahren 2020 bis 2024 durchschnittlich 1.840 Entbindungen pro Jahr aus dem niedersächsischen Umland versorgt.

Dem Senat liegen keine Meldungen über abgewiesene Schwangere explizit aus Niedersachsen vor. Die Erfassung der Gründe für Ablehnungen oder Verlegungen wird in den Kliniken unterschiedlich dokumentiert und bezieht sich auf alle Frauen unabhängig vom Wohnort. Als

Gründe werden unter anderem angegeben, dass die Kinderklinik oder die Frauenklinik voll belegt sind oder dass keine Kreißsaal-Betreuung möglich ist. Dies ist meist der Fall, wenn zu viele Frauen gleichzeitig unter der Geburt sind und es ein Missverhältnis zwischen der Anzahl der Kreißsäle und der regulären Hebammenbesetzung gibt.

3. Welche Geburtenzahlen prognostiziert der Senat für die Stadtgemeinden für die kommenden zehn Jahre?

Dem Senat liegen die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Bremen vor. Die Bevölkerungsvorausberechnung zeigt auf, wie sich die Bevölkerung im Land Bremen und den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven bis zum Jahr 2044 entwickeln könnte. Die Bevölkerungsvorausberechnung ist eine „Wenn-Dann-Berechnung“, keine Vorhersage: wenn die Entwicklungen wie erwartet eintreten, wird sich die Bevölkerung wie aufgezeigt entwickeln. Der Prognosezeitraum ist von erheblichen Unsicherheiten geprägt. Aufgezeigt wird hier die Entwicklung der nächsten 10 Jahre (*Tabelle 3*). Verschiedene Varianten zeigen Entwicklungspfade der Wenn-Dann-Berechnungen auf. Unterschiede sind vor allem durch unterschiedliche Wanderungsannahmen und zu einem geringeren Anteil durch unterschiedliche Geburtenhäufigkeiten bedingt. Im Folgenden wird die sog. mittlere Variante dargestellt, der die mittleren Annahmen zu den Außen und Binnenwanderungssalden und der mittleren Geburtenhäufigkeit zu Grunde liegen. Diese Variante stellt nach derzeitigem Stand den wahrscheinlichsten Entwicklungspfad dar.

Tabelle 3: Bevölkerungsvorausberechnung der Bevölkerung im Alter von 0 Jahren bis zum Jahr 2036

Jahr	Stadt Bremen	Stadt Bremerhaven
2026	4.971	1.044
2027	5.061	1.064
2028	5.143	1.083
2029	5.222	1.102
2030	5.295	1.121
2031	5.364	1.138
2032	5.389	1.147
2033	5.414	1.155
2034	5.401	1.156
2035	5.392	1.157
2036	5.387	1.158

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen (Stand: September 2025)

4. An welchen Kliniken im Land Bremen kam es in den vergangenen 24 Monaten aus welchen Gründen zur Überlastung von Kreißsälen, was wurde zur Beseitigung der

Engpässe unternommen und in wie vielen Fällen wurden Schwangere in Bremer Krankenhäusern aus welchen Gründen abgewiesen?

Für die Gründe von Ablehnungen und die Anzahl der abgewiesenen Frauen wird auf die Antwort von Frage 2 verwiesen.

Mit den ersten Abschlüssen im Hebammenstudiengang im Jahr 2024 konnten in den Kliniken viele Hebammen eingestellt werden, so dass Engpässe auf personeller Ebene meist vermieden werden konnten. Nur das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide hat aktuell offene Hebammen-Stellen, die zeitnah besetzt werden. Ein Kreißaal wird gerade umgebaut und erweitert, was eine Erweiterung der räumlichen Kapazitäten mit sich bringt.

5. Wie hoch ist die Wiederaufnahmerate von Wöchnerinnen in Kliniken innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung und was sind die Hauptgründe dafür?

Dem Senat liegen die Wiederaufnahmeraten von Wöchnerinnen nicht von allen Kliniken vor, da diese nicht überall erfasst werden. Die vorhandenen Daten sprechen von einer Rate von 0,26 bis 3,65 Prozent. Gründe für eine Wiederaufnahme sind Milchstau bis hin zu Mastitis, Lochialstau bis hin zu Endo(myo)metritis und Wundheilungsstörungen, vor allem nach vorangegangener Sectio.

6. Wie viele Hebammen sind in Bremen

a. in Kliniken tätig? Wie viele sind dort in Vollzeit, wie viele in Teilzeit beschäftigt und wie viele Planstellen sind unbesetzt?

In den Geburtskliniken sind aktuell 197 Hebammen tätig, ein Großteil davon in Teilzeit. In fast allen Kliniken sind die Planstellen besetzt, eine Klinik arbeitet aufgrund offener Vakanzen mit Leiharbeitskräften.

b. freiberuflich tätig?

Im Land Bremen sind nach derzeitigem Stand 123 Hebammen freiberuflich tätig.

c. angestellt sowie auch als freiberufliche Hebamme tätig?

Im Land Bremen sind nach derzeitigem Stand 45 Hebammen sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig.

d. im bundesweiten Vergleich pro 1.000 Einwohner beschäftigt?

Dem Senat liegen hierzu keine Zahlen vor.

7. Wie viele Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungskurse werden in den Stadtgemeinden auf Stadtteilebene angeboten, wie ist durchschnittliche Auslastung und inwiefern werden die Angebote als ausreichend erachtet?

Über die Anzahl an Geburtsvorbereitungskursen (GVK) und Rückbildungskursen (RBK) kann der Senat für die Stadtgemeinden und auf Stadtteilebene keine Aussage treffen. Laut Hebammenlandesverband Bremen (HLVHB) wird das Angebot in Bremen nicht systematisch erhoben. In Hebammenpraxen gehören aber diese beiden Kurse zu den klassischen Hebammenhilfeleistungen.

Eine gute Datenlage zum Kursangebot gibt es in den HebammenZentren (HZ) im Land Bremen, da hier alle Leistungen für eine Auswertung erfasst werden. Für das Jahr 2026 sind in den mittlerweile 5 HebammenZentren Ost, West, Nord, Bremerhaven und Süd 48 GVK und 42 RBK geplant (*Tabelle 4*).

Tabelle 4: Anzahl an geplanten GVK und RBK in den HZ 2026

2026	Ost	West	Nord	BHV	Süd	gesamt
GVK	9	6	21*	2	10	48
RBK	13	8	13	*	8	42
*HZ Nord: zwei fremdsprachige GVK (englisch, arabisch) und 5 GVK für Mehrgebärende *HZ BHV: keine Angabe zu RBK wegen erkrankter Hebamme						

In den vier, in 2025 aktiven HZ Ost, West, Nord und Bremerhaven haben 2025 373 Frauen einen GVK und 394 Frauen einen RBK besucht (*Tabelle 5*).

Tabelle 5: Anzahl an Teilnehmerinnen an GVK und RBK in den HZ in 2025

2025	Ost	West	Nord	BHV	gesamt
GVK	167	30	168	8	373
RBK	241	94	59	Start in 2026	394

Die Kliniken im Land Bremen bieten teilweise GVK und RBK an. Die Auslastung der Kurse ist durchweg hoch.

Die Anfrage nach Rückbildungskursen ist für Bremen als sehr hoch anzusehen. In den HZ ist die Auslastung der Kurse sehr hoch, es wird mit Wartelisten gearbeitet. Insgesamt ist in Bremen ein Rückgang an Kursangeboten wahrzunehmen. Diese Entwicklung wird vom Senat weiterverfolgt.

8. Wie hoch ist nach Kenntnis des Senats der aktuelle Bedarf an ambulanter und stationärer Hebammenhilfe im Land Bremen und demgegenüber das tatsächliche Angebot auf Stadtteilebene und von welchem Bedarf wird bis 2030 ausgegangen?

Dem Senat liegen zum Bedarf an ambulanter und stationärer Hebammenhilfe keine Zahlen vor. Nach Auskunft vom Berufsverband HLVHB wird dies nicht erfasst. Momentan zeichnet sich eine Entspannung in der Besetzung offener Stellen in den Kliniken ab. Mit Blick auf die Vorausberechnung der Bevölkerung muss entsprechend der Geburtenrate aber ggf. die Anzahl der Hebammen wieder angehoben werden. Hier gilt es zu berücksichtigen, dass mit dem nun bestehenden Hebammen-Studiengang jährlich Absolventinnen auf den Arbeitsmarkt gelangen.

Da es keine festgeschriebenen Quoten im Bereich der ambulanten Hebammenversorgung gibt, kann der Bedarf bis 2030 nicht vorhergesagt werden.

9. Wie hat sich die nachgeburtliche Betreuungsquote durch Hebammen in den vergangenen zwei Jahren in den Stadtgemeinden auf Stadtteilebene entwickelt?

Eine Quote zur Nachsorge durch eine Hebamme wird statistisch nicht ermittelt. Die Zahlen der Frauen, die in den letzten beiden Jahren durch die Hebammenzentren eine Nachsorge erhalten haben, sprechen allerdings für eine verbesserte ambulante Hebammenversorgung in diesen Stadtteilen, weil sie vorrangig von den dort lebenden Frauen in Anspruch genommen werden. Die Nachfrage ist zum Teil so hoch, dass auch hier Wartelisten geführt werden. Die Betreuungsquote wird statistisch nicht auf Stadtteilebene erhoben.

10. Wie hoch ist nach Kenntnis des Senats der Anteil der Frauen in den Stadtgemeinden, a. die nach der Entbindung durch eine Nachsorgehebamme versorgt werden?

Diese Zahlen werden nicht erfasst.

b. ohne entsprechende Versorgung, die sich eine Nachsorgehebamme wünschen? (Bitte jeweils für die letzten 24 Monate und möglichst auf Stadtteilebene darstellen.)

Diese Zahlen werden nicht erfasst.

c. Wie bewertet der Senat nachgeburtliche Versorgungssituation in den Stadtgemeinden, insbes. bezogen auf die Ausdifferenzierung auf Stadtteilebene?

Die Versorgung durch Hebammen nach der Geburt wird auf Ebene der Stadtgemeinden und Stadtteile nicht laufend erfasst. Für die Anzahl der Hebammen wird auf die Antworten der Frage 6 verwiesen. Die letzte Erhebung der nachgeburtlichen Versorgung im Land Bremen fand im Rahmen des Gesundheitsberufe-Monitorings im Jahr 2017 statt ([SOCIMUM Research Center on Inequality and Social Policy, Universität Bremen](#)). Die Ergebnisse zeigten eine sehr unterschiedliche Betreuungssituation in den Stadtteilen Bremens. Demnach war es in den Stadtteilen leichter, eine Hebamme für die Nachsorge zu erhalten, die sowohl zentral gelegen als auch sozioökonomisch besser gestellt sind.

Um in allen Stadtteilen einen Zugang zu nachgeburtlicher Versorgung zu sichern, wurden seit 2022 fünf HZ implementiert. Die Einzugsgebiete dieser HZ sind unterschiedlich groß. Damit verbunden sind zum Teil etwas längere Wegstrecken für die Frauen. Die Schaffung dieses

Angebotes bewertet der Senat als eine große Verbesserung in der ambulanten Hebammenversorgung.

11. Wie bewertet der Senat die Versorgungssituation für Alleinerziehende oder sozial benachteiligte Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett?

Berufsverbände der Hebammen sehen die Versorgung für Alleinerziehende als schwieriger an im Vergleich zu Familien mit zwei Elternteilen. In den HZ wird darauf geachtet, gerade sozial benachteiligten Frauen eine Betreuung zu ermöglichen. Die Schwierigkeiten beziehen sich nicht spezifisch auf Hebammenleistungen, sondern zeigen sich als strukturelle Herausforderung.

Alleinerziehende und sozial benachteiligte Frauen erleben häufiger Probleme beim Zugang zu medizinischen Leistungen, weil mehrere Barrieren gleichzeitig wirken. Zeitliche Belastungen durch Erwerbsarbeit und alleinige Sorgearbeit erschweren es, Termine wahrzunehmen, während fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten eine zusätzliche Hürde darstellen können.

12. Wie bewertet der Senat die geburtshilfliche Versorgungssituation von Frauen mit Migrationshintergrund und wie viele Hebammen haben in Bremen Fremdsprachenkenntnisse?

Die vorhandenen Versorgungs- und Betreuungsangebote stehen allen Frauen zur Verfügung. Für schwangere Frauen mit Fluchtgeschichte erfolgt in der Erstaufnahmeeinrichtung in der Lindenstraße eine Betreuung durch eine Hebamme.

Von den 123 freiberuflich gemeldeten Hebammen haben 77 Fremdsprachenkenntnisse in 10 verschiedenen Sprachen. Die HZ bieten für die dort betreuten Frauen Kurse in Fremdsprachen an. Die Rückmeldungen aus den Kliniken ergeben, dass viele Hebammen mehrsprachig sind und dass neben Englisch in weiteren Sprachen vermittelt werden kann (z.B. Italienisch, Spanisch, Französisch, Russisch, Polnisch, Bulgarisch).

Auf der Webseite Hebammensuche Bremen / Bremerhaven kann bei der Suche nach einer passenden Hebamme nach Sprachen gefiltert werden. Um mögliche Sprachbarrieren zu überwinden, stehen den HZ das Audio- und Videodolmetschen sowie Sprachcomputer für Übersetzungen zur Verfügung.

13. Inwiefern tragen die Hebammenzentren zur Verbesserung der Strukturen und Versorgung bei, wie viele Hebammen sind an den Standorten jeweils in welchem Umfang tätig und wie viele Frauen wurden in 2025 jeweils betreut?

Die HZ haben das Ziel, Frauen und Familien in unterversorgten Stadtteilen zu betreuen. In den HZ werden alle üblichen Leistungen der Hebammenhilfe angeboten. Dazu zählen Betreuung in der Schwangerschaft, Nachsorge, Beratungen und das Vorhalten von Kursen. Seit

Eröffnung des ersten HZs im Herbst 2021 wurden über 2.200 Frauen betreut, davon 971 im Jahr 2025 (*Tabelle 6*).

Tabelle 6: Anzahl der betreuten Frauen in den HZ im Jahr 2025

	Ost	West	Nord	BHV	Gesamt
Anzahl	301	243	344	83	971

In den vier* HZ Ost, West, Nord und BHV sind 18 Hebammen (*Tabelle 7*) tätig, deren Arbeitsleistung knapp 9 Vollzeitkräften (VK) entspricht.

Tabelle 7: Höhe der VKs in den HZ

	Ost	West	Nord	BHV	Gesamt
VK	3,7	1,6	2,9	0,7	8,9
*HZ Süd hat im Februar 2026 eröffnet, die erste Hebamme beginnt im April					

Mit dem Aufbau der HZ wurde in den Stadtteilen bzw. -gebieten ein niedrighschwelliges Angebot für alle Frauen geschaffen, so dass auch Frauen mit Sprachbarrieren oder in schwierigen Lebenssituationen in ihrem Stadtteil versorgt werden können. Die HZ haben zudem dazu geführt, dass in den jeweiligen Gebieten mehr Hebammen tätig sind.

Die HZ tragen wesentlich zur Verbesserung der Netzwerkstrukturen rund um die Geburt bei. Die Koordinatorinnen der jeweiligen Einrichtungen sind im engen Austausch mit den Netzwerkakteur:innen im Bereich Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit. Frauen werden frühzeitig ins Netzwerk verwiesen oder kommen über dieses Netzwerk ins HZ. Die Netzwerke und Akteur:innen in den Stadtteilen spiegeln den HZ, dass ihre Arbeit als Gewinn erlebt wird und wie gut die Anlaufstelle „HebammenZentrum“ im Quartier ist. Der Aufbau von Kursangeboten an allen HZ ist eine Bereicherung für die Familien und verringert jeweils vorhandene Lücken in diesem Bereich (s. Antwort zur Frage 7).

14. Wie bewertet der Senat die Arbeitsbedingungen von Hebammen an Bremer Kliniken und wie hat sich das Betreuungsverhältnis während wesentlicher Phasen der Geburt in den vergangenen 5 Jahren entwickelt?

Vor 5 Jahren gab es an allen Bremer Geburtskliniken eine sehr hohe Arbeitsbelastung und zum Teil Überlastung zu Stoßzeiten aufgrund des Mangels an Hebammen. Mit Einführung des Hebammen-Studiengangs und den ersten Absolventinnen im Jahr 2024 hat sich die Lage in den Kreißsälen für Hebammen durch Personalzuwachs deutlich verbessert. Die meisten Planstellen im Land Bremen sind aktuell besetzt. Außerdem sind die Gehälter in den letzten Jahren angepasst worden. Durch die Refinanzierung der Hebammen durch die Krankenkassen konnten die Planstellen erhöht werden, was zu einer verbesserten Betreuungssituation für die Geburtsbegleitung geführt hat. Bei einer steigenden Anzahl an Frauen ist eine 1:1 Betreuung möglich. Das wiederum lässt den Arbeitsplatz in der Klinik für Hebammen attraktiver werden.

15. Wie bewertet der Senat die Forderungen nach einer 1:1 Betreuung von Schwangeren durch Hebammen?

Die Forderung nach einer Eins-zu-eins-Betreuung von Schwangeren durch Hebammen wird vom Senat grundsätzlich positiv bewertet. Für eine umfassende Bewertung muss jedoch zunächst feststehen, wie genau „1:1 Betreuung“ definiert ist. Diese Frage wird von Berufsverbänden anhaltend diskutiert. So hat sich der Deutsche Hebammenverband (DHV) im letzten Jahr mit der Kampagne „Frauen zahlen den Preis“ intensiv mit dieser Fragestellung befasst (https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2025/02/2025_02_18-Definition-der-Eins-zu-eins-Betreuung-in-der-klinischen-Geburtshilfe.pdf). Ausgehend von der Definition für Eins-zu-eins-Betreuung laut Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin (https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083k_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01_1.pdf) wurden für dessen Realisierung vom DHV Forderungen innerhalb klinischer Abläufe formuliert. Die Definition für Eins-zu-eins Betreuung durch Hebammen in der klinischen Geburtshilfe lautet: *„Geburtshilfliche, nicht medizinische Betreuungsmaßnahmen sowie emotionale Unterstützung und Bereitstellung von Informationen und Fürsprache für die Frau während der aktiven Eröffnungs- und Austreibungsphase durch ein und dieselbe Hebamme unter Berücksichtigung bestehender Arbeitszeitmodelle. Die Betreuung durch ein und dieselbe Hebamme soll entsprechend den Bedürfnissen der Frau so kontinuierlich wie möglich erfolgen.“*

Der Senat befürwortet eine entsprechende Betreuungsrelation ausdrücklich und unterstützt die damit verbundenen Forderungen. Durch bereits erfolgte Maßnahmen zur Verbesserung der Stellenbesetzung wurde ein wesentlicher Beitrag geleistet, um den Weg hin zu einer verlässlichen Umsetzung einer 1:1-Betreuung in den wichtigen Phasen der Geburt zu ebnet. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass zur dauerhaften Sicherstellung dieser Betreuungsform eine fortlaufende Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Personalschlüssel in den Kliniken erforderlich sein kann. Dabei sind insbesondere die Entwicklungen der Geburtenzahlen zu berücksichtigen. Der Senat begrüßt die Anzahl an Studierenden im Hebammen-Studiengang, da die kommenden Absolventinnen zu einer längerfristigen personellen Besetzung und somit mehr 1:1 Betreuung beitragen.

16. Wie hat sich die Zahl der Kaiserschnitte im Land Bremen in den vergangenen fünf Jahren entwickelt, wo steht Bremen im Bundesvergleich und mit welchen Maßnahmen fördert der Senat die natürliche Geburt?

Im Land Bremen bewegt sich die Anzahl der Kaiserschnitte im Betrachtungszeitraum bei etwa 2.800 pro Jahr. Im Land Bremen ist der Anteil an Entbindungen durch Kaiserschnitt damit leicht gestiegen (2020: 30,6 %; 2024: 32,8 %). Im Vergleich des Anteils an Entbindungen durch Kaiserschnitt mit Deutschland insgesamt zeigt sich, dass der Anteil des Landes Bremen leicht um den Anteil im Bund schwankt. In den Jahren 2020 und 2023 ist der Anteil im Land Bremen

etwas leicht erhöht, wohingegen der Anteil in den Jahren 2021, 2022 und 2024 etwas niedriger ausfällt. Dabei ist keine systematische Abweichung des Anteils an Entbindungen durch Kaiserschnitt im Land Bremen festzustellen (*Tabelle 8*). Grundsätzlich weisen Krankenhäuser mit Spezialisierung auf Risikogeburten (z.B. Frühgeburten) in der Regel eine höhere Kaiserschnitttrate auf.

Tabelle 8: Anzahl und Rate der durch Kaiserschnitt entbundenen Frauen in Deutschland und für das Land Bremen

Bundesrepublik Deutschland			
Jahr	Entbundene Frauen insgesamt	darunter Entbindungen durch Kaiserschnitt	Anteil an Entbindungen durch Kaiserschnitt in Prozent
2020	743.899	222.558	29,9%
2021	765.694	237.471	31,0%
2022	711.125	226.864	31,9%
2023	667.705	217.852	32,6%
2024	654.615	215.868	33,0%
Land Bremen			
	Entbundene Frauen insgesamt	darunter Entbindungen durch Kaiserschnitt	Anteil an Entbindungen durch Kaiserschnitt in Prozent
2020	9.383	2.871	30,6%
2021	9.431	2.903	30,8%
2022	8.837	2.765	31,3%
2023	8.660	2.881	33,3%
2024	9.383	2.746	32,8%

Der Anteil an Entbindungen durch Kaiserschnitt in Prozent je Bundesland liegt lediglich für das Jahr 2023 vor (*Tabelle 9*). Das Land Bremen befindet sich hier leicht über dem Bundesdurchschnitt, wohingegen Saarland (36,4 %) und Hamburg (36,2 %) den höchsten Anteil an Entbindungen durch Kaiserschnitt aufweisen. Brandenburg (29,3 %) und Sachsen (25,6 %) weisen den niedrigsten Anteil auf.

Tabelle 9: Prozentualer Anteil an Geburten durch Kaiserschnitt im Bundesvergleich

Bundesland	Anteil an Entbindungen durch Kaiserschnitt in Prozent in 2023
Deutschland	32,6%
Saarland	36,4%
Hamburg	36,2%
Hessen	35,1%
Schleswig-Holstein	33,6%

Nordrhein-Westfalen	33,6%
Rheinland-Pfalz	33,6%
Bremen	33,3%
Bayern	33%
Baden-Württemberg	32,2%
Sachsen-Anhalt	31,5%
Niedersachsen	31,4%
Mecklenburg-Vorpommern	31,3%
Berlin	30,3%
Thüringen	30%
Brandenburg	29,3%
Sachsen	25,6%
Quelle: Statistisches Bundesamt	

Die angegebenen Kaiserschnitt-Raten in der Beantwortung der Frage 16 und der Frage 35 beruhen auf unterschiedlichen Datenquellen. Hierbei kommt es deshalb zu leichten Abweichungen bei den angegebenen Kaiserschnitt-Raten. Nichtsdestotrotz sind die unterschiedlichen Datenquellen konsistent.

Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz hat mit anderen Akteur:innen das Netzwerk „Bündnis natürliche Geburt“ ins Leben gerufen. Bei den regelmäßigen Sitzungen werden Maßnahmen entwickelt, die natürliche Geburt in Bremen zu fördern. Dazu zählen eine bessere Aufklärung von Schwangeren, die Umsetzung einer guten Betreuung in der Zeit rund um die Geburt und die Bestärkung von Frauen in ihren Fähigkeiten. In den HZ Bremens werden die betreuten Frauen umfassend in der Schwangerschaft begleitet und auf die Geburt vorbereitet. In Geburtsvorbereitungskursen (GVK) wird das nötige Wissen zur Geburt vermittelt, Ängste genommen und die Selbstbefähigung der Frauen gestärkt.

17. Welche Maßnahmen plant der Senat zur Förderung des Ausbaus von Familienzimmern in den geburtshilflichen Einrichtungen des Landes, um die familienorientierte Versorgung nach der Geburt zu stärken?

Der Ausbau der Anzahl an Familienzimmern obliegt den Kliniken und wird nicht durch den Senat geregelt. Konkrete Fördermaßnahmen sind aus diesem Grund nicht geplant.

18. Wann und mit welchem Ergebnis wurde das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal für Bremen evaluiert, wie bewertet der Senat das Konzept und welche Pläne verfolgt der Senat zur flächendeckenden Etablierung hebammengeleiteter Kreißsäle im Land Bremen?

Im Land Bremen gibt es aktuell einen Hebammengeleiteten Kreißsaal, für zwei weitere Kreißsäle liegen Konzepte für eine Implementierung vor.

Vom bestehenden Hebammengeleiteten Kreißsaal liegt keine Evaluation vor. Die Nachfrage und Nutzung dieses Angebotes ist nicht sehr hoch: Pro Jahr entbinden 15 bis 20 Frauen im Hebammengeleiteten Kreißsaal.

Im März 2026 wurde die Erstfassung einer G-BA-Richtlinie zu diesem Thema beschlossen ((Richtlinie zur Qualitätssicherung der Hebammengeleiteten Betreuung in Kreißsälen/QHKS-RL), die Zustimmung dazu steht aus. Sobald diese Richtlinie in Kraft tritt, werden Kliniken durch den G-BA evaluiert.

19. Wie bewertet der Senat die Versorgung mit Hebammen, Gynäkologen und Kinderärzten und Neonatologen und welche Handlungsbedarfe werden gesehen?

Der Senat bewertet die klinische Versorgung mit Hebammen, Gynäkolog:innen und Pädiater:innen in Bremen derzeit noch als ausreichend.

Bei der ambulanten pädiatrischen Versorgung ist eine differenziertere Bewertung notwendig. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) ist für die vertragsärztliche Bedarfsplanung im Land Bremen zuständig. Dafür stellt sie nach § 99 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einen Bedarfsplan auf. Im Land Bremen bestehen zwei sogenannte Planungsbereiche, welche ausschlaggebend für die Berechnung von Arztdichte und Bevölkerungszahl, mithin für die Feststellung der amtlichen Versorgungsgrade sind: Bremen (inklusive Bremen-Nord) sowie Bremerhaven. Für den Planungsbereich Bremen liegt der letzte festgestellte Versorgungsgrad bei 119,8 %. Als obere Schwelle für die Sperrung eines Planungsbereichs gelten 110 %. Ist diese Schwelle erreicht oder überschritten, sind neue Niederlassungen nicht mehr möglich. Kinderärzt:innen sind im Planungsbereich jedoch nicht gleichmäßig verteilt. Durch den weitläufigen Zuschnitt des Planungsbereichs unterscheidet sich das Versorgungsangebot auf Bezirksebene: Während der Norden und Westen Bremens (insbesondere Gebiete ab Walle und Gröpelingen entlang der Weser bis nach Blumenthal) bei rechnerischer Betrachtung eher schlecht versorgt sind, scheint die Versorgung in der Bremer Innenstadt sowie im Süden bedarfsgerecht abgedeckt zu sein – im Osten würde gar ein Überangebot an Versorgung herrschen. Für den Planungsbereich Bremerhaven liegt der letzte festgestellte Versorgungsgrad bei 76,9 %. Auch wenn dieser Wert einen Mangel an Ärzt:innen impliziert, liegt eine Unterversorgung im gesetzlichen Sinne erst bei einem Versorgungsgrad von unter 75 % vor. In Bremerhaven sind aktuell noch mehr als drei Viertel der Vertragsarztsitze für Kinderärzt:innen besetzt. Der Versorgungsgrad verdeutlicht jedoch, dass die ambulante pädiatrische Versorgung in Bremerhaven bereits an einer kritischen Grenze angekommen ist. Schon geringe Veränderungen – etwa altersbedingtes Ausscheiden von Ärzt:innen – werden dazu führen, dass der Schwellenwert von 75 % unterschritten wird. Die aktuelle Situation ist somit fragil und lässt keinen Spielraum für zusätzliche Belastungen im System.

Die Etablierung des Studiengangs für Hebammen an der Hochschule Bremen wird vom Senat als positiv bewertet. Die zukünftigen Absolventinnen tragen zu einer konstanten Anzahl an

Hebammen, sowohl im ambulanten als auch im klinischen Bereich bei und sichern die Versorgung durch Hebammenhilfe. Die fünf bestehenden HZ tragen mit ihrem Angebot zu einer besseren Versorgung gerade sozial benachteiligten Stadtgebieten bei.

20. Inwiefern kommen telemedizinische Anwendungen und Online-Sprechstunden in der Geburtshilfe zur Anwendung, ist eine Ausweitung entsprechender Angebote geplant, welche Hürden bestehen ggf.?

Aktuell sieht der Hebammenhilfvertrag keine Vergütung von telemedizinischen Anwendungen und Online-Sprechstunden vor, somit zählen diese nicht zu den originären Hebammenhilfe-Leistungen. Der Senat hat keine Kenntnis über privat abgerechnete Online-Sprechstunden im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Bremen. Leistungen der Hebammenhilfe sind im SGB V geregelt und werden auf Bundesebene überarbeitet. Eine Implementierung solcher Angebote ist deshalb nicht auf Länderebene angesiedelt.

21. Wie bewertet der Senat die Vergütungssituation der Betreuungsdienstleistungen freiberuflicher Hebammen, ihre Auswirkungen auf die Arbeitsgestaltung und Attraktivität des Berufes und welche Handlungsbedarfe werden gesehen?

Die administrative Arbeit ist unerlässlich für den Nachweis der Arbeitsqualität, die Fachkompetenz der Hebamme und die Nachvollziehbarkeit von Beratung und Entscheidungen. Der Senat hat die Entwicklungen bezüglich der Vergütung freiberuflicher Hebammen verfolgt und begrüßt die Anpassungen einiger Hebammenleistungen mit Inkrafttreten des neuen Hebammenhilfvertrages zum 01. November 2025. Manche Änderungen werden durch den Senat jedoch kritisch bewertet. Der Hebammenhilfvertrag birgt Hürden und Verschlechterungen in Bezug auf einige Leistungen, was mit mehr administrativem Aufwand und Leistungseinbußen einher geht. Für Hebammen bedeutet dies zum Teil mehr Aufwand und damit weniger Zeit für die Frauen – dies gefährdet auf Dauer die Versorgung und schmälert die Attraktivität des Berufes Hebamme. Seit Monaten wurde zwischen Hebammen-Berufsverbänden und der GKV gerungen, wichtige Punkte des Vertrages zu überarbeiten. Am 17. März 2026 gab es eine Einigung auf zentrale Details. Der Senat begrüßt diese Einigung.

22. Welche Kenntnis hat der Senat welcher durchschnittliche Zeitaufwand freiberuflichen Hebammen für Fahrten sowie für Verwaltung und Dokumentation entsteht?

Nach Berichten von Berufsverbänden ist der Verwaltungs-, sowie Dokumentationsaufwand für freiberufliche Hebammen hoch, da eine korrekte und nachvollziehbare Dokumentation maßgeblich für die individuelle Absicherung der Hebamme ist. Der Aufwand für Fahrten hängt

vom Einzugsgebiet der Hebamme ab, welches die Hebamme für sich festlegt. Diese Daten werden nicht regelhaft erfasst und liegen dem Senat demnach nicht vor.

23. Inwieweit plant der Senat, das Wegegeld für freiberuflich tätige Hebammen im Land Bremen ergänzend zu fördern, um die flächendeckende Versorgung – insbesondere in unterversorgten Stadtteilen – zu sichern und die Wirtschaftlichkeit der aufsuchenden Hebammentätigkeit zu verbessern?

Dem Senat ist bekannt, dass der Zugang für Frauen und Familien in sozial benachteiligten Quartieren oft schwieriger ist. In diesen Stadtteilen gibt es weniger Angebote durch freiberufliche Hebammen. Frauen fehlt hier der niedrigschwellige Zugang zur Hebammenversorgung. Deshalb hat der Senat den Fokus auf eine bessere Hebammenversorgung in sozial benachteiligten Stadtteilen gelegt und dort HZ aufgebaut. Ziel der HZ ist die Sicherstellung einer flächendeckenden, qualifizierten Hebammenbetreuung für Schwangere und junge Familien sowie die Verbesserung der Versorgungssituation durch zentrale Anlaufstellen und koordinierte Betreuung. Für die dort tätigen Hebammen bedeutet das kurze Fahrwege, da sie nur im jeweiligen Stadtgebiet tätig sind. Die Hebammen rechnen das Wegegeld über die Krankenkassen ab. Eine zusätzliche Förderung ist nicht vorgesehen.

**24. Wie ist die Altersstruktur der
a. angestellten Hebammen?**

In den Geburtskliniken im Land Bremen ist die Altersstruktur unterschiedlich. Bei den meisten Kliniken sind die Altersstufen ausgeglichen von 20 bis 60+ Jahren, eine Klinik beschäftigt mehrheitlich junge Hebammen.

b. ausschließlich freiberuflichen Hebammen?

Die meisten freiberuflichen Hebammen im Land Bremen sind zwischen 31 und 40 Jahre alt und älter als 51 Jahre.

c. Von welchen Berufsaustritten durch Renteneintritten ist in den kommenden zehn Jahren auszugehen?

Von den 123 freiberuflichen Hebammen werden 32 in den nächsten 10 Jahren das Renteneintrittsalter erreichen. Betrachtet man nur die 78 ausschließlich freiberuflichen Hebammen und ein Renteneintrittsalter von 65 Jahren, werden 22 Hebammen (28 Prozent) wegfallen (Quelle: Hebammenregister GAB).

In den Kliniken werden nach den vorliegenden Daten mindestens 22 Hebammen altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden, von einer Klinik liegen keine Daten vor.

25. Wie bewertet der Senat die durch die Akademisierung veränderten Ausbildungsbedingungen, welche Pläne zur Weiterentwicklung des Studiengangs gibt es, auch mit Blick auf die Etablierung einer eigenständigen Forschung im Bereich der Hebammenwissenschaft?

Aus Sicht des Senats eröffnet die Akademisierung der Hebammenausbildung den Studierenden die Möglichkeit, vertiefte wissenschaftliche Kompetenzen zu erwerben, um in der anschließenden beruflichen Praxis evidenzbasiert zu arbeiten. Dies führt zu einer weiteren Professionalisierung und Aufwertung des Berufsbilds, was sich u.a. anhand konstant hoher Bewerberinnenzahlen seit Start des Studienangebots nachvollziehen lässt. Weiterhin wurden durch die Akademisierung die Grundlagen für die Herausbildung einer eigenständigen Fachwissenschaft gelegt, wodurch perspektivisch nicht nur eine weitere Verbesserung der Versorgungsqualität in der Geburtshilfe erreicht werden kann, sondern auch neue Karriereoptionen für die Absolventinnen in Forschung und Lehre entstehen. Vor diesem Hintergrund wird seitens der Hochschule Bremen (HSB) derzeit mit Vertreter:innen weiterer Hochschulstandorte in benachbarten Bundesländern die Möglichkeit eines hochschul- und länderübergreifenden Masterstudiengangs diskutiert. Dieser würde den Hebammen mit Bachelorabschluss und anschließender Praxiserfahrung eine wissenschaftliche Weiterqualifizierung ermöglichen. Aufgrund des weiterhin bestehenden Fachkräftebedarfs in der ambulanten und stationären Versorgung steht aktuell die Ausbildung einer ausreichenden Anzahl an Hebammen im Fokus der Überlegungen. Zudem muss berücksichtigt werden, dass für den Aufbau weiterführender Angebote zusätzliche Ressourcen für die Hochschulen benötigt werden.

Der Studiengang wurde 2025 reakkreditiert. Neue Überlegungen zur vereinfachten Internationalisierung des Studiums wurden in das neue Curriculum eingearbeitet.

26. Welche Forschungsvorhaben im Bereich Geburtshilfe und Hebammenwesen werden in Bremen aktuell gefördert oder durchgeführt bzw. befinden sich in Planung?

Aktuell (2026) wurde seitens der Hochschule Bremen ein Projektantrag zu einer multimethodischen Untersuchung der Hitzebelastung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen in der BMG Förderrichtlinie „Patientinnenzentrierte Versorgung von Frauen“ eingereicht.

Im Rahmen der STARS EU Collaboration wird derzeit der Aufbau einer asynchron nutzbaren, interprofessionellen Plattform zum Thema Disaster Preparedness für Hebammen, Pflegende, Physiotherapeut:innen etc. gefördert. Ein Folgeprojekt zur Entwicklung eines international nutzbaren Moduls (in Form eines Blended Intensive Programs oder Collaborative Online International Learning Formats) mit Simulationseinheiten zu demselben Thema wurde im Februar 2026 beantragt.

Ein bundesweit hochschulübergreifender Antrag zur Entwicklung von Lehrkonzepten zum Theorie-Praxistransfer und kreativer Vermittlung der körperbasierten Dimensionen in der Hebammenarbeit, der den Studiengang Internationale Hebammen BSc als mit

antragstellender Institution einschließt, wurde Ende 2025 eingereicht. Dieser Antrag ist die Folge eines derzeit durchgeführten DFG geförderten Projekts zur Theorientwicklung in der Hebammenwissenschaft, an dem eine der Professorinnen der HSB beteiligt ist.

27. Welche Abbruchquote weist die Hebammenausbildung im Land Bremen auf?

Die Studienabbruchquoten für den Studiengang werden ab dem nächsten Jahr methodisch erfasst, da dafür drei bereits abgeschlossene Kohorten erforderlich sind. Mit Blick auf die Entwicklung der bereits abgeschlossenen Studienanfänger:innenkohorten mit Studienbeginn zum Wintersemester 2020/21 und zum Wintersemester 2021/22 zeigt sich, dass zum Ende der Regelstudienzeit jeweils 76% (Sommersemester 2024) beziehungsweise 88% (Sommersemester 2025) der Studienanfänger:innen der jeweiligen Kohorte noch im Studiengang IS Hebammen B.Sc. eingeschrieben waren.

28. Welche Kenntnis hat der Senat, wie viele der in Bremen ausgebildeten Hebammen im Beruf verbleiben und ihn längerfristig in Bremen oder Bremerhaven ausüben?

Die erste Absolventinnengruppe hat Ende September 2024 die staatliche Prüfung abgelegt und das Studium mit dem Bachelor of Science beendet. Eine Verbleibstudie ist geplant, um diese Frage über einen längeren Zeitraum zu untersuchen. Nach Kenntnisstand der Hochschule Bremen haben bis auf eine Klinik im Land Bremen alle mit dem Studiengang kooperierende klinischen Einrichtungen ihre Stellen mit Absolventinnen des landeseigenen Studiengangs aufgefüllt.

29. Ist die Durchführung von Berufsverbleibsstudien geplant und zu wann? Wenn nein, warum nicht?

Es wird auf die Antwort zu Frage Nummer 28 verwiesen.

30. Welche Möglichkeiten sieht der Senat, im Rahmen von Kooperationen freiberuflich tätigen Hebammen für Weiterbildungen Zugang zu simulationsbasierten Lernorten wie dem Skills- und Simulationszentrum der Hochschule Bremen zu ermöglichen?

Freiberuflich wie klinisch tätige Hebammen werden derzeit bereits im Rahmen der staatlichen Prüfungen oder der Lehre mit dem Skills- und Simulationszentrum der HSB vertraut gemacht. Das Anmieten der Räumlichkeiten sowie die Nutzung der hauseigenen Simulatoren ist grundsätzlich möglich.

31. Inwiefern haben nach Kenntnis des Senats altrechtlich qualifizierte Hebammen den Wunsch, sich akademisch weiter zu qualifizieren?

- a. Welche Möglichkeiten bestehen aktuell, berufsbegleitend den Bachelorgrad zu erlangen?**

b. Inwiefern ist geplant, ein Modell zur niedrigschwelligen Nachqualifizierung zu entwickeln, das den hohen Qualifizierungsstand und zugleich die Lebenssituation etablierter Hebammen, die bspw. kein Auslandssemester erlaubt, berücksichtigt?

Mit Blick auf die Nachqualifizierung von altrechtlich examinierten Hebammen wird seitens der Hochschule Bremen derzeit ein Modell entwickelt, das auf Basis der Anrechnungsregeln nach § 56 Abs. 2 BremHG sowie § 18 AT-BPO die abgeschlossene fachschulische Hebammenausbildung im Umfang von 120 Leistungspunkten auf das Bachelorstudium „IS Hebammen“ B.Sc. anrechnet. Dies entspricht der Hälfte der im Studiengang insgesamt zu erwerbenden Leistungspunkte. Somit müssen nur noch Module im Umfang von 120 Leistungspunkten einschließlich der Bachelorarbeit an der HSB studiert werden, um den Studienabschluss „Bachelor of Science“ (B.Sc.) zu erlangen. Die anrechenbaren Module sowie die noch zu belegenden Module sind definiert. Dieses Modell soll künftig die Aufnahme von bis zu 10 altrechtlich qualifizierten Hebammen in den Bachelorstudiengang pro Jahr ermöglichen.

Hinsichtlich des Auslandssemesters wurde zum Wintersemester 2025/26 eine Flexibilisierung des Auslandssemesters eingeführt, so dass künftig über zwei Varianten im 5. Semester die Qualifikationsziele des Studiengangs auf dem Gebiet der Internationalität erreicht werden können. Neben der bisherigen „Variante A“ (Long-Term Mobility), welche ein Studiensemester im Ausland an einer Partnerhochschule im Umfang von 18 ECTS vorsieht, wurde eine zweite „Variante B“ (International Electives) eingeführt. In dieser Variante können die Studierenden 18 ECTS in Form flexibler Lehrangebote mit internationalem Kontext erreichen. Diese Lehrangebote umfassen sowohl ShortTerm-Mobility-Angebote als auch Angebote für die Internationalität „at home“. Dazu zählen zum Beispiel Blended Intensive Programmes (BIPs), die Teilnahmen an Summer und/oder Winter Schools sowie COILs (Collaborative Online International Learning), Microcredentials oder nicht-englischsprachige Sprachkurse. Hiermit wurden Maßnahmen zur Mobilitätsförderung geschaffen, welche die Heterogenität der Zielgruppen stärker adressiert. Die internationale Qualifizierung wird auch in Fällen eingeschränkter Mobilität strukturell abgesichert und es wird pilothaft die Einführung weiterer Wege zum Erwerb internationaler und interkultureller Kompetenzen ermöglicht.

32. Wie bewertet der Senat die Niederlassungsförderung, mit der das Land Hessen die Neu- und Wiederaufnahme einer freiberuflichen Hebammentätigkeit sowie die Gründung oder Erweiterung eines hebammengeführten Geburtshauses unterstützt?

Der Senat fördert die Niederlassung von freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Finanzierung der HZ in Bremen. Die dort tätigen Hebammen erhalten Unterstützung und Entlastung in der administrativen Tätigkeit durch eine Koordinatorin und Büroassistentin in dem jeweiligen HZ. Außerdem finanziert der Senat über die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz die Ausstattung der HZ und der Hebammen für ihre Hebammentätigkeit. Damit bietet der Senat vielen freiberuflichen Hebammen eine Perspektive, in einer gut ausgestatteten Hebammeneinrichtung im Team tätig werden zu

können. Dieses Konzept wird in ganz Deutschland positiv und mit viel Interesse wahrgenommen. Einige Bundesländer haben bereits Interesse bekundet, dieses Konzept zu übernehmen. In Hamburg wird derzeit das erste HZ dieser Art aufgebaut. Eine zusätzliche Förderung für soloselbständige Hebammen wie in Hessen ist in Bremen nicht vorgesehen.

33. Wie viele Studienplätze für Hebammenwesen stehen jährlich an der Hochschule Bremen zur Verfügung und wie viele Bewerbungen gehen durchschnittlich ein?

Der Studiengang hat eine planerische Zielzahl von 40 Studienanfänger:innen pro Jahr. In dieser Höhe konnten Studienplätze in den Zulassungsjahren 2020/21 bis 2023/24 jeweils angeboten werden. Aufgrund personeller Engpässe bei einigen Kooperationspartnern stehen aktuell weniger Praxisplätze für die berufspraktischen Studienanteile zur Verfügung, so dass die jährliche Zulassungszahl für das Zulassungsjahr 2024/25 auf 31 und für das Zulassungsjahr 2025/26 auf 30 Studienanfänger:innenplätze begrenzt werden musste. In den Zulassungsjahren 2020/21 bis 2025/26 gingen durchschnittlich ca. 300 Bewerbungen jährlich für den „Internationalen Studiengang Hebammen B.SC.“ ein.

34. Wie unterstützt das Land Bremen Studierende mit Kind oder pflegebedürftigen Angehörigen während des Hebammenstudiums?

Das Familienbüro der Hochschule Bremen für Studierende bietet Informations- und Beratungsangebote für Studierende mit Kind und werdende Eltern. Dazu gehören Themen wie das Mutterschutzgesetz und die Meldepflicht, Prüfungen während des Mutterschutzes, spezielle Unterstützungsangebote der HSB, Kinderbetreuung rund um die HSB sowie finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten. Zudem berät das Familienbüro im Kontext familiärer Sorgearbeit, wie z.B. der Pflege von Angehörigen.

Studierende mit Care Arbeit (Kinder, Pflege) werden bei der Wahl der Einsatzorte bevorzugt (z.B. wohnortnah) behandelt. In Ausnahmefällen erlaubt die HSB großzügige hybride Studienformate, die die Teilnahme von Studierenden in Care Arbeit vereinfachen.

Hinsichtlich des Auslandssemesters haben Studierende die Möglichkeit, über die in der Antwort zu Frage 31 vorgestellte Variante „International Electives“, 18 ECTS in Form von flexiblen Lehrangeboten mit internationalem Kontext zu erreichen.

Die Mitnahme von Säuglingen und Kleinkindern wird nach Absprache mit den Lehrenden in dringlichen Fällen ermöglicht. Enge Absprachen zwischen HSB und Kooperationskliniken ermöglichen individuell gestaltbare, bedürfnis- und familienorientierte Studienverläufe.

35. Welche Qualitätsindikatoren werden zur Bewertung der geburtshilflichen Versorgung herangezogen und wie haben sich diese in den letzten fünf Jahren entwickelt?

Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser werden im Bremer Krankenhausspiegel veröffentlicht. Hier liegen Zeitreihen von 2021 bis 2023 für die Qualitätsindikatoren mit detaillierten Erläuterungen vor, welche jeweils aufgeführt werden. Derzeit wird der

Krankenhausspiegel mit den Daten 2024 aktualisiert. Die Daten werden im Juni 2026 veröffentlicht.

Es folgen nachstehend Erläuterungen und Daten zu den Qualitätsindikatoren

- Ausreichende Sauerstoffversorgung von Frühgeborenen
- Allgemeinbefinden des Kindes nach der Geburt
- Anteil an Kaiserschnitten
- Schutz vor Infektionen bei Kaiserschnittentbindung
- Notfall-Kaiserschnitt
- Kinderarzt bei Frühgeburt anwesend
- Sterblichkeit der Mutter

Ausreichende Sauerstoffversorgung von Frühgeborenen

Gute Behandlungsqualität liegt vor, wenn Frühgeborene möglichst selten unzureichend mit Sauerstoff versorgt sind und der pH-Wert selten eine kritische Grenze unterschreitet. Wird ein Kind unter der Geburt nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt, steigt das Risiko für bleibende gesundheitliche Schäden. Festgestellt wird dies unter anderem durch die Bestimmung des Säuregehaltes im Blut. Befindet sich der so genannte pH-Wert unter der kritischen Grenze von 7, liegt eine Übersäuerung, eine Azidose, vor. Erfahrene Geburtshelfer:innen-Teams erkennen die Gefahr einer mangelnden Sauerstoffversorgung bei der Geburt in der Regel sehr frühzeitig und leiten umgehend entsprechende Maßnahmen ein. Dennoch kann es in Einzelfällen zu einer Sauerstoffmangelversorgung kommen – trotz angemessener geburtshilflicher Betreuung. Bei diesem Qualitätsmerkmal werden nur einzeln geborene Kinder, also keine Mehrlingsgeburten berücksichtigt.

In Bremer und Bremerhavener Geburtskliniken kommen nur sehr wenige Frühgeborene mit zu niedrigem pH-Wert zur Welt. Allen Geburtskliniken wird eine gute Behandlungsqualität bescheinigt. Bei den Werten des DIAKO in 2021 und 2022 handelt es sich nach der Bewertung eines Fachgremiums jeweils um gut begründete Einzelfälle (*Tabelle 10*).

Tabelle 10: Rate an Frühgeborenen mit zu niedrigem pH-Wert nach der Geburt

	2021	2022	2023
Bremen-Nord	■ 0,00 %	■ 2,26 %	■ 0,00 %
Klinikum Bremerhaven	■ 0,00 %	■ 0,00 %	■ 0,00 %
St. Joseph-Stift	■ 0,90 %	■ 0,00 %	■ 0,00 %
Links der Weser	■ 1,20 %	Keine Teilnahme	Keine Teilnahme
DIAKO	■ 6,25 %	■ 7,14 %	■ 0,00 %
Bremen gesamt	□ 0,67 %	□ 1,93 %	□ 0,60 %
Bund gesamt	□ 0,74 %	□ 0,76 %	□ 0,76 %
Bremen-Mitte	Keine Teilnahme	■ 4,88 %	■ 1,89 %

Allgemeinbefinden des Kindes nach der Geburt

Gute Behandlungsqualität liegt vor, wenn die Rate an ausgewachsenen („reifen“) Babys, deren Zustand nach der Geburt kritisch ist, möglichst niedrig ist. Unmittelbar nach der Geburt wird ein Säugling sehr genau nach festgelegten Kriterien untersucht. Das Ergebnis spiegelt sich in dem so genannten APGAR-Index wider, bei dem unter anderem Atmung, Puls und Aussehen kontrolliert werden. Der APGAR-Index wird eine, fünf und zehn Minuten nach der Geburt bestimmt, für jeden Parameter werden Punkte vergeben. Je höher der Wert ist, dessen Maximum bei 10 liegt, desto besser ist der objektive Gesundheitszustand des Kindes. Niedrige Werte gehen einher mit höherem Sterblichkeitsrisiko und der Gefahr bleibender Schäden. Gemessen wird außerdem der pH-Wert (Säure-Basen-Haushalt) im Nabelarterienblut. Der Anteil der Babys in einem kritischen Zustand unmittelbar nach der Geburt sollte möglichst niedrig sein. Betrachtet werden hier nur ausgewachsene („reife“) Neugeborene, also ohne Frühgeburten.

In Bremer und Bremerhavener Geburtskliniken kommen nur sehr wenige reife Babys in einem kritischen Gesundheitszustand zur Welt (*Tabelle 11*).

Tabelle 11: Rate an Reifgeborenen mit kritischem Gesundheitszustand nach der Geburt

	2021	2022	2023
DIAKO	<input checked="" type="checkbox"/> 0,3 %	<input checked="" type="checkbox"/> 0,7 %	<input type="checkbox"/> 0,7 %
Klinikum Bremerhaven	<input checked="" type="checkbox"/> 0,3 %	<input checked="" type="checkbox"/> 0,5 %	<input type="checkbox"/> 0,5 %
Bremen-Nord	<input checked="" type="checkbox"/> 0,8 %	<input checked="" type="checkbox"/> 1,5 %	<input type="checkbox"/> 1,4 %
Links der Weser	<input checked="" type="checkbox"/> 1,2 %	Keine Teilnahme	Keine Teilnahme
St. Joseph-Stift	<input checked="" type="checkbox"/> 1,3 %	<input checked="" type="checkbox"/> 0,7 %	<input type="checkbox"/> 0,8 %
Bremen gesamt	<input type="checkbox"/> 0,8 %	<input type="checkbox"/> 0,9 %	<input type="checkbox"/> 1,0 %
Bund gesamt	<input type="checkbox"/> 0,7 %	<input type="checkbox"/> 0,8 %	<input type="checkbox"/> 0,7 %
Bremen-Mitte	Keine Teilnahme	<input checked="" type="checkbox"/> 1,3 %	<input type="checkbox"/> 1,6 %

Anteil an Kaiserschnitten

Gute Behandlungsqualität liegt vor, wenn verhältnismäßig wenig Kaiserschnitte in einer Geburtsklinik durchgeführt werden. Die vaginale („normale“) Geburt ist für den größten Teil der werdenden Mütter die sicherste Form der Entbindung. Bei bestimmten Komplikationen während der Geburt, wenn es um die Rettung des Lebens von Mutter bzw. Kind oder die Vermeidung von schweren Krankheiten geht, kann ein Kaiserschnitt jedoch medizinisch absolut notwendig sein.

Das Schaubild zeigt die Rate an Kaiserschnitten bei Säuglingen ab der 24. Schwangerschaftswoche (*Tabelle 12*). In Bremen und Bremerhaven weicht der Anteil an Kaiserschnitten nicht stark vom Bundesdurchschnitt ab. Allen Kliniken in Bremen und Bremerhaven wird bei diesem Kriterium eine tadellose geburtshilfliche Qualität bescheinigt, auch jenen, deren Ergebnis nicht so niedrig ist wie erwartet.

Tabelle 12: Kaiserschnitt-Rate bei Säuglingen ab der 24. Schwangerschaftswoche im Zeitraum 2021 bis 2023

	2021	2022	2023
St. Joseph-Stift	■ 24,97 %	■ 27,52 %	■ 30,43 %
DIAKO	■ 30,82 %	■ 27,30 %	■ 32,28 %
Klinikum Bremerhaven	■ 31,34 %	■ 29,09 %	■ 30,61 %
Bremen-Nord	■ 31,97 %	■ 32,44 %	■ 34,83 %
Links der Weser	■ 33,44 %	Keine Teilnahme	Keine Teilnahme
Bremen gesamt	□ 30,70 %	□ 30,99 %	□ 32,74 %
Bund gesamt	□ 31,74 %	□ 32,36 %	□ 33,04 %
Bremen-Mitte	Keine Teilnahme	■ 34,67 %	■ 34,74 %

Die angegebenen Kaiserschnitt-Raten in der Beantwortung der Frage 16 und der Frage 35 beruhen auf unterschiedlichen Datenquellen. Hierbei kommt es deshalb zu leichten Abweichungen den angegebenen Kaiserschnitt-Raten. Nichtsdestotrotz sind die unterschiedlichen Datenquellen konsistent.


Schutz vor Infektionen bei Kaiserschnittentbindung

Gute Behandlungsqualität liegt vor, wenn möglichst viele werdende Mütter vor oder während eines Kaiserschnitts mit Antibiotika versorgt werden, um Infektionen zu verhindern. Ein Kaiserschnitt ist eine Operation, die für Mütter das Risiko von Infektionen mit sich bringt. Am häufigsten treten Infektionen der Gebärmutterschleimhaut, Wund- oder Harnwegsinfektionen auf. Untersuchungen haben gezeigt, dass bei ungeplanten Kaiserschnitten oder Notfallkaiserschnitten fast jede dritte Mutter eine Gebärmutterschleimhautentzündung erleidet, die Schmerzen, Blutungen und Fieber verursacht. Das Risiko von Infektionen lässt sich deutlich senken, wenn vor oder während der Kaiserschnittentbindung Antibiotika verabreicht werden. Von dieser Maßnahme sollte in der Regel jede Patientin profitieren.

Die Antibiotika-Gabe bei einem Kaiserschnitt wird in Bremer und Bremerhavener Geburtskliniken äußerst zuverlässig gehandhabt – so gut wie alle Frauen erhalten diesen

prophylaktischen Schutz. Alle Kliniken in Bremen und Bremerhaven halten den Zielbereich ein und weisen damit eine gute geburtshilfliche Behandlungsqualität auf (*Tabelle 13*).

Tabelle 13: Rate der Antibiotika-Gabe bei Kaiserschnitt-Geburten im Zeitraum von 2021 bis 2023

	2021	2022	2023
Links der Weser	 100,0	Keine Teilnahme	Keine Teilnahme
Klinikum Bremerhaven	 100,0	 100,0	 100,0
St. Joseph-Stift	 99,6	 100,0	 98,7
Bremen-Nord	 98,8	 97,3	 97,5
DIAKO	 94,1	 99,5	 99,6
Bremen gesamt	 99,1	 99,2	 98,8
Bund gesamt	 98,9	 99,0	 99,0
Bremen-Mitte	Keine Teilnahme	 99,7	 98,9

Notfall-Kaiserschnitt

Gute Behandlungsqualität liegt vor, wenn bei einem Notfall-Kaiserschnitt nicht mehr als 20 Minuten zwischen der Entscheidung zur Entbindung und der Geburt vergehen. Unter bestimmten Umständen können Mutter und Kind unter der Geburt in eine Notlage geraten. Diese sollte so schnell wie möglich mit einem Notfall-Kaiserschnitt beseitigt werden, um beim Kind bleibende Schäden zu vermeiden. Je weniger Zeit vom Entschluss zum Kaiserschnitt bis zur Geburt, also der Durchführung des Kaiserschnitts, vergeht, desto besser für Mutter und Kind. Dieser Zeitraum wird E-E-Zeit (Entscheidungs-Entbindungs-Zeit) genannt. Studien haben ergeben, dass bei raschem Kaiserschnitt die Entwicklungschancen des Kindes besser sind und die Gefährdung der Mutter trotz kurzer Operationsvorbereitung nicht zunimmt. Die Zeit von 20 Minuten zwischen der Entscheidung zum Notfallkaiserschnitt und der Operation sollte in keinem Fall überschritten werden. Das ist die Zielvorgabe. Daher muss immer, wenn dieser Zeitraum überschritten wird, geprüft werden, ob dies als schicksalhaft anzusehen ist oder ob Qualitätsmängel vorliegen.

Auf einen Notfall-Kaiserschnitt sind Bremer und Bremerhavener Geburtskliniken sehr gut vorbereitet. Bei keinem einzigen Notfall-Kaiserschnitt verstrichen mehr als die maximal empfohlenen 20 Minuten zwischen der Entscheidung und der Operation. Das strenge Qualitätsziel wurde von jeder Geburtsklinik in Bremen und Bremerhaven eingehalten, d.h. die medizinische Qualität ist bei diesem Kriterium überall exzellent (*Tabelle 14*).

Tabelle 14: Prozentangabe von Notfall-Kaiserschnitten, bei denen mehr als 20 Minuten zwischen Entscheidung und Operation vergangen sind im Zeitraum von 2021 bis 2023

	2021	2022	2023
Bremen-Nord	0 %	0 %	0 %
St. Joseph-Stift	0 %	0 %	0 %
Klinikum Bremerhaven	0 %	0 %	0 %
Links der Weser	0 %	Keine Teilnahme	Keine Teilnahme
DIAKO	0 %	0 %	0 %
Bremen gesamt	0 %	0 %	0 %
Bund gesamt	0,2 %	0,2 %	0,3 %
Bremen-Mitte	Keine Teilnahme	0 %	0 %
	2021	2022	2023

Kinderarzt bei Frühgeburt anwesend

Gute Behandlungsqualität liegt vor, wenn möglichst häufig ein spezialisierter Arzt bei der Frühgeburt anwesend ist. Frühgeborene Kinder, die zwischen der 24. und 35. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen, benötigen eine besondere ärztliche Versorgung. Deshalb sollte ein spezialisierter Arzt – ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin – während der Geburt anwesend sein und das Kind unmittelbar danach kinderärztlich versorgen. Der Anteil der Frühgeburten, die von spezialisierten Kinderärzten begleitet werden, sollte möglichst hoch sein und im eingefärbten Zielbereich des Schaubilds liegen. Dieser Bereich steht für gute Behandlungsqualität.

In Bremer und Bremerhavener Geburtskliniken waren bei den allermeisten Frühgeburten spezialisierte Kinderärzte anwesend. Der Landesdurchschnitt schwankt um 97 Prozent; dieses Ergebnis liegt im Zielbereich für gute Behandlungsqualität zwischen 90,0 und 100 Prozent). Allen Kliniken wird hier eine gute geburtshilfliche Behandlungsqualität bescheinigt (Tabelle 15).

Tabelle 45: Rate der Anwesenheit von Pädiater:innen bei einer Frühgeburt im Zeitraum von 2021 bis 2023

	2021	2022	2023
Bremen-Nord	<input checked="" type="checkbox"/> 100 %	<input checked="" type="checkbox"/> 96,7 %	<input checked="" type="checkbox"/> 96,9 %
DIAKO	<input checked="" type="checkbox"/> 100 %	<input checked="" type="checkbox"/> 66,7 %	<input checked="" type="checkbox"/> 100 %
Links der Weser	<input checked="" type="checkbox"/> 98,5 %	Keine Teilnahme	Keine Teilnahme
St. Joseph-Stift	<input checked="" type="checkbox"/> 94,7 %	<input checked="" type="checkbox"/> 100 %	<input checked="" type="checkbox"/> 100 %
Klinikum Bremerhaven	<input checked="" type="checkbox"/> 92,2 %	<input checked="" type="checkbox"/> 96,4 %	<input checked="" type="checkbox"/> 96,8 %
Bremen gesamt	<input type="checkbox"/> 97,1 %	<input type="checkbox"/> 97,7 %	<input type="checkbox"/> 97,5 %
Bund gesamt	<input type="checkbox"/> 97,2 %	<input type="checkbox"/> 96,9 %	<input type="checkbox"/> 97,0 %
Bremen-Mitte	Keine Teilnahme	<input checked="" type="checkbox"/> 98,5 %	<input checked="" type="checkbox"/> 97,8 %

Sterblichkeit der Mutter

Gute Behandlungsqualität liegt vor, wenn möglichst keine Mutter bei der Geburt verstirbt. Todesfälle sind sehr selten, lassen sich jedoch trotz bester technischer und personeller Ausstattung einer Klinik nicht vollständig verhindern. Als Mütter-Sterbefall gilt der Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach der Geburt, wenn die Todesursache in enger Beziehung zur Schwangerschaft steht. Zu Todesfällen von Müttern bei der Geburt sollte es in keinem Fall kommen. Das ist die strenge Zielvorgabe. Daher muss grundsätzlich jeder Todesfall geprüft werden, ob er als schicksalhaft anzusehen ist oder ob Qualitätsmängel vorliegen.

Im Jahr 2019 sind in Bremer und Bremerhavener Krankenhäusern 0,01 Prozent der Mütter im Zusammenhang mit der Geburt verstorben; bundesweit waren es 0,003 Prozent. Generell wird jeder Todesfall von den zuständigen Fachgremien überprüft; fast immer steht ein solches tragisches Ereignis im Zusammenhang mit schweren Erkrankungen bzw. akuter Lebensgefahr bereits bei der Aufnahme ins Krankenhaus. Im Jahr 2022 und 2023 ist in Bremer und Bremerhavener Krankenhäusern keine einzige Mutter im Zusammenhang mit der Geburt verstorben (Tabelle 16).

Tabelle 16: Sterblichkeitsrate von Müttern nach der Geburt in den Jahren 2019, 2020 und 2023

	2019	2020	2023
St. Joseph-Stift	<input type="checkbox"/> 0 %	<input type="checkbox"/> 0 %	<input checked="" type="checkbox"/> 0 %
Bremen-Nord	<input type="checkbox"/> 0 %	<input type="checkbox"/> 0 %	<input checked="" type="checkbox"/> 0 %
Klinikum Bremerhaven	<input type="checkbox"/> 0 %	<input type="checkbox"/> 0 %	<input checked="" type="checkbox"/> 0 %
DIAKO	<input type="checkbox"/> 0 %	<input type="checkbox"/> 0 %	<input checked="" type="checkbox"/> 0 %
Links der Weser	<input type="checkbox"/> 0,040 %	<input type="checkbox"/> 0 %	Keine Teilnahme
Bremen gesamt	<input type="checkbox"/> 0,010 %	<input type="checkbox"/> 0 %	<input type="checkbox"/> 0 %
Bund gesamt	<input type="checkbox"/> 0,003 %	<input type="checkbox"/> 0,003 %	<input type="checkbox"/> 0,003 %
Bremen-Mitte	Keine Teilnahme	Keine Teilnahme	<input checked="" type="checkbox"/> 0 %

Die Zeitreihen der einzelnen Qualitätsindikatoren legen dar, dass mit dem vorhandenen Netz an Geburtskliniken im Land Bremen überall die sichere Versorgung von Müttern und Neugeborenen aus Bremen und Bremerhaven flächendeckend und auf hohem Niveau gewährleistet ist.

36. Inwiefern existieren interprofessionelle Netzwerke oder Arbeitsgemeinschaften zwischen Hebammen, Gynäkologen, Kinderärzten und Sozialdiensten?

Im Land Bremen gibt es verschiedene interprofessionelle Netzwerkstrukturen zu unterschiedlichen Schwerpunktthemen rund um Schwangerschaft, Geburtshilfe und Frühe Kindheit. In allen der folgenden Netzwerke sind jeweils Vertreter:innen der o.g. Akteur:innen eingebunden:

- **Bündnis natürliche Geburt**“. Mehrmals jährlich. Setzt sich für die Verbesserung der Geburtshilfe im Land Bremen ein (s. Antwort zu Frage 16). Organisation durch SGFV und dem HLVHB.
- **Forum Frauengesundheit** – Mehrmals jährlich, setzt sich für die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Frauen. Organisation durch die ZGF
 - **Relevante Unter-Arbeitsgruppen des Forum Frauengesundheit:**
 - AK Geburtshilfe / Bremer Bündnis zur Förderung der natürlichen Geburt
 - AK Gesundheitsversorgung geflüchteter Frauen und Mädchen
 - AK Reproduktive Gesundheit
 - AK Bremer Stillnetzwerk (aktuell pausiert)

- **Qualitätszirkels „Seelische Gesundheit Rund um die Geburt“** – Mehrmals jährlich, setzt sich für die Verbesserung der seelischen Gesundheit rund um die Geburt ein. Organisation wechselnd zwischen den beteiligten Akteur:innen
- **Kommunale Netzwerkkoordination der Frühen Hilfen** sind durch das GAB und das AfSD besetzt und organisieren folgende Netzwerke für alle Fachkräfte, die mit Schwangeren und Müttern/Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren arbeiten
 - **Kommunales Netzwerk Frühe Hilfen** wird zweimal jährlich veranstaltet und informiert und vernetzt die o.g, Akteur:innen auf Leitungsebene zu wechselnden, aktuellen Themen
 - **AK 0-3**, findet 4x jährlich statt. Bietet Fach- und Fallbezogenen Austausch auf Kommunalen Ebene und informiert und vernetzt die o.g, Akteur:innen auf Fachebene zu wechselnden, aktuellen Themen
 - **Dezentrale Netzwerke und dezentrale Fachtage der Frühen Hilfen** werden mehrmals jährlich in den Stadtteilen angeboten informiert und vernetzt die o.g, Akteur:innen auf Fachebene zu wechselnden, aktuellen Themen

Beschlussempfehlung:

Die Bürgerschaft (Landtag) nimmt die Antworten des Senats auf die Große Anfrage der Fraktion der FDP „Geburtshilfe und Hebammenversorgung: Wie ist die Entwicklung im Land Bremen?“ zur Kenntnis.

Anlage(n):

- keine