

## **Antrag**

**der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Ekin Deligöz, Anja Hajduk, Britta Haßelmann, Sven-Christian Kindler, Sven Lehmann, Claudia Müller, Beate Müller-Gemmeke, Lisa Paus, Corinna Rüffer, Stefan Schmidt und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Für einen Kulturwandel in der Geburtshilfe – Frauen und Kinder in den Mittelpunkt**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Wie wir auf die Welt kommen, beeinflusst unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden ein Leben lang, die der Mütter, der Kinder und anderer Familienmitglieder. Die Geburt eines Kindes ist für die Gebärende, für die Eltern eine prägende Erfahrung (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Rundum - Schwangerschaft und Geburt). Die Unterstützung von Schwangeren, Gebärenden, Kindern und Eltern in dieser Lebensphase ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Alle Familien – egal, ob Mutter und Vater, Mutter und Co-Mutter, Regenbogenfamilien oder Alleinerziehende – brauchen eine gute und persönliche Begleitung durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, die ihnen einen geschützten Rahmen bietet und die Bedürfnisse und Selbstbestimmung der Schwangeren bzw. der Gebärenden in den Mittelpunkt stellt. Allen Schwangeren und Gebärenden steht eine hochwertige, qualitätsgesicherte und möglichst wohnortnahe Beratung und medizinische Versorgung zu, bei der die beteiligten Berufsgruppen gut zusammenarbeiten. Freiberufliche Hebammen sowie ein ausreichendes Angebot an klinischer Geburtshilfe sind Teile eines verlässlichen Betreuungsbogens („continuity of care“). Dieser Betreuungsbogen muss auf dem Land und in der Stadt gewährleistet sein, damit es der Schwangeren möglich ist zu wählen, in welchem Umfeld und wie sie gebären will. Medizinische Interventionen während der Geburt müssen angemessen und sicher sein. Sie dürfen nicht von Zeitdruck geleitet sein. Auch nach der Geburt müssen gute Rahmenbedingungen Eltern ermöglichen, in Ruhe und mit geeigneter Nachsorge und Unterstützung eine Familie zu werden.

Alle Beteiligten in der Geburtshilfe geben ihr Bestes. In den vergangenen Jahrzehnten hat es auch gute Entwicklungen in der Geburtshilfe gegeben. Es ist heute z.B. selbstverständlich, dass der Partner oder die Partnerin die Gebärende vor, während und nach der Geburt unterstützt. Die Reaktion von Verbänden und Öffentlichkeit auf das Begleitungsverbot bei der Geburt in manchen Kliniken im

Zuge der Coronavirus-Pandemie (<https://www.faz.net/agenturmeldungen/dpa/hebammenverband-kritisiert-kreisssaalverbote-fuer-vaeter-16741323.html>, vgl. auch <https://www.dggg.de/news/covid-19-kreisssaalempfehlungen-der-dggg-faq-fuer-schwangere-und-weitere-informationen-1192/>) verdeutlicht, wie wichtig die Begleitperson für die Gebärende gerade dann ist, wenn der ohnehin schon niedrige Hebammen-Betreuungsschlüssel weiter gestreckt wird. Rooming-in und vielerorts auch Familienzimmer sind von der Ausnahme zur Regel geworden. Doch Schwangere, Hebammen, Ärztinnen und Ärzte berichten von gravierenden Problemen in der Geburtshilfe (vgl. <http://www.taz.de/!5620790/>). Bei Schichten mit einer überdurchschnittlichen Zahl Gebärender (durchschnittlich 28 Prozent aller Schichten) muss ein Drittel der in einer Studie von 2019 befragten Hebammen vier oder mehr Gebärende gleichzeitig betreuen und 85 Prozent der Hebammen vier oder mehr Frauen im Kreißaal (IGES Institut „Stationäre Hebammenversorgung, September 2019). Wegen der hohen Arbeitsbelastung denken viele Hebammen über eine Berufsaufgabe nach (vgl. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Viele-Hebammen-denken-ueber-Berufsaufgabe-nach-405614.html>). Selbst in einer üblichen Schicht geben ein Viertel der Hebammen (in Level 1-Perinatalzentren sogar ein Drittel) an, vier und mehr Frauen im Kreißaal gleichzeitig zu betreuen. Unter befragten Kliniken hatten mehr als die Hälfte Hebammenvakanzen im Umfang von 18 Prozent (rund einer von fünf Planstellen). Die Hälfte dieser Kliniken berichtet von Schwierigkeiten, diese Planstellen zu besetzen (IGES Institut „Stationäre Hebammenversorgung“, September 2019). Gemäß einer Befragung von 2018 hatten mehr als 41 Prozent der Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung Schwierigkeiten, offene Stellen für angestellte Hebammen zu besetzen – eine Verdoppelung im Vergleich zu 2014. Die Befragten sahen die größte Bedrohung für den Erhalt dieser Abteilungen neben wirtschaftlichen Gründen im Fachkräftemangel, welcher im Gegensatz zu 2014 deutlich stärker betont wurde (Deutsche Krankenhausinstitut, Krankenhausbarometer 2018; vgl. [https://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadt\\_artikel,-bremer-kreisssaale-am-limit-\\_arid,1870802.html](https://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadt_artikel,-bremer-kreisssaale-am-limit-_arid,1870802.html)). Eine Kaiserschnittrate von 30 Prozent, deutlich über dem EU-Durchschnitt von 25 Prozent (Betrán AP et al (2016) The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS ONE 11 (2))) und den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation, und die starke Variation dieser Rate zwischen Krankenhausstandorten (11 Prozent bis 63 Prozent) (Deutsche Krankenhausinstitut, Krankenhausbarometer 2018) legen nahe, dass viele Kaiserschnittgeburten ohne medizinischen Grund und daher zum Nachteil von Gebärenden und Kindern erfolgen. Dass Hebammen während der Coronavirus-Pandemie nicht in allen Bundesländern umgehend als systemrelevante Berufsgruppe eingestuft wurden und zuständige Behörden freiberufliche Hebammen bei der Planung zur Versorgung mit Schutzkleidung nicht berücksichtigten und diese notwendige Besuche bei Schwangeren und Wöchnerinnen daher nicht mehr oder nur ohne Schutz vornehmen konnten (<https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2020/04/20/artikel/hebammen-in-der-corona-krise-wichtiger-denn-je/>), steht sinnbildlich für einen kleinteiligen, nicht integrierten gesundheitspolitischen und administrativen Ansatz, den es zu überwinden gilt.

Die Empfehlungen zweier von der Bundesregierung in Auftrag gegebener Gutachten heben hervor: Die grundlegenden Bausteine einer guten Geburtshilfe sind in Deutschland nicht selbstverständlich für alle gegeben (vgl. <https://www.spiegel.de/gesundheit/schwangerschaft/geburt-so-steht-es-um-die-versorgung-von-schwangeren-in-deutschland-a-1254193.html>). Die Gutachten unterstreichen die Notwendigkeit von umfassenden strukturellen Maßnahmen zur Behebung von ei-

ner „defizitären“ stationären Hebammenversorgung und von systemisch begründeten Schadensursachen bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten (BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit „Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten“, April 2018; IGES Institut „Stationäre Hebammenversorgung“, September 2019). Auch nach der Geburt ist die Versorgung von Mutter und Kind vielenorts unzureichend. In Sachsen beispielsweise berichteten rund 85 Prozent der im Zuge einer Studie in 2017 befragten Hebammen, dass sie mehr oder deutlich mehr Anfragen für eine Wochenbettbetreuung hatten, als sie annehmen konnten (Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen für das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, 2019).

2017 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“, ein Gesundheitsziel, das sich an einem salutogenetischen statt an einen vorrangig risiko-zentrierten Ansatz orientiert, d.h. fokussiert auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als vitaler Lebensphase für Frauen und werdenden Eltern sowie Kinder (Dialogforum Gesundheit rund um die Geburt, Dokumentation der Veranstaltung vom 28. November 2019). Im Anschluss veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit ein Eckpunktepapier mit „Sofortmaßnahmen“ zur Stärkung der Geburtshilfe (Bundesministerium für Gesundheit, Eckpunktepapier Sofortmaßnahmen zur Stärkung der Geburtshilfe, Stand: 2. Januar 2019). Von der aufgrund einer EU-Vorgabe nicht verschiebbaren, aber dennoch maximal verzögerten Akademisierung der Hebammenausbildung (vgl. BT-Drs. 19/12557 und BT-Drs. 19/13592) abgesehen, haben sich aus diesem Papier bis jetzt keine Verbesserungen in der ambulanten und stationären Geburtshilfe ergeben. Der Hebammenverband fordert aufgrund der Defizite ein „Geburtshilfestärkungsgesetz“ (Deutscher Hebammenverband: Eckpunkte für ein Geburtshilfe-Stärkungsgesetz im klinischen Bereich. Februar 2019, aktualisierte Fassung 2020). Es gibt weiterhin dringenden Handlungsbedarf auf der Grundlage einer gezielten Zusammenarbeit von Akteuren und Akteurinnen auf lokaler, Landes- und Bundesebene (Dialogforum Gesundheit rund um die Geburt, Dokumentation der Veranstaltung vom 28. November 2019). In einigen Bundesländern wurden bereits Verbesserungen angestoßen (u. a. in Baden-Württemberg mit dem Runden Tisch Geburtshilfe und dessen Beschlüssen vom 10. Mai 2019 und in Bremer mit dem Bündnis Natürliche Geburt sowie in Berlin mit dem Aktionsprogramm für eine gute und sichere Geburt). Nicht alle Maßnahmen, die nötig sind, um die bekannten Missstände in der Geburtshilfe zu beheben, liegen im Handlungsspielraum des Bundes, beispielhaft die Entlastung der in der stationären Geburtshilfe tätigen Hebammen von fachfremden Tätigkeiten wie Reinigung oder Hol- und Bringdiensten. Umso mehr steht die Bundesregierung in der Verantwortung, das ihr zur Verfügung stehende Instrumentarium dafür anzuwenden, durch strukturell vorteilhafte Rahmenbedingungen einen Kulturwandel in der Geburtshilfe herbeizuführen und zu unterstützen (vgl. Entschließung des Bundesrates – Geburtshilfe vor Ort stärken, Drucksache 544/19, 29. November 2019; Beschluss der 28. GFMK zu Rahmenbedingungen für eine gute Versorgung in der Geburts- und Hebammenhilfe gewährleisten, 2018). Hierzu ist gesetzgeberisches Handeln in drei Bereichen gefordert: Qualität der Geburtshilfe und Wahlfreiheit des Geburtsortes, verbesserte Arbeitsbedingungen in der Geburtshilfe und Gesundheitsförderung. Um eine umfassende Reform der Geburtshilfe auf allen Ebenen zu konzipieren, brauchen wir einen Geburtshilfegipfel bei dem alle relevanten Akteure und Akteurinnen der kommunalen, Landes- und Bundesebene zusammenkommen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der Geburtshilfe und der Stärkung der Wahlfreiheit des Geburtsortes
  - a. den Gemeinsamen Bundesausschuss zu beauftragen, dass ein Personalbemessungsinstrument für die Hebammenversorgung in Kreissälen eingeführt wird, das von einer 1:1-Betreuung der Schwangeren durch eine Hebamme in wesentlichen Phasen der Geburt ausgeht;
  - b. Kliniken zu verpflichten, ihren Hebammen-Betreuungsschlüssel und von ihnen ergriffene Maßnahmen zur Senkung ihrer risikoadjustierten Kaiserschnitttrate zu veröffentlichen;
  - c. die Vergütung von Spontangeburt (physiologischen Geburten) und Kaiserschnitten anzugleichen;
  - d. die flächendeckende Etablierung von hebammengeleiteten Kreißsälen zu unterstützen;
  - e. eine sektorübergreifende Qualitätssicherung in der Geburtshilfe, einschließlich der einheitlichen Dokumentation klinischer und außerklinischer Geburten und Geburtsverläufe, sicherzustellen;
  - f. den Gemeinsamen Bundesausschuss zu beauftragen, eine bundesweit einheitliche, an den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation ausgerichtete Erfassung und Einzelfallanalyse von Müttersterbefällen einzuführen;
  - g. ein nationales Aktionsprogramm zur Verhinderung von Geburtsschäden ins Leben zu rufen, mit einem Register, in dem alle im Zusammenhang mit klinischen und außerklinischen Geburten entstandenen Geburtsschäden und deren Risikofaktoren erfasst und analysiert werden;
  - h. den Gemeinsamen Bundesausschuss zu beauftragen, sicherzustellen, dass in die Mutterschaftsrichtlinien Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden, Schwangere über ihren Anspruch auf Hebammenhilfe nach § 24d SGB V zu unterrichten, und dass auf diesen Anspruch auch im Mutterpass hingewiesen wird;
  - i. den Gemeinsamen Bundesausschuss zu beauftragen, im Rahmen des Innovationsfonds Modellprojekte zu neuen Versorgungsmodellen zur Sicherstellung der Geburtshilfe in Regionen mit niedrigen Geburtenraten zu unterstützen;
  - j. die Möglichkeiten der bezahlten Freistellung des Partners/der Partnerin der Schwangeren gegenüber dem Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin auszuweiten;
  - k. die öffentliche Aufklärung über die Rechte der Gebärenden zur Selbstbestimmung während Schwangerschaft, Geburt

und Wochenbett und die Schaffung spezifischer bzw. die Nutzung bereits existierender Anlaufstellen für Betroffene von Gewalt in der Geburtshilfe sicherzustellen;

2. mit dem Ziel der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Geburtshilfe
  - a. eine an bestimmte Qualitätskriterien wie etwa eine 1:1 Betreuung in wesentlichen Phasen der Geburt gebundene Refinanzierung von Tarifsteigerungen für angestellte Hebammen in Geburtskliniken zu verfügen;
  - b. die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen für die Tätigkeit von Hebammen in unterversorgten Regionen zu veranlassen;
  
3. mit dem Ziel der Gesundheitsförderung
  - a. eine bundesweite Kampagne und kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung über die Vorteile physiologischer Geburten durchzuführen, die sich sowohl an werdende Eltern wie auch an Fachkräfte in der Geburtshilfe richtet;
  - b. in § 20 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ zu verankern und die öffentliche Gesundheitsberichterstattung zur Frauen- und Kindergesundheit in den Phasen von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit zu stärken;
  - b. wissenschaftliche Forschung zu verschiedenen evidenzarmen Themenkomplexen wie beispielsweise salutogenetisch orientierten Qualitätskriterien und Gewaltprävention zu fördern, speziell durch die gezielte Unterstützung und den Ausbau der Hebammenwissenschaft.
  
4. mit dem Ziel der Konzipierung einer umfassenden Reform in der Geburtshilfe
  - a. ein nationales Forum z.B. einen „Geburtshilfegipfel“ zur Zusammenkunft und Zusammenarbeit relevanter Akteure und Akteurinnen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene anzubereichern.

Berlin, den 12. Mai 2020

**Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion**

*Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.*

## Begründung

### Zu 1.: Qualität der Geburtshilfe und Stärkung der Wahlfreiheit des Geburtsortes

a. Es gibt keine verbindliche Vorgabe zu der nötigen Personalvorhaltung für Hebammen in der Geburtshilfe. Laut Hebammenhilfevertrag von 2015 können freiberufliche Hebammen die stationäre Geburtsbegleitung von nicht mehr als zwei Frauen, die sie gleichzeitig betreuen, abrechnen. Dieser Betreuungsschlüssel von 1:2 gilt allerdings nur für Beleg-, nicht für angestellte Hebammen. Die seit 1993 zur Planung empfohlene Personalbindungszeit von 780 Minuten pro Geburt ohne Ausfallzeiten in Einrichtungen mit mehr als 600 Geburten bedarf einer evidenzbasierten Überprüfung und Anpassung, um verschiedenen Kritikpunkten Rechnung zu tragen (IGES Institut „Stationäre Hebammenversorgung, September 2019). Der Bundesrat hat sich für angemessene und transparente Betreuungsschlüssel während der Geburt ausgesprochen (Entschließung: Geburtshilfe vor Ort stärken, Drucksache 544/19). Der Bundesgesundheitsminister hat in der Regierungsbefragung vom 11. März 2020 ebenfalls Personalvorgaben für die Hebammenbetreuung während der stationären Geburt unterstützt.

b. Kliniken sind bereits verpflichtet, Auskunft über ihre Kaiserschnitttrate zu geben – nicht jedoch über ihren Hebammenbetreuungsschlüssel und über von ihnen getroffene Maßnahmen, um eine überdurchschnittlich hohe risikoadjustierte Kaiserschnitttrate zu senken. Eine solche Verpflichtung würde einen Beitrag dazu leisten, dass öffentliche Rechenschaft für einen schwangerenbezogenen Wandel in der Geburtshilfe durch Transparenz ermöglicht wird.

c. In 2015 stellte der Runder Tisch Geburtshilfe in Nordrhein-Westfalen fest: „Die vaginale Geburt – mit welchem (hohen zeitlichen) Aufwand sie auch im Einzelfall erfolgt – wird gegenüber einer Kaiserschnittgeburt geringer vergütet. Dies stellt keinen Anreiz zur Förderung der physiologischen Geburt dar.“ (Abschlussbericht veröffentlicht durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen). Den Hintergrund hierzu erläutert eine Studie der Bertelsmann-Stiftung zu Kaiserschnittgeburten wie folgt: „Das fallpauschalierende Vergütungssystem ermöglicht einen wirtschaftlichen Betrieb, wenn sich die für die Patientenversorgung aufgewendeten Ressourcen im Mittel ausgleichen, d. h., wenn sich ein ausgeglichener Mix aus aufwändigeren und weniger aufwändigen Fällen als im Durchschnitt kalkuliert realisieren lässt. Die Kalkulierbarkeit/Planbarkeit, welche Kosten dem Krankenhaus bei der Entbindung einer Schwangeren entstehen, ist bei Kaiserschnittentbindungen (insbesondere jedoch bei den planbaren Kaiserschnitten) deutlich höher als bei vaginalen Geburten. Ein implizites Votum der für das Betriebsergebnis des Krankenhauses oder der Fachabteilung Verantwortlichen für eine Erhöhung des Anteils von Kaiserschnitten zu Lasten vaginaler Entbindungen würde bei diesen Gegebenheiten insgesamt nicht überraschen.“ (Bertelsmann Stiftung, Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung, 2012). Zum Hintergrund gehört auch, dass 57 Prozent der für das Krankenhausbarometer 2018 befragten Krankenhäuser angaben, ihre geburtshilflichen Abteilungen arbeiteten nicht kostendeckend (Deutsche Krankenhausinstitut, Krankenhausbarometer 2018).

d. Hebammengeleitete Kreißsäle haben nachweislich niedrigere Interventionsraten und eine um bis zu 70 Prozent geringere Kaiserschnitttrate bei gleichzeitig hoher Zufriedenheit der betreuten Frauen, sind jedoch bislang für Gebärende in großen Teilen des Deutschlands nicht wohnortnah zugänglich

(<https://www.hebammenverband.de/familie/hebammen-kreissaele/>). Der Ausbau des Zugangs zu Hebammenkreißsälen stellt einen wichtigen Teil einer an der physiologischen Geburt und der Selbstbestimmung Schwangerer orientierten, wohnortnahen Geburtshilfe dar (vgl. <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/hamburg-warum-sich-hebammen-an-einer-klinik-selbststaendig-machten-a-1256540.html>).

e. Eine einheitliche Dokumentation klinischer und außerklinischer Geburten und Geburtsverläufe ist ein integraler Bestandteil eines Qualitätsmanagements, das durch Vergleichbarkeit die Basis für eine Fehlerkultur in der Geburtshilfe bietet. Zwischen 2012 (IGES Institut „Ergebnisbericht Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe“, 2012) und 2019 hat sich die bundesweite Datenerfassung zur außerklinischen Geburtshilfe nicht verbessert (BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit „Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten“, 2018), und die Forderung nach der Angleichung der Datenerfassung zur Qualität klinischer und außerklinischer Geburten und nach einem Qualitätssicherungsverfahren für die außerklinische Geburtshilfe (Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe,“ 2014) steht weiterhin im Raum.

f. Bei Variationen der Erfassung zwischen den Bundesländern werden im Rahmen der externen Qualitätssicherung deutschlandweit nur stationäre Todesfälle als Müttersterblichkeitsfälle erfasst (K. Baumgarten, Interview mit Prof. Dr. Hermann Welsch: „Man darf sich nicht täuschen lassen“, Deutsche Hebammen Zeitschrift 70 (8), 2018). Fälle nach der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt und späte Fälle werden nicht umfassend erfasst (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, „Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Rechenregeln 2018 nach QSKH-RL 16/1 - Geburtshilfe, 331: Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung“, 2019). In der Konsequenz ist die deutsche Müttersterblichkeitsstatistik unvollständig und kann nicht hinreichend als Basis für Transparenz und Verbesserungsmaßnahmen innerhalb des Gesundheitssystem oder zum Vergleich zwischen Bundesländer oder zwischen Deutschland und anderen Ländern dienen (K. Baumgarten, Interview mit Prof. Dr. Hermann Welsch: „Man darf sich nicht täuschen lassen“, Deutsche Hebammen Zeitschrift 70 (8), 2018).

g. In Deutschland gibt es weder ein Register für Geburtsschäden in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe noch eine umfassende Behandlungsfehlerstatistik. Die quantitative Analyse möglicher Risikofaktoren oder Einflussfaktoren für Geburtsschäden ist nicht möglich, weil diese Faktoren nicht systematisch erfasst werden. Das gilt beispielhaft auch für die Auswirkungen der Weheneinleitung durch Cytotec (vgl. <https://projekte.sueddeutsche.de/artikel/gesundheit/im-wehensturm-e688113/?reduced=true>), welche zurzeit nicht durch Routinedaten oder pauschalisierte Abrechnungsdaten erfasst wird. Neben einem Geburtsschadenregister sind Leitlinien für die Geburtshilfe, Kommunikationsregeln und Personalschlüssel weitere Elemente eines notwendigen Aktionsprogramms, das durch strukturelle Verbesserungen in der Geburtshilfe zur Verhinderung von Geburtsschäden beitragen kann.

h. Unter 2017 in Sachsen befragten Müttern gab ungefähr jede sechste an, dass sie nicht wusste, dass eine Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft durch die Krankenkasse bezahlt wird, und rund 18 Prozent wussten nicht, dass Hebammen vor der Geburt auch Schwangerenbetreuung anbieten (IGES Institut „Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen“, 2019). Die Mutterschaftsrichtlinien heben die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen und Hebammen zur Aufklärung über den Wert der ärztlichen Betreuung – nicht jedoch der Hebammenversorgung – während der Schwangerschaft und nach der Geburt hervor. Um diese Aufklärung zu gewährleisten sind entsprechende Hinweise in die Mutterschaftsrichtlinien und den Mutterpass aufzunehmen.

i. Zwei Drittel der für das Krankenhausbarometer 2018 befragten ländlichen Krankenhäuser gaben an, die einzige geburtshilfliche Abteilung im Radius von 20 km vorzuhalten (Deutsche Krankenhausinstitut, Krankenhausbarometer 2018). Angesichts des Trends der Schließungen von Geburtskliniken in Regionen mit niedrigen Geburtenraten oder in Ballungsgebieten (vgl. <https://www.neues-deutschland.de/artikel/1130472.geschlossene-kreisssaelehebbenverband-schlaegt-alarm.html>) sollten die Erprobung und wissenschaftliche Bewertung komplementärer bzw. alternativer Versorgungsmodelle wie Geburtshäuser, Hebammenzentren, Hebammenpraxen, mobiler Geburtsstationen und Boarding als wichtiger Bestandteil der Versorgungsforschung und -planung gefördert werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

j. Frauen in Deutschland berichten von Erfahrungen von Gewalt in der Geburtshilfe und von unzureichenden Möglichkeiten, diese Erfahrungen zu melden (vgl. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Mother%20Hood%20e.V.pdf>). Gewalt in der Geburtshilfe umfasst die Durchführung fragwürdiger Routinen wie Bewegungseinschränkungen, medizinisch nicht indizierter oder ohne Einverständnis durchgeführter Untersuchungen und Interventionen, den verordneten Verzicht auf Flüssigkeit oder Nahrung, das Alleingelassen-Werden während der Geburt sowie einen geringschätzigen und respektlosen Umgang mit der Gebärenden (Deutscher Hebammenverband „Positionspapier Gewalt in der Geburtshilfe darf nicht sein“, 2018). Im Oktober 2019 stellte der Europarat fest: „Gewalt in Geburtshilfe und Gynäkologie ist eine Form von Gewalt, die seit langem verborgen ist und immer noch zu oft ignoriert wird. In der Privatsphäre der ärztlichen Beratung oder der Geburt sind Frauen Opfer von Praktiken, die gewalttätig sind oder als solche wahrgenommen werden können.“ (<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en>) Die UN-Sonderberichterstatterin zu Gewalt gegen Frauen Dubravka Šimonović befand: „Ähnlich wie bei der #MeToo-Bewegung haben auf Social Media-Plattformen veröffentlichte Informationen bestätigt, dass Frauen, die Opfer von Gewalt in der Geburtshilfe sind, häufig zum Schweigen gebracht werden oder Angst haben, sich zu äußern, weil sie Angst vor Tabus haben, Stigmatisierung erleben oder das Gefühl haben, dass von ihnen erlebte Gewalt einen Einzelfall darstellen könnte. Erfahrungsberichte von Frauen haben gezeigt, dass Misshandlungen und Gewalt während der Geburt weit verbreitet und im Gesundheitssystem verankert sind.“ ([https://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/74/137](https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/74/137))

k. Für die Begleitung zu Vorsorgeterminen oder bei Inanspruchnahme von Boarding im Vorfeld der Geburt haben Partner und Partnerinnen von Schwangeren kein Anrecht auf bezahlte Freistellung von der Arbeit. Wenn die Schwangere auf diese Begleitung angewiesen ist und das entsprechende Angebot aufgrund dieser Nicht-Freistellung nicht in Anspruch nehmen kann, beeinträchtigt dies u. U. ihre Gesundheit und die Chancen auf eine sichere Geburt. Daher ist die Ausweitung des Anspruchs Schwangerer auf Freistellung auf deren Partner oder Partnerin zu unterstützen.

## Zu 2.: Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Geburtshilfe

a. Das im Auftrag der Bundesregierung durch IGES erstellte Gutachten „Stationäre Hebammenversorgung“ ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere\\_Hebammenversorgung\\_IGES-Gutachten.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf)) enthält angelehnt an das so genannte Pflegepersonalstärkungsgesetz auch die Anregung einer Refinanzierung von Tarifsteigerungen für die in der Geburtskliniken angestellten Hebammen, empfiehlt allerdings die Kopplung dieser Maßnahme an bestimmte bedarfsorientierte Voraussetzungen. Dazu gehört die Einhaltung von Betreuungsschlüsseln sowie Mindestgeburtenzahlen in der Einrichtung. Zweck einer solchen Regelung ist vor allem die Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Hebammen und die Entlastung von Hilfstätigkeiten. Nach Ansicht des IGES könnte beides zu einer Steigerung der Hebammenkapazitäten beitragen.

b. Finanzielle Anreize, die die Erbringung bestimmter Leistungen oder die Leistungserbringung in bestimmten Regionen fördern, können von den Vertragspartnern nach § 134a Absatz 1 SGB V (d.h. dem GKV-Spitzenverband und den Hebammenverbänden) ergriffen werden, um eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe sicherzustellen (vgl. Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der FDP, Geburtshilfliche Rahmenbedingungen und Hebammenausbildung, Drucksache 19/11674). Seit April 2018 sind für Kliniken Sicherstellungszuschläge für die Vorhaltung einer Fachabteilung für Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe (sowie einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin) vorgesehen, wenn im Falle ihrer Schließung eine flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe gefährdet wäre. In unterversorgten Regionen sollte zusätzlich eine gesetzliche Basis für Sicherstellungszuschläge für Hebammen hergestellt werden.

## Zu 3.: Gesundheitsförderung

a. Auf Bundesebene gibt es bisher keine adäquate gesetzliche Basis für eine umfassende öffentliche Aufklärung über die grundsätzliche Priorisierung der physiologischen Geburt. Die Öffentlichkeitsarbeit der Bundeszentrale



für gesundheitliche Aufklärung bezieht sich auf den durch das Schwangerschaftskonfliktgesetz abgesteckten Themenbereich; die GKV klärt nur über Ansprüche nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch auf (Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“, 2014).

b. Seit 2017 ist „Gesundheit rund um die Geburt“ eines der dann neun Nationalen Gesundheitsziele. In 2020 stellt dieses Ziel einen der zwei Arbeitsschwerpunkte des Kooperationsverbands zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses dar (vgl. [http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?\\_\\_cms\\_page=nationale\\_gz](http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz)). Dieses Gesundheitsziel sollte neben allen anderen Nationalen Gesundheitszielen in § 20 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch aufgerufen werden, um dem zugrundeliegenden salutogenetischem Grundverständnis von Schwangerschaft und Geburt eine stärkere Wirkmacht im deutschen Gesundheitssystem zu verschaffen. Mit der Aufnahme dieses Gesundheitsziels bestände die Möglichkeit der Finanzierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung über das Präventionsgesetz. Eine eigenständige Berichterstattung zur Umsetzung des Gesundheitsziels durch die Bundesregierung ist sinnvoll als Grundlage der geplanten Erarbeitung eines Evaluationskonzepts für dieses Ziel (ebd.).

c. Als Grundlage für die Ausgestaltung von weiterführenden Maßnahmen zur Stärkung der Geburtshilfe ist eine wissenschaftliche Evidenzbasis zu einer Reihe von Themenkomplexen vonnöten, deren Förderung vorrangig Aufgabe der Bundesregierung ist. Dies betrifft u.a. folgende Themen: Wahlfreiheit zwischen (erreichbaren) Geburtssorten (u.a. zur Reduktion des Angebots an Unterstützung durch freiberufliche Hebammen dort, wo Kliniken geschlossen werden); Vergütungsdiskrepanzen oder anderweitige Fehlanreize, die zu medizinisch nicht notwendigen Geburtseinleitungen, Kaiserschnitten und Episiotomien (sog. Dammschnitte) führen (siehe Begründung zu Punkt 1.c); Vorteile von und Ausschlusskriterien für außerklinische Geburten (vgl. [https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/09/meldung/09\\_hebammen/09\\_hebammen.html](https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/09/meldung/09_hebammen/09_hebammen.html)); Fehlerkultur in der Geburtshilfe (vgl. BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit „Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten“, 2018, wobei eine robuste Fehlerkultur auch in der stationären Geburtshilfe wichtig ist), Gewaltprävention (Mother Hood, Lösungsansätze für eine sichere Geburtshilfe, e.V., 2019) und traumasensible Geburtshilfe (vgl. <https://beauftragter-missbrauch.de/betroffenenrat/aktuelles/detail/stellungnahme-des-betroffenenrats-zum-neuen-rahmenvertrag-zwischen-hebammen-und-gesetzlichen-krankenversicherungen>). Ein Forschungsthema von besonderer Tragweite für die salutogenetische Ausrichtung der Geburtshilfe bezieht sich auf die Entwicklung von Qualitätskriterien, die – über Mortalitäts- und Morbiditätsfaktoren hinaus – situativ und langfristig die Erfahrungen und das Wohlbefinden von Schwangeren, Gebärenden, Müttern, Vätern und Kindern in den Blick nimmt (vgl. WIR – von Anfang an „Schwangerschaft & Geburt als Grundlage der Gesundheit, Positionspapier: sechs Forderungen für eine bessere Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit“, 2019).

#### **Zu 4.: Konzipierung einer umfassenden Reform in der Geburtshilfe**

Angesichts der strukturellen Problemlagen in der Geburtshilfe und des komplexen Zusammenspiels von Entscheidungsträgern und Akteuren bzw. Akteurinnen in der Planung und Umsetzung der Geburtshilfe auf kommunaler, Bundes- und Landesebene steht die Bundesregierung in der Pflicht, im Zuge eines Geburtshilfegipfels oder einer ähnlich Zusammenkunft den Rahmen für die Entwicklung ebenenübergreifender und umfassender Reformen der Geburtshilfe zu schaffen.