

Eltern für #sichereGeburt

Forderungen und Lösungsansätze für eine sichere Geburtshilfe

Die Förderung der Kinder- und Familiengesundheit beginnt mit Schwangerschaft und Geburt. In die Geburtshilfe zu investieren heißt also, in eine gesunde Gesellschaft zu investieren!

Die geburtshilfliche Versorgung steht jedoch vor komplexen Problemen. Zahlreiche Schließungen geburtshilflicher Angebote der vergangenen Jahre lassen die Anfahrtswege für Schwangere immer länger werden. Frauen erleben die Geburt in überfüllten Kreißsälen und müssen sich eine Hebamme oft mit drei oder mehr Gebärenden teilen. Medizinisch nicht notwendige Routineeingriffe, häufig sogar als Gewalt empfunden, gehören zum Klinikalltag.

Der Hebammenmangel führt dazu, dass Familien nur mit Mühe eine Hebamme für die Betreuung während Schwangerschaft und im Wochenbett finden. Je nach Region sind 20 bis 50 Prozent¹ der Frauen und Neugeborenen im häuslichen Wochenbett gar nicht mehr betreut.

Die Bundeselterninitiative Mother Hood e.V. fordert eine bessere geburtshilfliche Versorgung und schlägt folgenden 10-Punkte-Plan zur Verbesserung der Situation vor:

- 1. Bedarfsorientierte Vergütung der Geburtshilfe***
- 2. Bessere Personalschlüssel in den Kreißsälen***
- 3. Wohnortnahe Versorgung und freie Wahl des Geburtsortes gewährleisten***
- 4. Erfassung von Geburtsschäden***
- 5. Absicherung von Geburtsschäden***
- 6. Müttersterblichkeit erfassen***
- 7. Sektorenübergreifende Versorgung verbessern***
- 8. Investition in Forschung für eine evidenzbasierte Geburtshilfe***
- 9. Kinder-, Frauen- und Patient*innenrechte stärken***
- 10. Prävention und Gesundheitskompetenz fördern***

¹ "Nur jede zweite Frau wird nach der Entbindung von einer Hebamme betreut." AOK-Themenreport, Hebammenversorgung und Versorgung von Frühgeborenen (Perinatalzentren) in Nordrhein-Westfalen, 26.06.2018.

1. Bedarfsgerechte Vergütung der Geburtshilfe

Forderung:

Geburten müssen bedarfsgerecht vergütet werden. Das gilt sowohl für die Klinikgesellschaften mit geburtshilflichen Abteilungen und angestelltem Personal, als auch für die freiberuflichen Hebammen und Belegärzte, die in der Geburtshilfe tätig sind.

Begründung:

Geburtshilfe ist nicht planbar. Eine zugewandte und an den individuellen Bedürfnissen der gebärenden Frau und ihrem Kind ausgerichtete Geburtsbegleitung braucht Zeit, die auch vergütet werden muss.

Der Tätigkeitsschwerpunkt der Geburtshilfe ist die Förderung und Begleitung einer physiologischen Geburt. Im derzeitigen Vergütungssystem werden der individuelle Betreuungsaufwand und die hohen Vorhaltekosten nicht beachtet. Die Folge: Unzureichende Betreuung und wirtschaftlicher Druck führen zu unnötigen Interventionen, die wiederum physische und psychische Schäden bei Müttern und Kindern nach sich ziehen können.

Auch für die Kliniken sind die Folgen enorm: Mehr als 60 Prozent können ihre Geburtsstationen nicht kostendeckend führen.² Immer mehr Abteilungen mussten schließen. Diese Entwicklung setzt sich weiter fort.

Lösungsansatz:

Die Pflege wird zukünftig *„besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden“*³, wodurch die Vorhaltekosten abgedeckt werden können.

Analog zur Pflege muss auch die Geburtshilfe als Akut- und Notfallversorgung inklusive der hohen Vorhaltekosten unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. In der Folge kann genügend Personal vorgehalten werden, um bei Bedarf alle Gebärenden und ihre Kinder gut betreuen zu können.

² Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Sachstand, *Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen in ausgewählten Ländern*, 24.02.2017, www.bundestag.de/blob/498952/e6d987867d45ea04396edc12a38aa6d3/wd-9-079-16-pdf-data.pdf.

³ Vgl. in Bezug auf die Pflege: Bundesregierung, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, 12.03.2018, www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=509276459C95150A62FF98AA4D245BF2.s3t1?_blob=publicationFile&v=6.

2. Bessere Personalschlüssel in den Kreißsälen

Forderung:

Eine kontinuierliche 1:1-Betreuung während der gesamten Geburt durch eine dauerhaft anwesende (Bezugs-)Hebamme ist der sicherste Weg der Geburtsbegleitung und muss gewährleistet werden.

Begründung:

Unzureichend betreute Geburten bergen nicht nur ein individuelles Gesundheitsrisiko für Kind und Mutter^{4, 5, 6}, sondern auch hohe Folgekosten für die Solidargemeinschaft.

Die Cochrane-Analyse *“Hebammengeleitete, kontinuierliche Betreuung im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen für Frauen rund um die Geburt”*⁷ belegt bei dem Betreuungsmodell einer kontinuierlichen 1:1-Betreuung deutlich weniger Periduralanästhesien (PDAs), weniger Dammschnitte (Episiotomien), weniger operative Geburten (Saugglocke, Zange) und weniger Frühgeburten. Zudem steigt die Wahrscheinlichkeit einer vaginalen Geburt. Ein Forschungsprojekt der Universität Bonn zum Hebammenkreißaal bestätigt frühere Ergebnisse.⁸

Die Realität sieht anders aus. Laut einem Gutachten des IGES Instituts im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums hatten 63 Prozent der Mütter während der Geburt keine kontinuierliche Begleitung durch eine Hebamme.⁹

Die Folgen sind mehr Interventionen, höhere Risiken, Traumatisierungen und deutlich weniger gesunde Geburten.

Ebenso zieht sich der *„zum Teil sehr ungünstige Betreuungsschlüssel“* auch auf der Wochenbettstation fort. *„Jede vierte Hebamme ist dort für mehr als 10*

⁴ S1-Leitlinie 015/065, *Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung*, Februar 2014, www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-065l_S1_Terminüberschreitung_Übertragung_02-2014-verlaengert_01.pdf.

⁵ FIGO Guideline, *FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation*, 2015, <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2015.06.019>.

⁶ S2k-Leitlinie 015/063, *Peripartale Blutungen, Diagnostik und Therapie*, März 2016, www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-063l_S2k_Peripartale_Blutungen_Diagnostik_Therapie_PPH_2016-04.pdf.

⁷ Cochrane-Review 2016, *Hebammengeleitete, kontinuierliche Betreuung im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen für Frauen rund um die Geburt*, 2016, www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full/de?fbclid=IwAR28uKP1KD5AK8CcuN5X1KFtD0bbmy1dvl4fP5Di6geedcwNiWgsiPQxyHs#CD004667-abs-0008

⁸ Forschungsprojekt *Hebammenkreißaal* der Universität Bonn, 2020.

⁹ IGES Gutachten *Stationäre Hebammenversorgung*, 2019, www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2020/hebammen/index_ger.html.

Mutter-Kind-Paare verantwortlich, weitere 10 Prozent der Hebammen sogar für mehr als 16 Mutter-Kind-Paare“.¹⁰

Der derzeitige Personalschlüssel stammt aus dem Jahr 1986. Er sieht für rund 106 Geburten im Jahr eine Hebammenstelle in Vollzeit vor. Diese Vorgabe für die Kliniken entbehrt einer wissenschaftlichen und vor allem aktuellen Berechnungsgrundlage. *“Abhängig von der jährlichen Geburtenrate sollen so viele Hebammen in der Klinik anwesend bzw. rufbereit sein, dass zu mehr als 95 % der Zeit eine 1 zu 1 Betreuung der Gebärenden gewährleistet ist.“¹¹*

Eine Verbesserung des Personalschlüssels muss daher aufbauend auf die bedarfsgerechte Vergütung als Kernaufgabe jedweder Veränderung in der Geburtshilfe betrachtet werden.

Lösungsansatz:

Generell ist ein Betreuungsschlüssel von 1:1 während der Geburt (eine Hebamme auf eine Gebärende) über den gesamten Geburtszeitraum von Latenz- bis Nachgeburts- und Bondingphase anzustreben mit maximalen Abweichungen bis zu 1:2 (eine Hebamme für max. zwei Gebärende). Dieser Betreuungsschlüssel setzt eine aufwandsgerechte finanzielle Kostendeckung (inkl. Vorhaltekosten) und Vergütung voraus.

Die aktuellen Personalschlüssel, die für Hebammen in Deutschland vorgesehen sind, müssen neu berechnet werden.

Bei einem fallpauschalen unabhängigen Vergütungssystem bieten sich sogenannte Zielkorridore für den Betreuungsschlüssel an, die über einen Übergangszeitraum in allen geburtshilflichen Angeboten eingeführt werden.

Vorschlag für Zielkorridore zur Einführung von Betreuungsschlüssel Hebammen:Gebärende :

1. Stufe - Übergangsphase (in den ersten 5 Jahren):

60 Prozent der Geburten in 1:1-Betreuung,
30 Prozent der Geburten in 1:2-Betreuung,
10 Prozent der Geburten davon abweichend

2. Stufe - Etablierungsphase (ab dem 6. Jahr):

¹⁰ Deutscher Hebammenverband, *Arbeitsituation der angestellten Hebammen in Kliniken. Hebammenbefragung 2015.*

¹¹ S1-Leitlinie 087-001, *Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland*, S. 8, Stand: 05/2015, www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-001l_S1_Perinatalogische_Versorgung_2015-05.pdf.

80 Prozent der Geburten in 1:1-Betreuung,
15 Prozent der Geburten in 1:2-Betreuung,
5 Prozent der Geburten davon abweichend

Als Anreiz für eine erfolgreiche Umsetzung der Zielkorridore könnten über das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) Zusatzentgelte bereitgestellt werden, wie zum Beispiel als zweckgebundene Mittel zur weiteren Qualitätsverbesserung:

Diese könnten der besseren Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungen dienen, Angebote an Patient*innen oder Angehörige zum Ziel haben, wie Geburts-Nachgespräche mit Mediation, Weiterbildungen, psychologische Hilfe für traumatisierte Mütter und Kinder, Stillförderung.

3. Wohnortnahe Versorgung und freie Wahl des Geburtsortes gewährleisten

Forderung:

Jede Frau hat ein Recht auf die Geburtsbegleitung, die ihrem individuellen Bedürfnis entspricht. Das umfasst die Wahl zwischen klinischer und außerklinischer Geburtshilfe genauso, wie die freie Wahl unterschiedlicher Klinikmodelle (kleine Geburtsstation oder Geburtsklinik mit maximaler pränataler Versorgung).

Geburtshilfe ist Akutversorgung, die auch eine Notfallversorgung umfasst. Sie sollte daher als Grundversorgung der Bevölkerung wohnortnah zur Verfügung stehen. Derzeit liegen noch keine *„Erkenntnisse zu fachmedizinischen Vorgaben zur Erreichbarkeit des Geburtsortes“*¹² vor.

Begründung:

In den Jahren 2006-2016 wurden deutschlandweit über 190 geburtshilfliche Einrichtungen geschlossen¹³. Der Trend der Schließung von Geburtsabteilungen hält weiter an.

Eine längere Fahrzeit zum Geburtsort *„ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko und schlechteren Geburtsverlauf bei den Frauen verbunden“*¹⁴. Es besteht die Gefahr,

¹² Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Annalena Baerbock, Katja Dörner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, – Drucksache 19/1619, 27.04.2018
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/019/1901924.pdf>.

¹³ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Annalena Baerbock, Katja Dörner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, – Drucksache 19/1619, 27.04.2018.

¹⁴ A. C. Ravelli et al., *Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands*, International Journal of Obstetrics & Gynaecology, BJOG, 2010.

dass pathologische Verläufe nicht oder zu spät erkannt werden und in Notfällen zu spät reagiert werden kann¹⁵.

Eine wohnortnahe Versorgung entspricht auch den Forderungen der Deutschen Ersatzkassen (VdEK) für eine bessere Erreichbarkeit und Qualität der Klinikstrukturen¹⁶ sowie dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2018¹⁷.

Darüber hinaus ist durch lange Anfahrtswege davon auszugehen, dass es vermehrt zu Frühaufnahmen und negativen Folgen für Mutter und Kind kommt. *“Frauen, die bereits im sehr frühen Stadium der Geburt [sog. Latenzphase] in ein Krankenhaus eingeliefert werden, erleben häufiger Komplikationen und Interventionen, einschließlich eines Kaiserschnitts.”*^{18, 19, 20}

Zudem werden durch Frühaufnahmen die bereits ausgelasteten räumlichen und personellen klinischen Kapazitäten noch weiter strapaziert.

Angebote der außerklinischen Geburtshilfe können die Nachfrage nicht decken.

Lösungsansatz:

Die geburtshilflichen Angebote müssen den örtlichen Bedarfen entsprechen, um deren Zugänglichkeit für die Mütter gewährleisten zu können. Schließungen sollten demnach nur nach Überprüfung der geburtshilflichen Kapazitäten vor Ort und mit einem ausreichenden Übergangszeitraum möglich sein.

¹⁵ Eine Notsituation muss zuerst erkannt werden können. Sie kann ggf. auch im häuslichen Umfeld entstehen/beginnen. Ein Anfahrtsweg während der Geburt von 45 Minuten plus 20-30 Minuten bis zur Notsectio können dann schon zu spät sein.

Die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen empfiehlt daher von einem E-E-E-Zeitraum auszugehen: *„Die E-E-Zeit (Zeit zwischen Entscheidung zur Notsectio und Entwicklung des Kindes), ein Sentinel-Event-Indikator und damit auch bei jedem Ereignis rechnerisch auffällig, eignet sich grundsätzlich zur Einschätzung der geburtshilflichen (Notfall)-Versorgung. In der Fachwelt umstritten ist dieser Parameter seit Jahren, vielmehr wird die Zeit zwischen Erkennen der Pathologie (z. B. pathologisches CTG), Entscheidung zur Notsectio und Entwicklung des Kindes als bedeutender gesehen (E-E-E-Zeit).“*, Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen, Bericht zur externen Qualitätssicherung in der stationären Versorgung, Hessen 2016, S. 32, www.gqhnet.de/geschaeftsstelle/veroeffentlichungen/berichte/Bericht_EJ2015_komplett.pdf.

¹⁶ VdEK, Pressemeldung: *Krankenhausplanung 2.0: vdek und RWI stellen Gutachten zur Reform der Krankenhausstrukturen vor*, 21.10.2014.

www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2014/pk_krankenhausplanung.html.

¹⁷ Bundesregierung, *Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD*, 19. Legislaturperiode, 12.03.2018.

¹⁸ Dr. Rachel Reed, *Early Labour and Mixed Messages*, Midwife Thinking, 2013, midwifethinking.com/2013/11/13/early-labour-and-mixed-messages/.

¹⁹ A. Rota et al, *Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study*, 2017, www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519217302792.

²⁰ J. L. Neal et al., *Applying a physiologic partograph to Consortium on Safe Labor data to identify opportunities for safely decreasing cesarean births among nulliparous women*, 2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29851163>.

Geburtshilfliche Angebote (klinisch und außerklinisch) brauchen finanzielle Mittel und Fördermöglichkeiten.

Eine niederschwellige Wehen-Betreuung in der Latenzphase muss wohnortnah gewährleistet werden, zum Beispiel durch Lokale Gesundheitszentren (LGZ)²¹.

4. Erfassung von Geburtsschäden

Forderung:

Um zuverlässige Aussagen über die Ergebnisqualität in der Geburtshilfe treffen zu können, müssen Geburtsschäden auch im klinischen Setting erfasst und zentral im Rahmen von systematischen Einzelfallanalysen aufgearbeitet werden.

Begründung:

Bisher gibt es keine aussagekräftigen Daten über entstandene Geburtsschäden (Art der Fehler, Risikofaktoren, entstandene Schäden und Schadenssummen).

Die absolute Anzahl aller Geburtsschäden in Deutschland ist auch dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) nicht bekannt. Insbesondere liegen *„keine Informationen zur Anzahl Geburtsschäden [vor], die in Krankenhäusern mit geburtshilflicher Hauptabteilung entstanden sind oder von geburtshilflich tätigen Gynäkologen verursacht wurden.*

Für freiberufliche Hebammen mit Geburtshilfe können wir bestätigen, dass die Anzahl der pro Jahr eintretenden Schäden sich insgesamt auf einem stabilen, niedrigen Niveau bewegt. Wir gehen hier von etwa 20 – 30 Geburtsschäden pro Jahr aus.“²²

Ein Gutachten zu Geburtsschäden hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bisher nur für den Anteil der freiberuflichen Hebammen beauftragt²³.

Lösungsansatz:

Da derzeit über 98 Prozent der Geburten in der Kliniken stattfinden, ist eine zeitnahe Evaluation von Geburtsschäden im klinischen Setting notwendig.

²¹ Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg: *Verbesserung der Situation der Geburtshilfe in Baden-Württemberg. Maßnahmenplan*, 30.01.2019, https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Runder-Tisch-Geburtshilfe/RTG_Massnahmenplan-OptiMedis_April-2019.pdf .

²² E-Mail-Antwort von Nils Hellberg (Abteilungsleiter Haftpflicht-, Kredit-, Transport-, Luftfahrt-, Unfall- und Rechtsschutzversicherung, Assistance, Statistik, Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.) vom 16.01.2018.

²³ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Annalena Baerbock, Katja Dörner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, – Drucksache 19/1619, 27.04.2018 <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/019/1901924.pdf> .

Eine Erhebung und systematische Aufarbeitung im Rahmen von Einzelfallanalysen ist Voraussetzung für eine strukturelle und individuelle Ursachenanalyse von möglicherweise vermeidbaren Schadensfällen und für die Steigerung der Qualität in der Geburtshilfe.

Eine anonymisierte Statistik für Schadensfälle in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe mit strukturierter Einzelfallanalyse ist geeignet, um grundlegende Informationen für die Gestaltung der Geburtshilfe zu erhalten.

5. Absicherung von Geburtsschäden

Forderung:

Geburtsschäden müssen adäquat abgesichert werden.

Begründung:

Geburten und mithin das geburtshilfliche Angebot sichern den Fortbestand jeder Gesellschaft und dürfen daher keinen marktwirtschaftlichen Versicherungsangeboten unterworfen sein.

Die mit Geburten verbundene Verantwortung der Geburtshilfe und die entsprechenden Risiken (Folgeschäden für ein ganzes Leben) sollten nicht allein von einer kleinen Berufsgruppe von (medizinischen) Geburtshelferinnen und Geburtshelfern getragen, sondern solidarisch aufgefangen werden.

Die Problematik der jährlich steigenden Haftpflichtversicherungen stellt immer noch ein Finanzierungsproblem in der gesamten Geburtshilfe (freiberuflich/angestellte Hebammen, (Beleg-)Ärzte²⁴, Kliniken) dar.

Lösungsansatz:

Notwendig ist auf Grundlage der erfassten Geburtsschäden eine Prüfung, wie diese gesamtgesellschaftlich und marktunabhängig abgesichert werden können.

6. Erfassung der Müttersterblichkeit

Forderung:

Zur Beurteilung der Qualität eines Gesundheitswesens gelten im internationalen Kontext die Mütter- und Säuglingssterblichkeitsrate. Die Erfassung der Müttersterbefälle in Deutschland ist unvollständig und entspricht größtenteils nicht den WHO-Vorgaben gemäß ICD 10 (späte Fälle von Müttersterblichkeit bis ein Jahr

²⁴ Ärzteblatt, Krankenhaus: Haftpflichtprämien torpedieren Geburtshilfe, 2017, www.aerzteblatt.de/archiv/194677/Krankenhaus-Haftpflichtpraemien-torpedieren-Geburtshilfe .

nach Ende der Schwangerschaft). *“Da es sich um ein seltenes, einschneidendes Ereignis handelt, soll jeder Einzelfall untersucht werden.”*²⁵

Begründung:

In Deutschland werden mütterliche Sterbefälle vom jeweiligen Statistischen Landesamt über die Todesbescheinigungen der Bundesländer erfasst. Derzeit kommen den WHO-Empfehlung nur drei Bundesländer nach (Bayern, Hessen, NRW). In zwei Bundesländern fehlt die Zusatzfrage bei Frauen gänzlich (Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt).

Die externe Qualitätssicherung erfasst lediglich die mütterlichen Todesfälle im stationären Aufenthalt in der Geburtshilfeabteilung. Dadurch fehlen die Müttersterbefälle während Schwangerschaft (schätzungsweise 20-40 % des Gesamtkollektivs²⁶), im Wochenbett nach der Klinikentlassung und bei der Verlegung der Mutter in eine andere Abteilung bzw. in ein anderes Krankenhaus.

Lösungsansatz:

Entscheidend für eine vollständige Erfassung der Müttersterbefälle sind die Todesbescheinigungen der Bundesländer. Darin muss die Todesursache weiter klassifiziert werden mit einem Zusatz *“bei Frauen”*. Zudem müssen *“Angaben gemacht werden über eine vorliegende Schwangerschaft oder eine Gravidität, die innerhalb eines Jahres vor Eintritt des Todes bestand”*.²⁷

Darüber hinaus ist ein offizieller Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für eine bundesweite Einzelfallanalysen zwingend nötig, die aber aufgrund des Datenschutzes bisher so nicht möglich sind. Müttersterbefälle müssen in einem bundesweites Gremium evaluiert werden.

7. Sektorenübergreifende Versorgung verbessern

Forderung:

Die Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit ihren Kindern umfasst verschiedene (medizinische) Sektoren / Gesundheitsberufe. Ihr Miteinander muss verbessert werden.

²⁵ IQTIG, Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Rechenregeln 2018 nach QSKH-RL 16/1 - Geburtshilfe, 331: Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung, S. 78, https://iqtig.org/downloads/auswertung/auswertung/2018/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2018_QI_DB_V02_2019-04-11.pdf.

²⁶ Prof. Dr. H. Welsch, *Statistik zur Müttersterblichkeit in Deutschland*, In: DHZ 8/2018.

²⁷ H. Welsch, A. Wischnik, R. Lehner, *Müttersterblichkeit*, In: Die Geburtshilfe, Springer Reference Medizin, DOI 10.1007/978-3-662-45064-2_54, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2016.

Begründung:

Der aktuelle Koalitionsvertrag sieht vor, dass *“nachhaltige Schritte”* eingeleitet werden sollen, *“damit sich die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten”*.²⁸

Derzeit gibt es Probleme in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Berufsgruppen, wie zum Beispiel bei

- der wechselseitigen Schwangerenvorsorge
- der Kooperation klinische-außerklinische Geburtshilfe
- der kinderärztlichen Versorgung (klinisch, ambulant)
- der frühzeitigen und zeitnahen psychosozialen Unterstützung

Lösungsansatz:

Zur Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach braucht es dem Bedarf entsprechende Versorgungsangebote und eine gute Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (Hebammen, Gynäkolog*innen und Anästhesist*innen, Kinder- und Jugendmediziner*innen, Frühen Hilfen, Stillberater*innen, uvm.).

Alle beteiligten Berufsgruppen müssen in der Schwangerenvorsorge, Geburtshilfe und Kindermedizin Hand-in-Hand zusammenarbeiten, wie es auch im *“Nationalen Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt”* definiert ist.

8. Investition in Forschung für eine evidenzbasierte Geburtshilfe

Forderung:

Die Kaiserschnitttrate muss gesenkt werden und interventionsarme Geburten gefördert werden.

Gängige Routine-Interventionen und -abläufe müssen überprüft und hinterfragt werden. Eine evidenzbasierte Geburtshilfe ist anzustreben im Sinne der Sicherheit für Mutter und Kind. Grundlage ist eine gute Förderung, Finanzierung und Umsetzung in der Praxis.

Begründung:

In Deutschland hat sich die Kaiserschnitttrate in den letzten 15 Jahren auf rund 32 Prozent verdoppelt. Laut einer aktuellen Bewertung der WHO verbessert eine

²⁸ Bundesregierung, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, 12.03.2018.

Sectorate von über 10 bis 15 Prozent nicht die Sicherheit und Gesundheit (Mortalitäts- und Morbiditätsraten) für Kind und Mutter.²⁹

Der Nutzen vieler derzeitiger Routine-Interventionen ist nicht ausreichend belegt (z.B. kontinuierliche CTG-Überwachung in der Austreibungsphase, Kristeller-Manöver, Anleitung zum Pressen, Episiotomien, etc.) und diese sollten nur nach sorgfältiger Risikoabwägung im Einvernehmen mit der Gebärenden angewendet werden³⁰.

Bei über 93 Prozent der Geburten von Low-Risk-Schwangeren in der Klinik finden Interventionen statt³¹.

Laut SGB V § 135a sind die *„Leistungserbringer [...] zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“*

Lösungsansatz:

Eine evidenzbasierte Geburtshilfe braucht qualitative wissenschaftliche Studien, die auch auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind.

Forschungsbedarf besteht insbesondere in folgenden Themenfeldern:

- Erreichbarkeit des Geburtsortes
- bedarfsgerechter Personalschlüssel unter der Geburt³²
- DRG-Datenauswertung der geburtshilflichen Interventionen 2005-2018 zur Ermittlung der Mehr- und Folgekosten für das Gesundheitssystem
- Betroffenheitsraten von Gewalt während der Geburt^{33, 34}

²⁹ WHO-Mitteilung, *Dramatische Zunahme von Kaiserschnitten*, 1.6.2015, www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2015/06/dramatic-increase-in-caesarean-sections .

³⁰ Dr. R. Reed, *Midwifery practice during birth: Rites of passage and rites of protection*. Dissertationsschrift, University of the Sunshine Coast, Australien, 2013, <http://research.usc.edu.au/vital/access/manager/Repository/usc:10789>.

³¹ Clarissa Schwarz, *Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung– am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen*, Dissertationsschrift, TU-Berlin, S. 8, 2008, https://depositonce.tu-berlin.de/bitstream/11303/2289/3/Dokument_46.pdf .

³² Petra Gorschlüter, Manfred Haubrock, *Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißaal*, Abschlussberichte Part I, Forschungsschwerpunkt Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung – IsQua mit Graduiertenförderung an der Hochschule Osnabrück, 2016, www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Forschung/Recherche/Publikationen/Abschlussberichte_IsQua.pdf?fbclid=IwAR1iFdQhFFLARPGLGFxJFliMHYSweXiri6MTeXJB2Psp2pZuWQvOa617OBw.

³³ Parliamentary Assembly, *Resolution 2306 (2019) Obstetrical and gynaecological violence*, 3.10.2019, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en>

³⁴ OHCHR, *Statement on human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services, with a focus on childbirth and obstetric violence*, 74th session of the General Assembly, Third Committee, Item 70 (b and c), Human Rights, 4.10.2019 www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25106&LangID=E&fbclid=IwAR0-UwrQigB12Jw9aRhy5dDqAZvx5zQxrJvLZOvP8iTqdaaLZTe8t14VMg .

- mediale Darstellung von Geburt und Implementierung von Bildern und Erwartungshaltungen an Geburt / Selbstbild und Körperbild von Frauen vor der Geburt ("Mind-set und Geburt")
- Finanzielle Förderung:
 - von evidenzbasierten Leitlinien
 - Expertinnenstandard (Nachgeburtsperiode & Bonding)
- Erfassung der Kennzahl "interventionsarme/lose Geburt"

9. Kinder-, Frauen- und Patient*innenrechte stärken

Forderung:

Die "Verpflichtungen aus der Istanbul-Konvention umzusetzen" müssen beim "Gewaltschutz an Frauen"³⁵ auch in der Geburtshilfe³⁶ umgesetzt werden.

Die Stärkung der Kinder-, Frauen- und Patient*innenrechte umfasst genauso die Zeit von Schwangerschaft und Geburt, in der Frauen und Kindern das Recht auf körperliche Unversehrtheit nach Artikel 1 des Grundgesetzes gewährt werden muss. Kinderrechte rund um die Geburt sind bereits im Jahr 1998 in der EACH-Charta sowie 1989 in der UN-Kinderrechtskonvention³⁷ verankert worden. Demnach müssen zum Beispiel unnötige Interventionen und Trennungen vermieden werden.³⁸

Begründung:

Die WHO empfiehlt Maßnahmen zur „Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen“³⁹. Diese sind durch die Istanbul-Konvention⁴⁰ unumgänglich umzusetzen, um Frauen mit ihren Kindern vor individueller, struktureller und systemischer Gewalt zu schützen und die Wahrung ihrer Menschenrechte zu fördern. Viele Frauen berichten

³⁵ Bundesregierung, *Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD*, 19. Legislaturperiode, 12.03.2018.

³⁶ Parliamentary Assembly, *Resolution 2306 (2019) Obstetrical and gynaecological violence*, 2019.

³⁷ Convention on the Rights of the Child (CRC), 1989, www.kinderrechtskonvention.info.

³⁸ European Association for Children in Hospital, EACH-Charta, 1998, <https://www.akik.de/was-wir-tun/each/each-charta/>.

³⁹ Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2014, *Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/2/WHO_RHR_14.23_ger.pdf?ua=1,

⁴⁰ Europarat, Konvention 210, *Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht*, 2011, <https://rm.coe.int/1680462535>.

von Gewalterfahrungen während der Schwangerschaft, der Geburt und/oder im Wochenbett.^{41, 42}

Die Gründe sind u.a. strukturelle Probleme (bspw. Personalmangel, implementierte Klinikstrukturen). Frauen und ihre Kinder werden in ihren Persönlichkeitsrechten und ihrer Selbstbestimmung stark eingeschränkt sowie ihre Menschenrechte verletzt:

- Recht auf bestmöglichen Gesundheitsstandard,
- Recht auf körperliche Unversehrtheit und
- das Recht auf eine würdevolle und wertschätzende Gesundheitsversorgung.

Lösungsansatz:

Die Umsetzung der unter Punkt eins bis acht beschriebenen Maßnahmen verringern strukturelle Gewalt.

Zur Vermeidung von individueller psychischer und körperlicher Gewalt müssen traumasensibles Arbeiten, Supervision und Selbsterfahrung in die Ausbildung der Hebammen sowie der gynäkologischen Fachärzt*innen integriert werden.

Gemäß der Parlamentarischen Versammlung des Europarates⁴³ sind zudem Daten über geburtshilflichen Gewalt zu erfassen und durch wissenschaftliche Studien begleiten. Für Betroffene müssen Melde- und Anlaufstellen für Betroffene etabliert werden.

10. Prävention und Gesundheitskompetenz fördern

Forderung:

(Zukünftigen) Eltern muss eine gute und evidenzbasierte Aufklärung über die physiologischen Vorgänge rund um Schwangerschaft und Geburt, mögliche Interventionen mit deren Folgen sowie über ihre Patient:innenrechte angeboten werden.

Begründung:

Eine gute Gesundheitskompetenz ist die Voraussetzung für selbstbestimmte Entscheidungen im Hinblick auf die eigene Gesundheit. Für die besonders sensible

⁴¹ Pressemeldung Mother Hood e.V., 22.11.2107, Persönliche Geburtserfahrungen von Eltern aus Darmstadt und Umgebung, www.mother-hood.de/presse/persoенliche-geburtserfahrungen-von-eltern-aus-darmstadt-und-umgebung.html.

⁴² Roses Revolution Deutschland, www.gerechte-geburt.de/home/roses-revolution , Berichte #RosRev Deutschland, www.facebook.com/RosesRevolutionDeutschland .

⁴³ Parliamentary Assembly, *Resolution 2306, Obstetrical and gynaecological violence*, 2019 .

Zeit des Elternwerdens nimmt sie einen sehr hohen Stellenwert ein. Die Kinder von heute sind die werdenden Eltern von morgen!

Gleichzeitig haben Kinder und Jugendliche in ihrem sozialen Umfeld immer seltener engen Kontakt zu den natürlichen Vorgängen rund um Geburt.

Lösungsansatz:

Eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz auch zum Thema Geburt muss zentrales Anliegen der Gesundheitspolitik sein.

Eine umfassende, neutrale und an Evidenzen orientierte angstfreie Aufklärung über Schwangerschaft, Geburt, Stillen und frühe Elternzeit kann nur im Rahmen einer Aufklärungskampagne erzielt werden.

Die Aufklärung von (werdenden) Eltern muss zudem ergänzt werden durch eine frühzeitige positive Aufklärung von Kindern und Jugendlichen in Kindergärten und an Schulen, bei der altersgerecht ein positives Grundwissen vermittelt wird.

Der geplante *“Ausbau von fachlich unabhängigen, allgemein verständlichen Informationen für Bürgerinnen und Bürger [...] zur Versorgungsqualität (z. B. für die Auswahl eines Krankenhauses)”*⁴⁴ seitens des IQTIG ist eine wichtige Grundlage für die notwendige Aufklärungsarbeit zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.

Fazit

Eine nachhaltige und zukunftsgerichtete Gesundheitspolitik mit dem Ziel einer besseren geburtshilflichen Versorgung von Familien kann nur durch eine umfassende interministerielle Zusammenarbeit erreicht werden.

Grundlegend ist außerdem die Ergänzung des Nationalen Gesundheitszieles *“Gesundheit rund um die Geburt”* in das Präventionsgesetz (PrävG) unter § 20 (3) Präventionsgesetz als 9. Gesundheitsziel..

Am 29. Oktober 2019 hat der Bundesrat mit seinem Entschluss *“Geburtshilfe vor Ort stärken”*⁴⁵ ein Gesetzgebungsverfahren angestoßen. Es ist nun an der Zeit, den vom Bundesrat aufgeführten und von verschiedenen Organisationen^{46, 47} bestätigten

⁴⁴ Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), <https://iqtig.org/das-iqtig/patientenbelange/>.

⁴⁵ Entschließung des Bundesrates - Geburtshilfe vor Ort stärken, 29.10.2019 [www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0501-0600/544-19\(B\).pdf?__blob=publicationFile&v=1](http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0501-0600/544-19(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1).

⁴⁶ Mother Hood e.V., Stellungnahme zum Beschluss des Bundestages zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, 13.11.2018, www.mother-hood.de/aktuelles/stellungnahmen/stellungnahme-zum-ppsg-beschluss.html.

⁴⁷ Deutscher Hebammenverband, Eckpunkte für ein Geburtshilfe-Stärkungsgesetz im klinischen Bereich, 2019, www.hebammenverband.de/aktuell/geburtshilfe-staerken/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&g=0&t=1584008915&hash=eae4ea0a02e91a36e02b930659ddd8da8b2e300&file=/fileadmin/user_u



Problemen in der geburtshilflichen Versorgung entgegenzuwirken. Im Sinne einer besseren Familiengesundheit muss ein Geburtshilfe-Stärkungsgesetz auf den Weg gebracht werden!

Bonn, 11. November 2020
(Erste Fassung vom 6. Juli 2018)

Franziska Maria Kliemt
f.kliemt@mother-hood.de
Tel. 0176-24108693

Katharina Desery
k.desery@mother-hood.de
Tel. 0163-7274735

geschäftsführender Vorstand
Mother Hood e. V.

Über Mother Hood e. V.

Bei Mother Hood e.V. setzen sich Eltern bundesweit für eine gute Versorgung von Mutter und Kind vor, während und nach der Geburt ein. Durch Kreißsaalschließungen, Personalmangel in Kliniken und Lücken in der Hebammenversorgung ist eine sichere Geburtshilfe nicht mehr überall gegeben. Zu den Hauptforderungen von Mother Hood gehört unter anderem die Sicherstellung einer Eins-zu-Eins-Begleitung durch eine Hebamme und die Wahrung des Rechts auf die freie Wahl des Geburtsortes (www.mother-hood.de).

[pload/pdf/Stellungnahmen/20190214_Eckpunkte_Geburtshilfe-Staerkungsgesetz_Hebammenverband.pdf](#)