

**Stellungnahme zum Entwurf des Aktionsplans
zur Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels
„Gesundheit rund um die Geburt“**

07.09.2023

**Deutscher
Hebammenverband e. V.**
Geschäftsstelle Berlin
Lietzenburger Straße 53
10719 Berlin
T. 030-3940 677 0
F. 030-3940 677 49
info@hebammenverband.de

Stellungnahme des Deutschen Hebammenverband e.V. zum Aktionsplan der Bundesregierung "Gesundheit rund um die Geburt"

Der DHV begrüßt ausdrücklich das Ziel der Bundesregierung, das Nationale Gesundheitsziel (NGZ) "Gesundheit rund um die Geburt" endlich aktiv umzusetzen. Die Vielzahl der aufgeführten bereits ergriffenen Maßnahmen bewertet der DHV als Anerkennung des enormen Handlungsbedarfes. Der Weg bis zum Ziel einer guten Versorgung rund um Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit für alle Mütter, Kinder und Familien ist allerdings noch weit.

Um die Ziele des NGZ zu erreichen, bedarf der vorliegende Entwurf eines Aktionsplans noch umfassende Ergänzungen und Präzisierungen. Bislang fehlt im Aktionsplan eine echte, umfassende Bedarfserhebung, wo Frauen und Familien welche Leistungen brauchen. Es fehlt zudem eine ausreichende Evaluation der bisher ergriffenen Maßnahmen, sodass unklar bleibt, ob oder in welchem Maße die jeweiligen Maßnahmen die Situation verbessert haben oder nicht.

Um wirksame Verbesserungen für die Versorgung rund um die Geburt herbeizuführen, muss der Aktionsplan deutlich umfassender formuliert werden. Die Legislative ist letztendlich immer in der Verantwortung, die notwendigen Voraussetzungen für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung von Frauen und Familien in dieser essentiellen Lebensphase zu schaffen. Die Exekutive kann und soll Wege aufzeigen, wie Verbesserungen auf allen notwendigen Ebenen erreicht werden können. Der Bund verfügt über erhebliche Kompetenzen in der Rechtslegung sowie über die Haushaltshoheit, um die notwendige Gesundheitsversorgung direkt zu finanzieren oder finanzielle Anreize für Dritte zu setzen. Im Zusammenspiel mit den Ländern sind alle Voraussetzungen vorhanden, um die Ziele des NGZ vollumfänglich umzusetzen.

In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll, die Geburtshilfe und die Versorgung mit Hebammenhilfe rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in die Grundversorgung aufzunehmen. Dies würde Bund, Ländern und Kommunen neue Spielräume und Rahmenbedingungen eröffnen, die im vorliegenden Aktionsplan bislang nicht mitgedacht wurden.

Es ist essentiell, dass sich der Aktionsplan nicht allein auf direkte Zuständigkeiten des Bundes bezieht. Die Umsetzung des NGZ muss ein breiter Prozess sein und in enger Zusammenarbeit mit den Gremien der Selbstverwaltung, den Leistungserbringern und Patient*innen- und Familienvertretungen erfolgen. Dem Bund kommt hier mindestens die koordinierende Kompetenz zu, wenn nicht sogar die Aufgabe, Rahmen und Ziele zu definieren. Ohne die Koordination von Maßnahmen zwischen Bund, Ländern, GKV und Selbstverwaltung kann eine wirksame Reform nicht gelingen. Dazu erscheint auch die Einrichtung einer Koordinierungsstelle notwendig, um die Umsetzung des Aktionsplans auf Bundesebene zu unterstützen, wie u.a. vom Bündnis gute Geburt gefordert.

Der Aktionsplan sollte die Ziele des NGZ nicht nur in Handlungsfelder unterteilen, sondern auch notwendige Meilensteine benennen sowie klar umrissene Maßnahmen definieren, inklusive der Benennung eines Zeithorizonts und der zuständigen Akteure. Die jetzige Struktur macht es den Leser*innen schwer, zwischen Zielen, Maßnahmen und dafür notwendigen Voraussetzungen zu unterscheiden.

Der DHV schlägt daher eine weiterführende Strukturierung des Aktionsplans vor:

1. Bezug pro Handlungsfeld, welche konkreten Ziele des NGZ bedient werden sollen
2. Definition von Meilensteinen zur Erreichung dieser Ziele
3. Auflistung der einzelnen Maßnahmen die
 - 3.1. bereits erfolgt sind, inklusive einer Bewertung über den qualitativen oder quantitativen Erfolg der Maßnahme
 - 3.2. notwendig sind, um die Meilensteine zu erreichen, unterteilt nach
 - 3.2.1. Zuständigkeit der Bundesebene

- 3.2.2. Zuständigkeiten der Landesebene
- 3.2.3. Zuständigkeit der Selbstverwaltung oder Anderer
- 3.2.4. sowie jeweils der notwendigen Beteiligungen von Stakeholdern zur Durchführung der Maßnahme und dem erwartbaren Zeithorizont

Der vorliegende Aktionsplan erfüllt bislang jedoch keines dieser notwendigen Kriterien, ist in weiten Teilen wenig konkret und fällt in Teilen sogar deutlich hinter die Zielsetzung des NGZ zurück.

Der DHV unterstützt vollumfänglich die Ziele des NGZ "Gesundheit rund um die Geburt". Das NGZ ist ein klares Bekenntnis zur Förderung der physiologischen Geburt und zur Begrenzung medizinischer Interventionen auf die Fälle, wo sie erforderlich sind. Es stellt die Rechte und Bedürfnisse der Mütter und Familien in den Mittelpunkt. Und es betont den interdisziplinären Charakter der Geburt bei gleichzeitiger Anerkennung der Bedeutung der Rolle der Hebammen über den gesamten Betreuungsbogen. Es wurde mit einer Vielzahl von Akteur*innen entwickelt und zeigt bereits sehr klare Ziele auf. Es besteht an dieser Stelle also kein fachliches Erkenntnisproblem, es handelt sich eindeutig um ein Umsetzungsproblem. Dies spiegelt sich auch im Koalitionsvertrag wider, der die Umsetzung des NGZ über einen Aktionsplan festschreibt.

Die Umsetzung des Gesundheitsziels würde den lange überfälligen Paradigmenwechsel für die Versorgung in Schwangerschaft, bei der Geburt und in der Stillzeit in Deutschland bedeuten. Um das zu erreichen, braucht es einen Aktionsplan mit klaren, mutigen Maßnahmen. Viele Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten werden im Aktionsplan aber allein in den Bereich der Selbstverwaltung gelegt, die noch immer ärztlich dominiert ist und die weiteren Gesundheitsberufe marginalisiert. Der alleinige Verweis auf bestehende Strukturen reicht daher an dieser Stelle nicht aus. Unter den bestehenden Rahmenbedingungen kann beispielsweise die hebammengeleitete Geburtshilfe nicht die Rolle spielen, die sie spielen müssten, um die Physiologie entsprechend zu fördern. Im Aktionsplan werden zudem grundlegende Umsetzungshindernisse, wie die tradierten hierarchischen Strukturen in der Klinik, überhaupt nicht adressiert. Im Bereich der Finanzierung müssten Weichen neu gestellt und Maßnahmen ergriffen werden, sonst ändert sich an bestehenden Fehlanreizen nichts.

Der vorhandene Verweis auf die laufende Krankenhausstrukturreform kann in diesem Zusammenhang nicht beruhigen. Bislang ist die notwendige Verbesserung der klinischen Geburtshilfe und die damit einhergehende Förderung der physiologischen Geburt im Rahmen der Reform nicht absehbar, da bestehende Fehlanreize fortgeführt und in Teilen sogar verschlimmert werden. Die notwendige bessere Verzahnung von ambulanter und klinischer Versorgung wird ebenfalls nicht vorangetrieben.

Der DHV hat größtes Interesse, dass die Versorgung von Frauen und Kindern rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett grundlegend verbessert wird. Daher wünschen wir uns für diesen Aktionsplan sehr klare und mutige Maßnahmen, Schritte und Formate, um echte Veränderung zu erreichen. Im Zentrum aller Überlegungen müssen die Bedürfnisse der Frau und die ihres Kindes stehen.

Im Folgenden bewertet der DHV den Aktionsplan im Schwerpunkt mit Blick auf die notwendigen Voraussetzung für die Förderung der physiologischen Geburtshilfe und auf eine gute Hebammenversorgung in Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit. Strukturell arbeiten wir eng am Ursprungstext des Aktionsplans, um auf die dort dargestellten Inhalte ausführlich einzugehen, auch wenn es im Folgenden dadurch zu Doppelungen kommen kann. Ebenso verwenden wir in Anlehnung an den Aktionsplan in unserer Stellungnahme häufiger den Begriff "Patientin", auch wenn der DHV die damit einhergehende automatische Klassifizierung von Gebärenden, Schwangeren oder Frauen im Wochenbett als "kranke" Personen grundsätzlich ablehnt.

Darüber hinaus verweist der DHV auch auf die Stellungnahmen des DPR, des Bündnis Gute Geburt und des Netzwerk Gesund ins Leben, die wir aus den jeweiligen Perspektiven heraus unterstützen.

Handlungsfeld 1: Versorgungsstrukturen rund um die Geburt sicherstellen

Der DHV sieht nach wie vor klaren Handlungsbedarf, Versorgungsdefizite abzubauen und flächendeckend notwendige Kapazitäten zu sichern, insbesondere im Bereich der Hebammenversorgung. Es ist an dieser Stelle nicht nachvollziehbar, warum die Bundesregierung die Verantwortung für die Bereitstellung der Versorgungsleistung vollständig abweist und allein an die Leistungserbringer verweist. Positive Effekte durch die genannten Fördermaßnahmen und Anreize würden durch flankierende Maßnahmen auf Gesetzes- und Verordnungsebene deutlich verstärkt werden. Der DHV betont zudem, dass die bisher ergriffenen Maßnahmen angemessen ausgewertet werden müssen, um sinnvolle weitere Schritte festzulegen.

Der erste notwendige **Meilenstein** zur Sicherstellung der Versorgungsstrukturen rund um die Geburt ist, die bestehenden strukturellen und finanziellen Fehlanreize in der klinischen Geburtshilfe zu beseitigen und die physiologische Geburt im Rahmen der Krankenhausreform zu stärken. Wenn dies erreicht wurde, können viele der weiteren Ziele des NGZ umgesetzt werden.

Der zweite notwendige **Meilenstein** ist die Sicherung des Fachkräftebedarfs für die klinische Geburtshilfe, insbesondere von Hebammen. Wenn durch geeignete Maßnahmen die durchschnittliche Verweildauer im Beruf auf 15 Jahre gesteigert und die Teilzeitquote deutlich reduziert werden konnte, können auch die Ziele zur Verbesserung der Versorgungssicherheit und zur Versorgungsqualität und Förderung der physiologischen Geburt im NGZ umgesetzt werden.

Der dritte notwendige **Meilenstein** ist die strukturelle Förderung der frauenzentrierten, physiologischen Geburtshilfe über alle Versorgungsmodelle hinweg. Erst wenn Qualitätsstandards und Leistungskriterien die physiologische Geburtshilfe sinnvoll abbilden, ohne dabei die Geburtsmedizin zu beeinträchtigen, können die Ziele des NGZ umgesetzt werden.

Zu 1a) Sicherstellung stationäre geburtshilfliche Versorgung (Geburtshilfestationen)

Es ist begrüßenswert, dass von Bundesseite Schritte unternommen wurden, über Sicherstellungszuschläge und Förderungen die **stationäre geburtshilfliche Versorgung abzusichern**. Die aktuellen Entwicklungen, die Schließungen von geburtshilflichen Einrichtungen und die unsichere finanzielle Situation im Krankensektor machen aber klar, dass diese Schritte nicht ausreichen, um die Versorgung in der Fläche zu erhalten. Auch die Absicherung der Geburtshilfe über leistungsunabhängige Vergütung ist grundsätzlich erfreulich, ersetzt jedoch nicht lang überfällige Korrekturen im Finanzierungssystem. Die aufgeführten bereits ergriffenen Maßnahmen zeigen deutlich, dass immer wieder korrigiert und gegengesteuert werden muss um die Versorgungssicherheit irgendwie aufrecht zu erhalten, weil die grundständige Finanzierungslogik nicht greift:

Die jetzige Finanzierung durch die DRGs manifestiert nachweislich medizinische Fehlanreize durch den alleinigen Fokus auf die Honorierung von Interventionen. Die physiologische Geburt wird weder bei Qualitätskriterien noch bei den Leistungsparametern berücksichtigt. Auch die Vorschläge im Rahmen der Krankenhausstrukturreform sind nicht geeignet, die Fehlanreize zu beheben, denn 40% der Krankenhauserlöse werden weiterhin durch die vorhandenen DRG's generiert. Hier müssen mutigere Schritte unternommen werden. In diesem Zusammenhang verweist der DHV insbesondere auf die Vorschläge für eine gesicherte, bedarfsgerechte und zukunftsorientierte Geburtshilfe¹.

Ein absolut notwendiger Meilenstein für die Sicherstellung der stationären geburtshilflichen Versorgung muss es sein, die Geburtshilfe so zu finanzieren, dass die Sonderprogramme und Sicherstellungszuschläge überflüssig werden, da sie innerhalb des regulären Finanzierungssystems

¹ Vgl:

https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/05/2023_04_DHV-Modell_Umsetzung_hebammengeleitete_Geburtshilfe.pdf

auskömmlich und qualitätsorientiert ausfinanziert wird. Dafür fehlen im Aktionsplan bislang geeignete Maßnahmen sowie die klare Zieldefinition.

Ohne massive zusätzliche Anstrengungen, dass die Ziele des NGZ in der laufenden Reform und darüber hinaus von Bund und Ländern umgesetzt werden, wird es keine Fortschritte im Sinne des NGZ geben.

Maßnahme: Die klinische Geburtshilfe im Rahmen der Krankenhausreform verbessern

1. Die Bundesregierung setzt im Benehmen mit den Ländern im Rahmen der Krankenhausreform eine grundlegende Reform der klinischen Geburtshilfe mit dem Ziel der Stärkung der physiologischen Geburt und der Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt um.
2. Bei der Definition und Weiterentwicklung von Leistungsgruppe(n) sowie der Leistungs- und Qualitätskriterien der klinischen Geburtshilfe werden alle relevanten Berufsgruppen einbezogen, um interdisziplinäre Anforderungen abbilden zu können. Zur Schaffung der notwendigen Voraussetzungen für die Förderung der physiologischen Geburt werden insbesondere Hebammen maßgeblich an der Formulierung der notwendigen Leistungs- und Qualitätskriterien beteiligt.
3. Die Bundesregierung trägt über die Schaffung der notwendigen Gesetzes- und Verordnungsregelungen dafür Sorge, dass bei der Überarbeitung der Fallpauschalen/DRGs die physiologische Geburtshilfe ausgewiesen und berücksichtigt wird und existierende Fehlanreize beseitigt werden. Dazu gehört auch die Vorgabe verbindlicher Personalschlüssel auf Grundlage valider Personalbemessungsinstrumente, welche die 1:1 Betreuung unter der Geburt sicherstellen.
4. Für eine Verbesserung der Verzahnung zwischen ambulanter und klinischer Versorgungsstruktur wird Geburtshilfe von Bund und Ländern als Grundversorgung definiert. Sie muss qualitätsgesichert, wohnortnah und bedarfsgerecht strukturiert werden. Dafür muss Geburtshilfe im Rahmen der Krankenhausstrukturreform auf allen Versorgungsebenen sichergestellt werden und **auch außerklinische hebammengeleitete Angebote in die Versorgungsplanung einbezogen werden**. Zusammen mit einem gut funktionierenden Verlegungskonzept und einer sinnvollen Verzahnung von ambulanten und klinischen Leistungen lassen sich so die besten Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte Versorgung von Frauen unter Berücksichtigung der freien Wahl des Geburtsortes schaffen.

Zu 1b) Übergreifende Maßnahmen zur Vermeidung von Hebammenmangel

Positiv anzumerken in diesem Bereich ist, dass sich durch die **Ausbildungsreform und die Akademisierung** des Hebammenberufes tatsächlich eine erfreuliche Steigerung der Absolvent*innen-Zahlen abzeichnet. Um diese in den nächsten Jahren halten und bei Bedarf sogar ausbauen zu können, muss es jedoch eine zeitnahe Lösung für den Mangel an Plätzen für den Praxiseinsatz geben. Es braucht länderübergreifende Maßnahmen, um diesem Engpass zu begegnen:

Maßnahme: Länderübergreifende Strategie zur Stärkung der Praxisanleitung:

*Die Bundesregierung stößt in Zusammenarbeit mit den Bundesländern und den Landeskrankengesellschaften/Trägern der Kliniken eine **bundesweite Strategie an, wie die Praxisanleitung zur praktischen Ausbildung von Hebammenstudierenden sichergestellt, finanziert und ausgestaltet werden kann**. Aufgrund der gesetzlich vorgegebenen umfangreichen Qualifizierung zur Praxisanleitung ist eine höhere Eingruppierung dieser Tätigkeit sicherzustellen.*

Gleichfalls sind die vorhandenen Wiedereinstiegsprogramme sinnvoll, um dem **Hebammenmangel** zu begegnen. Auch der DHV beteiligt sich an solchen Programmen.

Dies zeigt aber auch ein Kernproblem in der Hebammenversorgung auf: Es gibt durchaus genügend Personen, die sich für den Beruf interessieren und ausbilden lassen. Der Fachkräftemangel begründet sich vor allem im kurzen Verbleib im Beruf und die hohen Teilzeitquoten der noch aktiven Hebammen. Solange die durchschnittliche Verweildauer nur 4 -7 Jahre beträgt, kann der Mangel nicht durch Steigerung der Ausbildungszahlen aufgefangen werden. Ein wichtiger **Meilenstein** für die Sicherstellung des Fachkräftebedarfs ist daher, die Verweildauer im Beruf durch geeignete Maßnahmen deutlich zu erhöhen.

Der Verbleib im Beruf lässt sich vor allem über attraktive Arbeitsbedingungen sowohl für freiberufliche als auch angestellte Hebammen gewährleisten. Die bislang aufgeführten Maßnahmen im Aktionsplan sind dafür noch nicht ausreichend. Im klinischen Bereich ist es insbesondere notwendig, über angemessene Personalschlüssel die Arbeitslast zu reduzieren und eine bessere Betreuungsrelation, bis hin zur 1:1-Betreuung unter der Geburt sicherzustellen.

Ebenso ist es notwendig, eine an die akademisierte Ausbildung angepasste Vergütung zu schaffen: Einer der Hauptgründe dafür, dass Hebammen nicht mehr im Kreißaal arbeiten wollen, ist neben der hohen Arbeitsbelastung **das zu geringe und dem akademisierten Beruf und dem Tätigkeitsprofil nicht mehr angemessene Verdienstniveau**. Derzeit werden Hebammen noch immer über die Entgelttabelle Pflege eingruppiert, welche den Kliniken zu wenig Spielraum zur angemessenen Vergütung von Hebammenleistungen gibt. Auch die Refinanzierung der Personalkosten über das Pflegebudget löst dieses Problem nicht. Die Schaffung einer eigenen Eingruppierungstabelle für Hebammen kann hier schnelle Abhilfe schaffen.

Maßnahme: Einführung einer Entgelttabelle zur Eingruppierung der Berufsgruppe Hebammen

Bund und Länder setzen sich dafür ein, dass die Tarifpartner über die Schaffung einer eigenen Entgelttabelle für die Berufsgruppe "Hebammen" verhandeln, mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung, welche die Eigenständigkeit, die Spezialisierung, den hohen Verantwortungsgrad und die Akademisierung des Berufes abbildet. Dies leistet einen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes und zum Verbleib im Beruf und trägt somit zur Stabilisierung der Versorgungslandschaft bei.

Für den Bereich der freiberuflich Tätigen Hebammen ist die Harmonisierung der Vergütung sowie die bessere Verzahnung des ambulanten und klinischen Bereich notwendig (siehe 2c), unterstützt von einer nachhaltigen Lösung der Haftpflicht-Problematik (siehe 1c).

Zu 1c) Sicherstellung von freiberuflichen Hebammenleistungen

Die Attraktivität der freiberuflichen Tätigkeit von Hebammen leidet unter zwei entscheidenden Faktoren, die dringend durch geeignete Maßnahmen verbessert werden müssen. Ansonsten werden weiterhin Hebammen in der Vorsorge, in der Wochenbettversorgung und in der außerklinischen Geburtshilfe fehlen. Das beeinträchtigt sowohl die Versorgung von Mutter und Kind nach der Geburt als auch die Wahlfreiheit in der Schwangerenvorsorge sowie zum Geburtsort.

Der erste Faktor ist die Vergütung der Hebammenleistungen. Der Verdienst von freiberuflichen Hebammen spiegelt in keiner Weise die Verantwortung wider, die Hebammen für Mütter, Kinder und Familien tragen. Hauptursache dafür ist, dass die Überführung des Hebammenhilfevertrag in die Selbstverwaltung auf einer niedrigen Basis erfolgt ist, die bis heute nicht aufgeholt werden konnte. Versuche, hier eine angemessene Bezahlung zu erreichen, sind bisher gescheitert. Es muss zwingend eine Vergütungshöhe erreicht werden, die Hebammen ein auskömmliches Einkommen sichert.

Der zweite Faktor besteht darin, dass die Frage der Haftpflichtversicherung für freiberufliche Hebammen noch immer ungelöst ist. Aber auch im Belegsystem arbeitende Hebammen sind betroffen, und in manchen Fällen sogar regulär in Kliniken angestellte Hebammen, wenn die Klinik selbst keinen ausreichenden Versicherungsschutz für sie vorhält. Die Haftpflichtprämien steigen

kontinuierlich weiter an. Die Einführung des Sicherstellungszuschlages im Jahr 2015 unterstützt Hebammen bei der Haftpflichtprämie. Dennoch sind die regelmäßig steigenden Summen, die durch die Hebammen aufgebracht werden müssen, erheblich.

Ein weiteres Problem, das Hebammen auch zum Austritt aus dem Beruf bewegt, ist die private Haftung bei Überlimitschäden, die existenzbedrohend wirkt. Trotz Abschlusses einer Haftpflichtversicherung ist die Hebamme vor einer persönlichen Zahlungsverpflichtung nicht sicher geschützt. Hier können und müssen auch von Bundeseite weitere Schritte unternommen werden. Ein erster Schritt wäre ein Härtefallfonds für Überlimitschäden auf Bundesebene. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf unser Positionspapier zur nachhaltigen Lösung der Haftpflichtproblematik².

Maßnahme: Absicherung des Haftpflichtrisikos durch Schaffung eines staatlichen Härtefallfonds für Überlimitschäden

*Um das Haftpflichtrisiko abzumildern und eine weitere Absicherung von Hebammenleistungen zu erreichen wird auf Bundesebene ein **staatlicher Härtefallfonds für Überlimitschäden** eingeführt.*

Um Schwangere und freiberufliche Hebammen einfacher zusammenzubringen, wurde der GKV-Spitzenverband verpflichtet, ein elektronisches Suchverzeichnis einzurichten. Familien, die einer Hebamme für die Vor- und Nachsorge oder Geburtsbegleitung bedürfen, soll eine umfassende Datenbasis für die Suche zur Verfügung stehen. Dieses Suchverzeichnis ist auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbands verfügbar. Allerdings hat die Erfahrung gezeigt, dass alleine eine Auflistung von Namen die Versorgungslage für die Versicherten nicht verbessert, da die freien Betreuungskapazitäten der einzelnen Hebamme nicht abgebildet werden.

Hebammen werden von einer Vielzahl von Schwangeren kontaktiert, obwohl ihre Arbeitskapazitäten keinen Raum für weitere Betreuungen zulassen. Dies führt sowohl auf der Seite der Frauen als auch der Hebammen zu Frustration. Der DHV hat bereits während des Gesetzgebungsverfahrens zum TSVG gefordert, ein Portal zu schaffen, in dem die Kapazitäten der Hebammen und die konkreten Wünsche der Frauen berücksichtigt werden. Dies wurde damals vom Gesetzgeber abgelehnt. Daher hat der DHV in Kooperation mit Keleya Digital-Health Solutions GmbH eine digitale Lösung geschaffen, die genau diesen Service bietet: Die Internetplattform "ammely".

Hier werden Hebammen, ihre Tätigkeitsfelder und freien Kapazitäten genannt und den Suchanfragen der Schwangeren und Wöchnerinnen zugeordnet. Damit konnte das angestrebte "matching" von Frau und Hebamme deutlich besser umgesetzt werden als mit der reinen Hebammensuchfunktion. Der DHV fordert daher, die Hebammensuche des GKV-Spitzenverband mit der Plattform "ammely" zu koppeln, um die Hebammensuche deutlich effizienter gestalten zu können.

Maßnahme: Erweiterung der Hebammensuche des GKV-Spitzenverband

Um Frauen und Familien die Suche nach Hebammenbetreuung zu erleichtern und zusätzlichen Bürokratieaufwand zu vermeiden, wird die Hebammensuchfunktion des GKV-SV erweitert und mit qualitätsgesicherten Angeboten wie der Internetplattform "ammely" verknüpft. Damit werden freie Betreuungskapazitäten sichtbar und der hohe Bearbeitungsaufwand und Frustration durch zu viele Absagen vermieden.

²https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/06/2023_06_14-Positionspapier-Haftpflicht-aktuell-1.pdf

Zu 1d) Sicherstellung der Hebammenversorgung in der Geburtshilfe in Krankenhäusern

Die Darstellung zur Situation der Hebammenversorgung in der Geburtshilfe in Krankenhäusern kann der DHV so nicht teilen. Die angeführten Zahlen der Betreuungsrelation stammen aus dem Jahr 2017, seitdem ist durch die Schließungswelle von Geburtshilfeabteilungen die Lage noch mal deutlich angespannter. Das im Text angeführte IGES-Gutachten zur aktuellen Hebammenversorgung belegt sogar, dass ein Drittel der Klinikhebammen in jedem dritten Dienst vier oder mehr Frauen gleichzeitig in der aktiven Geburtsphase betreuen müssen. Ein durchschnittlicher Dienst bringt ein Betreuungsverhältnis von 1:3. **Das angestrebte Ziel einer 1:1-Betreuung unter der Geburt wird lediglich in 16% der Fälle erreicht. Das unterstreicht deutlich, wie wichtig es ist, zukünftig durch geeignete Maßnahmen die 1:1 Betreuung unter der Geburt flächendeckend sicherzustellen, wie es auch im Koalitionsvertrag vereinbart wurde.**

Die Darstellung der Ergebnisse des IGES-Gutachten zur stationären Hebammenversorgung sollte im Aktionsplan weniger einseitig ausfallen und die dramatischen Betreuungsrelationen korrekt wiedergeben.

Der DHV möchte zudem seine Irritation an dieser Stelle nicht verbergen: Davon auszugehen, dass Leitlinien zufolge 106 Geburten eine Vollausslastung einer Vollzeitstelle darstellen, ist am Ziel der 1:1-Betreuung bei weitem vorbei geplant. Die herangezogene Quelle dieser Zahl, die ehemals S1 Leitlinie perinatalogische Versorgung, ist mittlerweile auf ein höheres Evidenzniveau überarbeitet (S2k) und gibt eine gänzlich andere Empfehlung für die Ratio Vollzeitäquivalent Hebamme/Geburtenzahl/Jahr. Betrachtet man alle gegebenen Parameter, deckt sich die Empfehlung in der Leitlinie mit der des DHV, dass von 60 Geburten/Vollzeitäquivalent Hebamme/Jahr als valider Personalbedarf ausgegangen werden kann.³ Der DHV fordert daher eindringlich, dass der Aktionsplan sich zu den aktuellen Standards bekennt:

Maßnahme: Anwendung S2k-Leitlinie zur Bestimmung der Ratio Vollzeitäquivalent zur Geburtenzahl

Nach aktuellen Standards wie der S2k-Leitlinie "Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland" ist von einer Zielzahl von 60 Geburten je Hebamme jährlich auszugehen und für Qualitätssicherungssysteme und bei der Festlegung von Personalschlüsseln anzuwenden.

Der DHV gibt zudem zu bedenken, dass nach aktuellen Zahlen gut 30% der Frauen angeben, eine traumatische Geburt durchlebt zu haben⁴. Dieser Umstand allein sollte zu einer deutlichen Priorisierung der Verbesserung der qualitativen und quantitativen Betreuung unter der Geburt führen. Ein wichtiger **Meilenstein** in diesem Zusammenhang wäre, **durch geeignete Maßnahmen die Zahl der als traumatisch erlebten Geburten innerhalb von fünf Jahren deutlich zu senken.** Dazu sind die Einführung geeigneter Qualitätsparameter und verbindliche Leistungen wie Nachbesprechungen der Geburt essentiell.

Bislang fehlen im Aktionsplan jegliche Maßnahmen, um die Betreuung von Frauen durch Hebammen in der Klinik vor und nach der Geburt abzudecken und Hebammenversorgung auch auf Prä- und Postpartalen sowie neonatologischen Stationen sicherzustellen. Frauen brauchen - gerade vor, während und nach dem Durchleben einer schwierigen Schwangerschaft oder Geburt mit Regelabweichungen oder Komplikationen - Hebammenbetreuung um die physiologischen Prozesse ihres Körpers und die Bindung zum Kind in schwierigen Situationen besser bewältigen zu können.

³https://register.awmf.org/assets/guidelines/087-001l_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatalogische-Versorgung-Deutschland_2021-04_01.pdf Kapitel III ff

⁴ vgl.: CA18211 - Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma: Maximising best practice and optimal outcomes (DEVOTION), <https://www.cost.eu/actions/CA18211/>

In diesem Zusammenhang verweist der DHV auch auf die Stellungnahme des DPR, der parallel dazu die Sicherstellung der geburtshilflich-neonatologischen pflegerischen Versorgung und Analyse der tatsächlichen Pflegebedarfe fordert. Diese Maßnahmen müssen zusammen umgesetzt werden.

Ebenso muss geregelt werden, dass verbindlich allen Frauen Geburtsvor- und -nachgespräche angeboten werden müssen. Dies ist bisher nicht in der Organisation und Finanzierung der geburtshilflichen Versorgung verlässlich verankert.

Maßnahme: Sicherstellung von Personal aus allen beteiligten Berufsgruppen auf prä-, postpartalen und neonatologischen Stationen

Im Rahmen der Krankenhausstrukturreform und darüber hinaus stellen Bund und Länder sicher, dass verbindliche Personalvorgaben in der Geburtshilfe inklusive der prä-, postpartalen und neonatologischen Stationen für alle beteiligten Berufsgruppen festgelegt werden. Die Aufgaben von Hebammen müssen sich in der Organisation und der Finanzierung widerspiegeln, dazu gehört auch die Gewährleistung von Geburtsvor- und -nachgesprächen. Im Rahmen der Krankenhausreform sollte dies über die Definitionen der Leistungsgruppen und die Anpassung der Fallpauschalen/DRGs erfolgen.

Zum Hebammenstellen-Förderprogramm (HFP) ist anzumerken, dass es sich um eine sehr wichtige Maßnahme handelt, die in der Umsetzung jedoch weit hinter ihrem Potential zurückgeblieben ist. Mit dem HFP wurde zwar die Schaffung von Stellen ermöglicht, die erste Bewertung durch den GKV Spitzenverband zeigt aber deutlich, dass es nicht in der Breite wirken konnte, weil der Aufwand und das Risiko der nur temporären Förderung für die Krankenhäuser als zu groß betrachtet wurde.

Darüber hinaus bleibt eine Finanzierungslücke für das Jahr 2024, bevor Hebammenstellen insgesamt in das Pflegebudget überführt werden. Der DHV begrüßt ausdrücklich, dass die Personalstellen von Hebammen ab 2025 auch in den Funktionseinheiten über das Pflegebudget finanziert werden können. Eine wichtige Maßnahme zur Sicherung der Hebammenversorgung wäre daher die Fortführung des HFP bis 2025.

Maßnahme: Verlängerung des Hebammenstellen-Förderprogramm bis 2025

Zur Sicherung der über das Hebammenstellen-Förderprogramm geschaffenen Stellen verlängert der Bund die Finanzierung bis zur Überführung in das Pflegebudget.

zu 1e) Betreuung unter der Geburt

Der DHV unterstreicht ausdrücklich, dass für die Umsetzung des NGZ die Sicherstellung einer 1:1-Betreuung unter der Geburt absolut essentiell ist. Die Analyse zu diesem Punkt ist richtig, leider fehlen bislang jedoch klar definierte Meilensteine und Maßnahmen im Aktionsplan, um die Betreuung unter der Geburt nachhaltig zu verbessern.

Um die 1:1-Betreuung in geburtshilflichen Abteilung von Krankenhäusern flächendeckend umsetzen zu können, ist es notwendig, sowohl verbindliche Vorgaben zur Personalausstattung für Klinikhebammen zu schaffen als auch die Bedingungen für Beleghebammen vertraglich besser zu regeln.

Dabei fällt auf, dass es Kliniken, in denen der Kreißaal durch Dienst-Beleghebammen geführt wird, häufig besser gelingt, genügend Kolleginnen zu finden, um eine frauenzentrierte Geburtshilfe mit einer 1:1-Betreuung zu gewährleisten. Wichtige Gründe hierfür sind die höhere Vergütung und eine freie Gestaltung der Arbeitszeiten.

Hieran sollte angeknüpft werden, um die Betreuung unter der Geburt zu harmonisieren. **Der DHV betont ausdrücklich: Die gute Betreuung der physiologischen Geburt braucht vor allem**

ausreichend Zeitressourcen, unabhängig davon, ob die Hebamme in der Klinik angestellt ist oder als Dienst- oder Begleithebamme arbeitet. Für die Betreuung der Frau darf die Form des Geschäftsmodells keinen Unterschied machen. Um dies zu erreichen, ist mittelfristig eine sektorenübergreifende Harmonisierung der Hebammenvergütung auf angemessenem Niveau notwendig.

Maßnahme: Harmonisierung der Hebammenvergütung

Um die 1:1-Betreuung unter der Geburt sicherzustellen, stoßen Bund und Länder im Benehmen mit dem GKV-SV und den relevanten Berufsverbänden eine Initiative zur sektorenübergreifenden Harmonisierung der Hebammenvergütung an. Ziel ist dabei, die Attraktivität der verschiedenen Versorgungsmodelle anzugleichen, um regional größtmögliche Versorgungssicherheit herzustellen. Dafür müssen die Verdienstniveaus zwischen angestellten Hebammen in Kliniken und Beleghebammen mindestens auf Niveau der Beleghebammen abgesichert werden. Bei der Betreuung einer Gebärenden ist vor allem der Faktor "Zeit" zu berücksichtigen.

Notwendige weitere Maßnahmen dazu sind von uns bereits unter 1 a, c und den weiteren Maßnahmen formuliert, siehe auch: Einführung einer Entgelttabelle zur Eingruppierung der Berufsgruppe Hebammen und Verbesserung der Geburtshilfe im Rahmen der Krankenhausreform.

zu 1f) Unterstützung von (werdenden) Eltern mit erhöhten psychosozialen Versorgungsbedarf

Im Bereich der Frühen Hilfen gilt es, das Angebot weiter auszubauen, um betroffene Familien noch besser zu erreichen. Derzeit führen jedoch die fortschreitenden Kreißaal-Schließungen und die Ausdünnung der Versorgung im ländlichen Raum zu Folgeproblemen bei den Frühen Hilfen - wie aktuelle Studien des NZFH zeigen. Dadurch, dass etablierte Kooperationen mit den Frühen Hilfen verloren gehen, bricht auch der niedrigschwellige Zugang zu vulnerablen Familien über den Kreißaal weg. Ein Baustein, um den Ausbau wieder zu fördern, ist das Potential der Begleitung durch freiberufliche Hebammen in der Schwangerschaft und nach der Geburt auszuschöpfen.⁵

In der Hebammenarbeit spielt der psychosoziale Aspekt eine wesentliche Rolle, deswegen eignen sich Hebammen für die Begleitung von Eltern mit einem erhöhten psychosozialen Versorgungsbedarf. Gerade Familien in einer besonderen Belastungssituation haben häufig keine Ressourcen, sich rechtzeitig um eine Hebamme zu kümmern. Hier müssen auch von staatlicher Seite Strukturen geschaffen werden:

Maßnahme: Ausbau der Frühen Hilfen in Verbindung mit freiberuflichen Hebammen

Auf kommunaler Ebene müssen notwendige Strukturen geschaffen werden, um die Frühen Hilfen weiter auszubauen und das Potential der freiberuflichen Hebammen für die Frühen Hilfen zu heben. Dazu gehören der flächendeckende Ausbau und die Stärkung von Hebammenzentralen unter Zuständigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie der Ausbau und die offensive Bewerbung kommunaler Beratungs- und Kontaktstellen der Frühen Hilfen z.B. in Krankenhäusern oder Familienzentren.

⁵ vgl.: Publikation zum Potential von Freiberuflichen Hebammen in den Frühen Hilfen: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Eckpunktepapier-Freiberufliche-Hebammen-in-den-Fruehen-Hilfen-b.pdf

Zu Handlungsfeld 1 - Weitere vorgesehene Maßnahmen

An dieser Stelle sei nochmal darauf hingewiesen, dass die im Aktionsplan unter "weiteren Maßnahmen" aufgeführten Sachverhalte oft keine Maßnahmen im eigentlichen Sinne darstellen, sondern häufig die Beschreibung von bereits durchgeführten Maßnahmen, Situationen oder reine Prüfaufträge sind.

1. Einführung eines Personalschlüssels für eine 1:1 Betreuung

Die Reichweite und Konkretisierung der Maßnahme zur Einführung eines Personalschlüssels für eine 1:1-Betreuung unter der Geburt ist absolut nicht ausreichend. Nicht umsonst wurde das Ziel der 1:1-Betreuung im Koalitionsvertrag festgeschrieben. Der DHV betont ausdrücklich, dass die Umsetzung dieses Zieles nicht vom Hebammenstellenförderprogramm abhängen darf, das weder explizit eine 1:1-Betreuung umgesetzt hat noch eine flächendeckende Wirkung in der Betreuung erzielt.

Der DHV mahnt an: Die Einführung einer verbindlichen 1:1-Betreuung unter der Geburt ist der Schlüssel für die Verbesserung der klinischen Geburtshilfe und muss damit höchste Priorität haben. Um dies zu erreichen, muss ein verbindlicher Personalschlüssel mit einem validen Personalbemessungsinstrument eingeführt und die Hebammenversorgung unter der Geburt flächendeckend sichergestellt werden. Der Aktionsplan muss hierfür geeignete Maßnahmen umfassen.

Es gibt bereits Modelle zu einer Leitlinienorientierten Personalbemessung für Hebammen⁶. Eine wissenschaftliche Ausarbeitung im Rahmen der Versorgungsforschung des G-BA wurde aber bislang nicht bewilligt. Auch im Rahmen der laufenden Krankenhausreform zeichnet sich kein Fortschritt in diesem für die Geburtshilfe essentiellen Bereich ab. Für die Verbesserung der Qualität der klinischen Geburtshilfe ist es jedoch zwingend notwendig, einen verbindlichen, alle beteiligten Berufsgruppen umfassenden Personalschlüssel einzuführen. Der DHV empfiehlt daher dringend, folgende Maßnahme im Aktionsplan aufzunehmen:

Maßnahme: Einführung eines verbindlichen Personalbemessungsinstrumentes

Die Bundesregierung beauftragt und finanziert die Entwicklung und Erprobung eines evidenzbasierten Personalbemessungsinstrument für die klinische Geburtshilfe, das insbesondere die 1:1-Betreuung unter der Geburt durch Hebammen abbildet. Ziel ist die Einführung eines verbindlichen Personalschlüssels für die klinische Geburtshilfe, der Teil der Qualitätssicherungsverfahren und Leistungsvergütung wird.

2. Videobetreuung:

Die Möglichkeit der Videobetreuung stellt eine wichtige zusätzliche Betreuungsleistung für die Frauen und Familien dar. Der DHV begrüßt, dass zwischen den Vertragspartnern im Rahmen des Hebammenhilfevertrags eine Einigung zur Aufrechterhaltung dieses Angebotes erzielt werden konnte. Da die Klarstellung, welche Leistungen künftig dauerhaft im Wege der Videobetreuung erbracht werden können, bereits erfolgt ist, stellt dieser Sachverhalt jedoch keine zu erbringende Maßnahme im Sinne eines Aktionsplans dar.

3. Datenlage zur Hebammenversorgung verbessern:

Der DHV begrüßt ausdrücklich den Vorstoß, eine systematische Erhebung von Daten zur Hebammenversorgung bundesweit auf den Weg zu bringen, um der unzureichenden Datenlage zu begegnen. Immer wieder fehlen Schlüsseldaten, um valide Aussagen über die Versorgungsstruktur und die Bedarfe im Bereich Geburtshilfe zu treffen. Verbandsinterne Umfragen und punktuelle

⁶ vgl.: <https://hebammen-niedersachsen.de/blog/personalbemessung-mit-der-loph-methode>

Abfragen durch einzelne Bundesländer können eine systematische Datenerhebung nicht ersetzen. Es ist absolut unverständlich, warum Bund und Länder sich weiterhin diese Wissenslücke in einem für Frauen und Familien so essentiellen Versorgungsbereich leisten.

Der DHV wünscht sich dringend, dass die Datenerhebung verbindlich und verpflichtend wird. Über reine Zahlen zum Leistungsangebot der Hebammen hinaus ist es zudem wichtig, eine umfassende Bedarfsanalyse der (werdenden) Mütter und Familien durchzuführen (Siehe Handlungsfeld 3). Zu beiden Erhebungen sind die relevanten Berufsgruppen sowie Interessenvertretungen der Frauen und Familien zu beteiligen.

In diesem Rahmen schlägt der DHV ein **Zentrales Register für die Erfassung von Hebammen** vor. Es gibt in Deutschland kein zentrales Register der tätigen Hebammen. Dieses Register ist erforderlich, um mit validen Zahlen auf die Bedarfe in der Versorgungslandschaft adäquat reagieren zu können. Dieses Register, mit der verpflichtenden Meldung der Berufstätigkeit, muss auf Bundesebene geführt werden, um Fehlerquellen zu vermeiden. Die bereits bestehende gemeinnützige Organisation der HebammeNGemeinschaftshilfe e.V. (HGH) würde sich im Rahmen eines staatlichen Auftrags bzw. einer staatlichen Beileihung für diese Aufgabe anbieten. Der DHV schlägt daher die Konkretisierung der Maßnahme wie folgt vor:

Maßnahme: Schaffung eines zentralen Register für die Erfassung von Hebammen

Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt die Einrichtung eines Zentralen Register der in Deutschland tätigen Hebammen, um eine bessere Versorgungsplanung für Bund, Länder und Kommunen zu ermöglichen.

4. Nationale Strategie zur Stillförderung:

Die Nationale Strategie zur Stillförderung ist eine ambitionierte Willenserklärung zu einer gesamtgesellschaftlich verankerten Stillförderung. Der DHV war am partizipativen Entstehungsprozess beteiligt und unterstützt die Inhalte vollumfänglich. **Leider vollzieht sich die Umsetzung sehr schleppend aufgrund mangelnder finanzieller und personeller Ausstattung.** So ist beispielsweise nur eine Stelle vorgesehen, die die Koordination der Umsetzung der Nationalen Strategie zur Stillförderung übernehmen soll. Erst im Januar 2023 wurde diese Position besetzt. Aktuell ist einer der Arbeitsschwerpunkte Daten zur Versorgungssituation zu erheben, um eine Grundlage für weitere Planungen zu schaffen. Eine weitere Grundlage für fast alle Strategiefelder, die Fertigstellung der S3-Leitlinie "Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung" wurde für 2022 angekündigt, wird aber voraussichtlich erst 2024 erfolgen. Deshalb fordert der DHV mehr Einsatz von Seiten der zuständigen Ministerien, um diese Thematik voranzubringen.

Der DHV setzt sich für die flächendeckende Umsetzung der Empfehlungen zur Stillförderung in Krankenhäusern ein, weil sie den optimalen Start in gelingendes Stillen sichern. Um eine flächendeckende Wirkung zu erzielen, ist die systematische Einbindung der Kliniken absolut notwendig. Insbesondere bedarf es verpflichtender Qualitätsstandards und Qualitätssicherungsmaßnahmen (QM) im klinischen Setting, um Frauen und Familien direkt nach der Geburt einen guten Start in die Stillzeit zu ermöglichen. Dafür ist es sinnvoll, alle geburtshilflichen Kliniken anzuhalten, durch QM Vorgaben die 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen der WHO/UNICEF-Initiative "Babyfreundlich" vollumfänglich umzusetzen.

Dies wurde bereits 1989 in den Empfehlungen zur Stillförderung in Krankenhäusern der Nationalen Stillkommission und der gynäkologischen und pädiatrischen Fachverbände angeregt.⁷ Trotzdem sind nur ca. 100 von rund 630 geburtshilflichen Kliniken in Deutschland babyfreundlich zertifiziert.

Zusammenfassend spricht sich der DHV für folgende zusätzliche Maßnahmen aus:

⁷ vgl.: <https://www.stillen.de/wp-content/uploads/2017/02/BfR-Stillförderung-in-Krankenhäusern.pdf>

Maßnahme: Ausbau der Koordinierungsstelle zur Umsetzung der Nationalen Strategie zur Stillförderung

Die Bundesregierung setzt sich für eine der Wichtigkeit des Themas angemessene finanzielle und personelle Ausstattung der Koordinierungsstelle ein, um die Ziele der Nationalen Strategie zur Stillförderung zum Wohle der Familien wie auch der Gesellschaft zeitnah umzusetzen.

Maßnahme: Verpflichtende Umsetzung von QM Vorgaben zum stillfreundlichen Krankenhaus nach Vorgaben der WHO/UNICEF Initiative "Babyfreundlich"

Bund und Länder vereinbaren, dass im Rahmen der Krankenhausreform und darüber hinaus Krankenhäuser verbindliche QM-Maßnahmen zur Umsetzung der Vorgaben der 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen der WHO/UNICEF-Initiative "Babyfreundlich" umsetzen müssen.

Handlungsfeld 2: Interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit rund um die Geburt stärken

Im NGZ wird deutlich herausgearbeitet, dass eine Verbesserung der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit die Ergebnisse im Bereich Geburtshilfe deutlich verbessern würde. Daher kommt diesem Handlungsfeld besondere Bedeutung zu. Auch wenn diese Aufgabe im Aktionsplan klar benannt wird, fehlen eindeutig definierte zukünftige Maßnahmen, die die interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit stärken.

Dabei wären hier mutige Reformen und Fortschritte sehr sinnvoll. Im wissenschaftlichen Gutachten der BQS 2018, in dem Erkenntnisse zur Schadensvermeidung in der Geburtshilfe gewonnen wurden, wurde festgehalten, dass insbesondere Maßnahmen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit positiv auf die Patientensicherheit wirken. Ein Ergebnis, das bereits in internationalen Studien belegt war.⁸ Standards und Leitlinien würden nur dann wirksam umgesetzt, wenn sie interprofessionell entwickelt sowie nachhaltig flächendeckend zur Anwendung kommen.

Das ungenutzte Potenzial solcher Maßnahmen zeigt sich im wissenschaftlichen Gutachten von IGES 2019. Nur die Hälfte der 2.101 Hebammen geben an, mit der Zusammenarbeit und starken Hierarchie zwischen Ärzt*innen und Hebammen zufrieden zu sein. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit sei schwierig und fachliche Differenzen über die Geburtshilfe eine ständige Quelle von Konflikten innerhalb der Teams.

Dies kann der DHV aus eigenen Umfragen bestätigen. Zu viele Hebammen verlassen die klinische Geburtshilfe, da ihre Kompetenzen von ärztlicher Seite nicht anerkannt werden und sie ihre Expertise für die physiologische Geburt nicht in ausreichendem Maße einbringen können. Ähnliche Rückmeldungen kommen aus der Pflege. In der ambulanten Versorgung und Betreuung von Schwangeren bestehen immer noch erhebliche Kommunikationsdefizite und Hürden zwischen fachärztlicher und Hebammenversorgung. Zu häufig wird der Irrtum verbreitet, Frauen müssen sich zwischen den Betreuungsangeboten entscheiden, anstatt Anspruch auf beides zu haben.

Unter diesen Bedingungen ist es kaum möglich, eine qualitäts- und ressourcenorientierte Zusammenarbeit zu etablieren, das eigene Handeln zu reflektieren und aus Fehlern zu lernen. Der DHV hält daher einen Ausbau der Maßnahmen im Handlungsfeld 2 für dringend notwendig und schlägt im Folgenden erste ergänzende Maßnahmen vor.

⁸ Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S., Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. (M. Zwarenstein, Hrsg.), CochraneDatabase of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2>

Zu 2a) Betreuung in der Schwangerschaft

Die zu begrüßende erfolgte Änderung der Mu-RL zur Klarstellung über Vorsorgeleistungen wird in der Praxis konterkariert und scheint erneut Irritationen auf ärztlicher Seite hervorgerufen zu haben. Trotz der Informationen der Berufsverbände wird in der Praxis weiterhin häufig gegenüber den Patientinnen die Aussage getätigt, dass durch die Streichung entweder eine hebammenhilfliche Vorsorge gar nicht möglich sei oder zumindest nicht in Kooperation bzw. im Wechsel mit Gynäkolog*innen. Oft wird auch angeführt, dass durch die im Wechsel durchgeführte Vorsorge zusätzliche Kosten entstehen würden. Frauen, die eine kooperative Vorsorge wünschen, fehlt vielfach die Energie und auch die Zeit hier eine Klärung herbeizuführen.

Auch im Bereich der Abrechnung führen die unklaren Regelungen weiterhin zu Problemen. In der Praxis werden verschiedene Laborleistungen, die im Rahmen der Schwangerenvorsorge anfallen, von den Laboren häufig nicht mehr erbracht, bzw. den Schwangeren privat in Rechnung gestellt, wenn sie von Hebammen in Auftrag gegeben werden. Diese Laborleistungen werden bislang nach Regeln der Mutterschaftsrichtlinien in Auftrag gegeben, der Vertrag zur Hebammenvergütung sieht eine Vergütung der Labore noch nicht vor. Die bisher geübte Praxis bis zu diesem Frühjahr, dass die Kosten getragen werden, egal ob der Auftrag von Hebammen oder Ärzt*innen erfolgt, wurde durch die Änderung der Mu-RL unterbrochen. Die Hoffnung, dass sich die Unsicherheit der Vergütung der fachärztlichen Betreuung und der Hebammenbetreuung klärt, hat sich demzufolge nicht erfüllt und dieses Beispiel zeigt, dass weitere Klarstellungen notwendig sind.

Laut Angaben der BARMER nehmen nicht einmal 1,2% der Frauen eine regelmäßige Betreuung in der Schwangerenvorsorge durch Hebammen wahr⁹. Paritätisch betreute Schwangere geben jedoch eine weitaus höhere Zufriedenheit an. Dies zeigt deutlich, welches Potential hier verschenkt wird.

Die Vorteile einer kooperativen, paritätischen Betreuung für das Outcome von Müttern und ihren Kindern werden in vielen Studien belegt. In Deutschland sind wir von diesem Ziel jedoch noch viel zu weit entfernt.

Der erste Schritt zur Erreichung dieses Ziels im Sinne des NGZ ist, dass G-BA und der Gesetzgeber durch geeignete Maßnahmen dafür zu sorgen, dass die gute Zusammenarbeit der Berufsgruppen nicht durch mögliche Fehlinterpretationen behindert wird:

Maßnahme: Klarstellung in der Mutterschutz Richtlinie im Bereich der Vorsorgeleistungen

*Für die Förderung der interprofessionellen Schwangerenvorsorge und Verbesserung der Informationslage wird die Präambel der Mu-RL durch eine deklaratorische Ergänzung im letzten Satz ergänzt: **“Die Hebammenhilfe nach §24d SGBV ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie. Dies schließt eine fachgerechte Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme nicht aus.”***

Darüber hinaus ist dafür Sorge zu tragen, dass bereits zu einem frühen Zeitpunkt in der Schwangerschaft Informationen zu den Möglichkeiten der Vorsorge an die Paare herangetragen werden sollten. Nur so haben sie die Möglichkeit ihren Anspruch zu kennen und eine Schwangerenvorsorge nach ihren Wünschen zu wählen und einzufordern (siehe auch 3b und 4a).

Zu 2b) Interprofessionelle Leitlinien in der Geburtshilfe

Der DHV begrüßt das Engagement des Bundes, die Erstellung aktueller, evidenzbasierter Leitlinien zu fördern. Es fehlt bislang jedoch die Verpflichtung gegenüber den klinischen und ambulanten

⁹ vgl: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1690-7079>

Hertle, D., Lange, U., Wend, D. Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER, Gesundheitswesen 2023; 85(04): 364-370 DOI: 10.1055/a-1690-7079

Leistungserbringern, die vorhandenen Leitlinien anzuwenden. Siehe auch Handlungsfeld 3a) Leitlinien.

Für das Handlungsfeld 2 ist festzuhalten, dass die aktuelle Zusammensetzung der Arbeitsgruppen für die Erarbeitung und Weiterentwicklung von Leitlinien den interprofessionellen Charakter der Geburtshilfe nicht angemessen wiedergeben. Bislang sind die AGs stark ärztlich dominiert, Hebammen- und Pflegewissenschaftler*innen und Praktiker*innen haben nur eine untergeordnete Rolle. Leitlinien rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett müssen jedoch das breite fachliche Wissen der verschiedenen an der Geburtshilfe beteiligten Berufsgruppen abbilden. Ärzt*innen sind für die Pathologie und die Intervention im Notfall ausgebildet, Hebammen für die Physiologie und für die Prävention. Es braucht beide Expertisen, um den Geburtsprozess zu beschreiben und Qualitätsstandards bis hin zu notwendigen Interventionen ableiten zu können. Darüber hinaus sollte zukünftig auch die Perspektive der Patient*innen einbezogen werden, um die heute angestrebte patient*innenorientierte Versorgung umzusetzen:

Maßnahme: Interprofessionelle und patient*innenorientierte Zusammensetzung der Leitliniengruppen reformieren

*Die Zusammensetzung der Leitliniengruppen zur Erarbeitung klinischer Leitlinien sollte die verschiedenen relevanten Berufsgruppen gleich stark repräsentieren. Außerdem sollte eine Patient*innenvertretung an der Erstellung mitarbeiten.*

Zu 2c) Hebammengeleitete Kreißsäle

Grundsätzlich befürwortet der DHV die Darstellung der Hebammenkreißsäle. Die Feststellung, dass für einen Hebammenkreißsaal weder bindende Vorgaben gelten noch dass dieser einer Qualitätssicherung obliegt, ist jedoch irreführend. So operieren die im Netzwerk der Hebammenkreißsäle des DHV organisierten Kreißsäle nach einheitlich festgelegten Vorgaben und strengen Qualitätskriterien auf Basis des Konzepts "Hebammenkreißsaal im DHV". Zudem arbeitet der DHV gemeinsam mit den großen Versicherern an einer Risikoauditierung, die kurz vor der Umsetzung steht. Was bislang fehlt, sind vom Gesetzgeber verbindlich umgesetzte, einheitliche Regelungen. Hierzu muss im Aktionsplan eine sachlich korrekte Klarstellung erfolgen.

Besonders bekräftigen möchte der DHV, dass der Hebammenkreißsaal die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Hebammen und die Arbeitszufriedenheit der Hebammen stärkt. Umso bedauerlicher ist es, dass der weitere Ausbau allein von der Organisationshöhe der Krankenhäuser und der konkreten Kooperationsbereitschaft der beteiligten Berufsgruppen abhängt.

Der existierende Fokus des Finanzierungssystems auf medizinische Interventionen und die daraus resultierenden Fehlanreize erschweren die Einrichtung von Hebammenkreißsälen erheblich, eine dauerhafte Finanzierung erscheint bislang unmöglich. Das muss sich ändern, denn der Hebammenkreißsaal wird schon im NGZ als ein klares Instrument zur Stärkung der physiologischen Geburt benannt und muss nun mit Maßnahmen hinterlegt werden.

Maßnahme: Stärkung der physiologischen Geburt durch der Ausbau von Hebammenkreißsälen auf Grundlage gesetzlich verankerter Standards

- 1. Der Hebammenkreißsaal muss in der Krankenhausstruktur auf allen Versorgungsleveln oder -ebenen mit in die Planung aufgenommen und dessen Finanzierung innerhalb der Krankenhausstruktur ermöglicht werden. Dafür müssen entsprechend einheitliche Standards und überprüfbare Kriterien festgelegt werden. Dabei kann auf bereits existierende Strukturen wie das Konzept "Hebammenkreißsaal im DHV" zurückgegriffen werden.*
- 2. Bei der Ausarbeitung der Leistungsgruppe(n) zur Geburtshilfe muss die Möglichkeit für die hebammengeleitete Geburtshilfe, unabhängig von der ärztlich geleiteten Geburtsmedizin, explizit geregelt werden, um die Versorgungssicherheit und die Versorgungsqualität*

flächendeckend wiederherstellen zu können. Hierfür muss geprüft werden, ob die Abbildung verschiedener Voraussetzungen der hebammengeleiteten Geburtshilfe und ärztlich geleiteten Geburtsmedizin, wie zum Beispiel beim Personal, innerhalb einer Leistungsgruppe überhaupt möglich oder für die Förderung der hebammengeleiteten Geburt die Einführung einer eigenen Leistungsgruppe notwendig ist.

3. *Die physiologische Geburt muss sich zukünftig für Kliniken genauso rechnen wie eine Sectio oder andere Interventionen. Dafür müssen die Fallpauschalen/DRGs grundlegend überarbeitet werden. Das ist eine grundlegende Voraussetzung für die Umsetzung, den Ausbau und die Finanzierbarkeit der Hebammenkreißsäle.*
4. *Dafür setzt sich die Bundesregierung im Rahmen der Krankenhausstrukturreform und darüber hinaus ein. (siehe auch Handlungsfeld 1)*

Hebammenkreißsäle sind nicht die einzige Form der hebammengeleiteten Versorgung. Das NGZ macht deutlich, dass es sich bei der Lebensphase rund ums Kinderkriegen um einen ganzheitlichen Prozess im Leben einer Frau und Familie handelt. Die Geburt des Kindes ist hierbei sicherlich das zentrale Ereignis. Sie ist eingebettet zwischen die Schwangerschaft und das Wochenbett. Die dabei herrschenden intersektoralen Grenzen stellen häufig eine Hürde in der angemessenen Versorgung der Familien dar und schränken die Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit der Eltern ein.

Innovative Versorgungsmodelle wie Midwife-led Continuity of Care Modelle helfen, diese Trennung aufzuweichen und tragen zur Verbesserung des Outcomes von Mutter und Kind bei. Dabei betreuen Hebammen in kleinen Teams, Frauen ohne oder mit nur einem geringen Risiko, während der Schwangerschaft, während der Geburt und auch im Wochenbett. Sie leiten bei Bedarf zu Ärzt*innen oder Spezialist*innen weiter. Sie können in eigenen Praxen, in Hebammenzentren, in medizinischen Versorgungszentren oder als freiberufliche Hebamme in Krankenhäusern angesiedelt sein. Diese Form der Betreuung führt nachweislich zu besseren Geburtsergebnissen, sowie weniger Interventionen, Fehl- oder Totgeburten¹⁰.

Darüber hinaus belegen internationale Studien die Attraktivität dieses Versorgungsmodells für Hebammen (weniger Depressionen, weniger Burn-Out, höhere Arbeitszufriedenheit). Diese Maßnahme hat also das Potential, die Verweildauer von Hebammen im Beruf erheblich zu steigern.

Maßnahme: Einführung von Midwife-led “Continuity of Care“-Modellen zur Stärkung der Eigenkompetenz und Selbstwirksamkeit der Frauen und zur Förderung der physiologischen Geburt

Die Bundesregierung fördert Modellvorhaben zur Implementierung von “Midwife-led Continuity of Care“-Modellen als besonders wirksames Betreuungsmodell zur Reduktion von Komplikationen während der Schwangerschaft und der Geburt und einer damit verbundenen niedrigeren Interventionsrate. Dafür werden Hebammenzentren oder die Einbindung der Hebammen in Medizinische Versorgungszentren entsprechend unterstützt.

Zu 2d) Intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit im Hebammenstudium, in der Pflegeausbildung und im Medizinstudium

Der DHV bestätigt ausdrücklich, dass die Möglichkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen der reformierten Studien- und Prüfungsordnungen deutlich verbessert wurden. In der Praxis wird diese Zusammenarbeit bislang aber nur an sehr wenigen Standorten umgesetzt.

Dies ist überaus bedauerlich: Wir brauchen innerhalb der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen ein grundlegendes gegenseitiges Verständnis über die Kompetenzen der

¹⁰ Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D., Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev, 2016. 4(4): p. Cd004667.

angrenzenden Disziplinen. Nur so kann die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit gelebt werden. Um diesen Prozess voranzutreiben, formuliert der DHV zusätzliche Vorschläge unter "Handlungsfeld 2 - weitere vorgesehene Maßnahmen".

Zu e) Intersektorale Zusammenarbeit bei der Versorgung von belasteten Familien

Der DHV schätzt den Wert und die positiven Auswirkungen der intersektoralen Zusammenarbeit im Bereich der Frühen Hilfen grundsätzlich enorm hoch ein.

Die im Aktionsplan aufgeführten interprofessionellen Qualitätszirkel sind jedoch noch nicht in der Fläche umgesetzt und i.d.R. nur mit Ärzt*innen und Akteur*innen der Gesundheits- und Jugendhilfe besetzt. Für eine bessere Zusammenarbeit sollte zukünftig die Teilnahme von Familienhebammen an den interprofessionellen Qualitätszirkeln umgesetzt und finanziert werden. Familienhebammen können in den Qualitätszirkeln, besonders aus ihrer praxisbezogenen Arbeit in den Familien heraus, einen wertvollen Beitrag leisten.

Es ist begrüßenswert, wenn vielfältige Berufsgruppen ihren Blick auf Ressourcen und Belastungen von Schwangeren und ihre Familie ausbauen und professionalisieren. Dabei sollten aber bewährte Strukturen wie Schwangerenberatungsstellen und Angebote in den Familienzentren im Rahmen dieses Aktionsplanes Erwähnung finden und gestärkt werden, bevor neue und ggf. parallele Strukturen geschaffen werden, denn dort läuft bereits eine gute Zusammenarbeit.

Maßnahme: Beteiligung der Familienhebammen an den interprofessionellen Qualitätszirkeln und Festigung bewährter Strukturen der Frühen Hilfen

Die Bundesregierung bemüht sich im Rahmen der Frühen Hilfen um die Beteiligung der Familienhebammen und weiterer Gesundheitsfachkräfte an den interprofessionellen Qualitätszirkeln. Bewährte Strukturen in der Versorgung belasteter Familien, wie die Schwangerenberatungsstellen und die Angebote der Familienzentren, werden verstetigt und dauerhaft finanziert. Informationen über ihre Angebote werden allen Familien barrierefrei zugänglich gemacht.

Zu Handlungsfeld 2 - Weitere vorgesehene Maßnahmen:

Insgesamt fällt auf, dass unter "Weitere vorgesehene Maßnahmen" keine direkten, in die Zukunft gerichteten Maßnahmen im Sinne des Handlungsfelds aufgeführt sind. So dienen Richtlinien, die zum Thema Stillen an dieser Stelle aufgeführt werden, unter Umständen indirekt der interprofessionellen Zusammenarbeit, ihr konkreter Beitrag dazu wird an dieser Stelle aber nicht plausibel dargelegt. Die Anmerkungen und Maßnahmen des DHV zum Thema Stillen sind unter Handlungsfeld 1 zu finden.

Der DHV sieht aber die Notwendigkeit, konkrete Maßnahmen mit direktem Bezug zur interprofessionellen Zusammenarbeit aufzustellen, denn die **starre hierarchische Struktur in und rund um die Geburtshilfe stellt ein Grundproblem dar. Es bedarf dringend struktureller Maßnahmen**, um eine **Teamkultur auf Augenhöhe aktiv zu fördern**. Das Rollenverständnis und die jeweiligen Arbeitsfelder und Schnittmengen der beteiligten Berufsgruppen müssen ausgearbeitet und mit team-gestaltenden Maßnahmen in der Praxis unterstützt werden. Es bedarf konkreter Angebote, die idealerweise schon in der gemeinsamen Ausbildung von Hebammen und Ärztinnen, aber auch von weiteren Berufsgruppen wie der Pflege anfangen und sich in Fort- und Weiterbildungsangeboten sowie im Praxistraining fortsetzen. Die bestehenden Strukturen konterkarieren die Ziele des NGZ zur Steigerung der Versorgungsqualität und können sogar die Patientensicherheit durch mangelnde interprofessionelle Kooperation gefährden.

Maßnahme: Interprofessionelle und interdisziplinäre Aus-/Fort- und Weiterbildungen sowie Notfalltrainings stärken

Bund und Länder verpflichten sich zur Schaffung:

- 1. interprofessioneller Studienangebote wie studiengangübergreifende Seminare, Vorlesungen und Praxisseminare z.B. in Skills-Labs für Hebammen, Fachärzte und Pflege über Vorgaben in Studien- und Prüfungsordnungen sowie der Rahmengesetzgebung und fördern die Umsetzung durch die Hochschulen.*
- 2. von länderübergreifenden interprofessionellen Fort- und Weiterbildungsangeboten*
- 3. von verbindlichen praktischen interprofessionellen Notfalltrainings (über Leistungsgruppen, QM und/oder Leistungsparameter)*

Das NGZ macht deutlich, dass die Lebensphase rund um die Geburt gesamtheitlich zu betrachten ist. Nur so können Maßnahmen sinnvoll aufeinander abgestimmt ergriffen werden. Aus diesem Grund halten wir es für unausweichlich, **auch die Zuständigkeiten in Politik und Verwaltung dementsprechend besser verzahnt zu organisieren.** Aktuell sind die Zuständigkeiten breit gestreut und komplex organisiert, es gibt z.B. keinen einheitlichen Ansprechpartner*in im BMG. Die Komplexität der Handlungs- und Regelungsebenen rund um die Hebammenversorgung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zwischen klinischem und ambulantem Setting lässt es sinnvoll erscheinen, über die Position einer Hebammen- bzw. Geburtshilfebeauftragten die Förderung der physiologischen Geburtshilfe im Ministerium zu fokussieren.

Die DGHWi fordert zur Stärkung der Hebammenwissenschaft eine "Chief-Midwife" zu etablieren. Der DHV sieht darüber hinaus Handlungsbedarf und setzt sich für eine Hebammen- oder Geburtshilfebeauftragte oder "Chief-Midwife" direkt auf Ebene des Ministeriums ein, um die vielfältigen Herausforderungen zur Förderung der physiologischen Geburt und dem Ausbau der Hebammenversorgung begegnen zu können. Eine Beauftragte könnte zudem eng mit der geforderten Koordinierungsstelle zur Umsetzung des Aktionsplans kooperieren. Dafür sind umfassende Kenntnisse sowohl der Strukturen der klinischen Geburtshilfe als auch Erfahrung in der freiberuflichen Praxis notwendig und lassen eine Ansiedlung direkt im Ministerium notwendig erscheinen.

Die Forderung, Hebammenexpertise verbindlich bei der Entwicklung von Qualitätsvorgaben und Leitlinien rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett einzubeziehen, teilt der DHV ausdrücklich:

Solange in **Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung** wie beispielsweise dem G-BA nur ärztliche Leistungserbringer beteiligt werden, kann sich die Ungleichbehandlung und einseitige Repräsentation von pathologie-orientierten Vorgaben nicht ändern. Auch in Regierungskommissionen, wie im Falle der Krankenhausreform, sind die weiteren medizinischen Berufsgruppen meist unterrepräsentiert oder gar nicht beteiligt, obwohl es mit den etablierten Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) hervorragende wissenschaftliche Expertise gibt. Der DHV stellt mit seinem Netzwerk von Expertinnen aus Praxis und Wissenschaft weitere Expertise zur Verfügung, die von Bund, Ländern und Gremien der Selbstverwaltung zwingend einbezogen werden müssten, um die Ziele des NGZ zu erreichen.

Der DHV betont ausdrücklich: Schwangere und gebärende Frauen, Mütter und ihre Kinder sind primär gesunde Menschen mit anderen Bedürfnissen als kranke Menschen. Die einzige für die Begleitung des gesamten Lebensabschnitts ausgebildete Fachperson ist die Hebamme. Im DHV sind von den schätzungsweise 26.000 Hebammen in Deutschland mehr als 22.000 organisiert. Diese kommen aus allen Tätigkeitsbereichen der Hebammenarbeit und bündeln diese umfassenden Kompetenzen im DHV. Aus diesem Grund sollte für eine nachhaltige Verbesserung der Geburtshilfe,

die Kompetenz der Hebammen und des DHV als maßgebliche Hebammenvertretung in die Entscheidungen verbindlich einbezogen werden. Das ist momentan nicht der Fall.

Deshalb fordert der DHV die Aufnahme folgender Maßnahmen:

Maßnahme: Einführung der Position einer Hebammenbeauftragten im Bundesministerium für Gesundheit zur Förderung der physiologischen, frauenzentrierten Geburtshilfe

Auf Bundesebene wird eine Beauftragte für Hebammenversorgung etabliert, um Bund und Länder bei der Lösung der vielfältigen Herausforderungen zur Förderung der physiologischen Geburt und der flächendeckenden Sicherstellung der Hebammenversorgung zu beraten und zu unterstützen.

Maßnahme: Verbindliche Beteiligung der Hebammen im G-BA und weiteren zentralen Gremien bei allen Vorgängen, die Versorgung und Vorgaben rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betreffen

Der Gesetzgeber regelt, dass die Berufsvertretungen der Hebammen und weiterer relevanter Berufsgruppen im G-BA an allen Entscheidungen verbindlich beteiligt werden, die die Geburtshilfe und die Versorgung in Schwangerschaft und Wochenbett betreffen.

Das Gesundheitsministerium stellt durch geeignete Maßnahmen sicher, dass in entscheidenden Reformprozessen und wissenschaftlichen Kommissionen, die direkt oder indirekt die Geburtshilfe betreffen, die Vertretung der Hebammen gewährleistet ist.

Handlungsfeld 3: Qualität der Betreuung rund um die Geburt weiterentwickeln

Grundsätzlich ist es notwendig, dem NGZ "Gesundheit rund um die Geburt" die gleiche rechtliche Grundlage zu verschaffen, die anderen nationalen Gesundheitszielen eine größere Verbindlichkeit gewährt. Dazu muss das NGZ in das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) aufgenommen werden.

Maßnahme: Aufnahme des NGZ Gesundheit rund um die Geburt ins Präventionsgesetz

Die Bundesregierung initiiert die Aufnahme des NGZ "Gesundheit rund um die Geburt" in das Präventionsgesetz (PräVG) und stellt es damit allen anderen Nationalen Gesundheitszielen gleich.

Zu 3a) Leitlinien

Eine ausführlichere Kommentierung zur Bedeutung der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung von Leitlinien ist unter Handlungsfeld 2b) "Interprofessionelle Leitlinien in der Geburtshilfe" zu finden.

Die Evidenzbasierung ist in der Medizin selbstverständlich geworden. Allerdings fehlt häufig die Verpflichtung, die von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden entwickelten Leitlinien in der klinischen und ambulanten Praxis flächendeckend und nachprüfbar umzusetzen. Die verpflichtende Umsetzung von Leitlinien ist insbesondere in der klinischen Geburtshilfe dringend geboten, da häufig tradierte, nicht evidenzbasierte Abläufe und Interventionen ohne Nachweis über deren positive Wirkung fortgeführt werden.

Die tatsächliche und überprüfbare Umsetzung der S3 Leitlinie "Vaginale Geburt am Termin" beispielsweise würde der Umsetzung des NGZ großen Vorschub leisten. Die in dieser Leitlinie ausformulierten Handlungsempfehlungen, basierend auf höchstem Evidenzniveau und sind geeignet, die im NGZ ausformulierten geburtshilflichen Ziele zu erreichen. Zu viele Kliniken sind jedoch noch immer weit von der Umsetzung der Vorgaben entfernt.

Der DHV mahnt daher folgende Maßnahme an:

Maßnahme: Verpflichtende und überprüfbare Umsetzung von Leitlinien

Die verpflichtende und überprüfbare Umsetzung von Leitlinien wird in der Qualitätssicherung und in der Ausgestaltung aller Leistungs- und Qualitätskriterien zu Grunde gelegt.

Der DHV begrüßt in diesem Zusammenhang die in "Weitere vorgesehene Maßnahmen zum Handlungsfeld 3" aufgeführte Intention der Entwicklung und Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien und betont die Dringlichkeit, eine Leitlinie zur interprofessionellen Schwangerenbetreuung zu entwickeln. Der DHV unterstützt auch die Forderungen der DGHWi, weiterführende Leitlinien zu „Fehl-/Totgeburt“, „Wochenbett“ und „Psychische Beeinträchtigungen im Wochenbett“ zu erarbeiten.

Die vorhandene S2k-Leitlinie „Prävention und Therapie der Frühgeburt“ aus dem Jahr 2022 sollte auf Grundlage von aktuellen Evidenzen zu einer S3 Leitlinie aufgewertet werden, um weitere Faktoren wie die positiven Effekte von psychosozialen Interventionen und einer kontinuierlichen Hebammenbetreuung abzubilden. Dies dient dem Ziel, die stabil hohen Rate an Frühgeburten zu senken.

Die Forderung des Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. (AKF) eine deutlich gestärkte Patient*innenbeteiligung aufzubauen, unterstützt der DHV ausdrücklich. Zur Etablierung einer frauenzentrierten Geburtshilfe ist die Stärkung der Beteiligung der Perspektive der schwangeren Frauen und ihrer Familien essentiell und sollte daher systematisch in die Richtlinien-Systematik überführt werden.

Maßnahme: Förderung und Umsetzung neuer AWMF-Leitlinien zur Betreuung in Schwangerschaft und Wochenbett

*Das BMG initiiert und fördert die Entwicklung zusätzlicher AWMF-Leitlinien zur interprofessionellen Betreuung in der Schwangerschaft und im Wochenbett, die auch die Unterstützung des Prozesses der Familiengründung, frühzeitige Stillberatung und soziale Unterstützung umfasst. Wie bei den Leitlinien "Vaginale Geburt am Termin" und "Kaiserschnittgeburt" bereits bewährt, müssen daran neben den Fachgesellschaften auch Betroffenenvertreter*innen verstärkt mitwirken können.*

Zu 3b) Erweiterung des Anspruchs auf Hebammenhilfe im Wochenbett

Die zeitliche Ausweitung des Anspruchs auf Hebammenleistungen ist als äußerst positiv zu bewerten und unterstreicht die Bedeutung der Hebammenbetreuung im Wochenbett. Um die hier erwähnten Leistungen in ausreichendem Umfang anbieten zu können, verweist der DHV auf Maßnahmen zur Absicherung der freiberuflichen Hebammen in Handlungsfeld 1 und auf die Stärkung der Frühen Hilfen wie in Handlungsfeld 2 beschrieben.

Zu 3c) Reformierte Hebammen-Ausbildung

Der DHV sieht die reformierte Hebammen-Ausbildung sehr positiv, der Prozess ist aber mit der Einführung des Bachelorabschluss noch nicht abgeschlossen. Mit der Akademisierung des Hebammenberufes ist nach dem Bachelorabschluss, der zur Berufsausübung qualifiziert, eine darauf aufbauende akademische Laufbahn möglich. Neben interdisziplinären Studiengängen wie z.B. wissenschaftlichen, pädagogischen, oder allgemein gesundheitsbezogenen Inhalten, gibt es die ersten Masterstudiengänge für erweiterte Hebammen-Kompetenzen (Advanced Midwifery Practice (AMP)).

Hier liegt ein großes Potential, das es zu heben gilt: International wurde nachgewiesen, dass bei der häuslichen Versorgung von Risiko-Schwangerschaften durch AMP die Frühgeburtenrate und die Fälle von intrauterinem Fruchttod gesenkt werden konnten. Mit der akademischen Ausbildung auf

Masterniveau können hochqualifizierte Hebammen zudem selbst relevante Forschungsfragen definieren, Evidenz schaffen, Interprofessionalität leben und in z.B. ethisch schwierigen Situationen gut begründete Lösungen vorschlagen. Außerdem entstehen neue Karrieremöglichkeiten im klinischen und außerklinischen Setting, was auch die Attraktivität des Berufsbildes steigert.

Weitere Anpassungsbedarfe bestehen im Bereich vieler Weiterbildungsmaßnahmen, die nicht mehr zu einem akademischen Berufsbild passen, indem z.B. das wissenschaftliche Arbeiten bereits in die Grundausbildung inkludiert ist. Exemplarisch seien hier Fort- und Weiterbildungen zu Leitungs- und Schnittstellenaufgaben genannt.

Maßnahme: Ausbau Masterstudiengänge Hebammenwissenschaften

Bund und Länder erarbeiten eine Strategie zum Ausbau der Masterstudiengänge in den Hebammenwissenschaften, um den Prozess der Reformierung der Hebammen-Ausbildung fortzuführen und einen Beitrag zum Ausbau der Evidenzen rund um die physiologische Geburt sowie die Hebammenarbeit zu leisten.

Maßnahme: Anpassung der Fort- und Weiterbildungsangebote

Die Träger von Fort- und Weiterbildungsangeboten überprüfen diese Angebote und passen sie an die geänderten Qualifikationsprofile der akademischen Hebammenausbildung an.

Der DHV unterstützt ausdrücklich die Forderung des DPR, die Pflegeausbildung weiter zu reformieren und regt an, in diesem Zuge auch die Potentiale für die interprofessionelle Zusammenarbeit und gemeinsame Veranstaltungen und Seminare in der Ausbildung der medizinischen Fachberufe zu heben. Siehe auch Maßnahme zu interprofessionellen Aus-/ Fort- und Weiterbildungen sowie Notfalltraining im Handlungsfeld 2.

Zu 3d) Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement/ Beschwerdemanagement/ Betroffenenrechte rund um die Geburt

Im Bereich der Qualitätssicherung fehlen verbindliche Regelungen und ein Ausbau der Qualitätskriterien. Bislang fehlen zu zentralen Merkmalen der Geburtshilfe schlicht die Datengrundlage, die es ermöglichen würde, vergleichbare Aussagen über Qualität zu treffen.

Bislang ist es Schwangeren daher in vielen Bereichen nicht möglich, sich ein Bild über die angebotenen Leistungen der einzelnen Kliniken und deren Qualität zu verschaffen. Die Angaben der Kliniken sind größtenteils freiwillig und in keiner Weise vergleichbar. Viele wichtige Daten zur Beurteilung der Versorgungsqualität in der klinischen Geburtshilfe sind zudem schlichtweg nicht vorhanden, da sie bislang nicht systematisch erfasst werden. Es ist z.B. nicht ersichtlich, wie groß der Anteil physiologischer Geburtsverläufe oder wie hoch die Interventionsrate ist, wie sich der Betreuungsschlüssel mit Hebammen gestaltet, wie viele Geburten in der klinischen Geburtshilfe hebammengeleitet durchgeführt werden, wie viele Frauen in der Gebärtwanne oder aufrecht gebären oder ob es regelmäßige Notfalltrainings oder ein integriertes Verlegungskonzept gibt. Auch die Umsetzung und Einhaltung von klinischen Leitlinien der AWMF, wie z. B. der S3 Leitlinie "Vaginale Geburt am Termin" wird nicht verpflichtend dargestellt, ebenso wenig wie die Sectio- und Dammschnittrate.

Die Vorgaben zur Qualitätssicherung basieren zudem auf der falschen Annahme, dass eine höhere Fallzahl gleichzeitig eine höhere Qualität der Geburtshilfe bedingen würde. Für die Versorgung von Frühgeborenen ist eine Definition von Mindestmengen sinnvoll. Für die Versorgung von Reifgeborenen hingegen kann dies in der Praxis nicht bestätigt werden. Die Vorgaben des G-BA zu Mindestmengen von Geburten sind zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit und der Versorgungsqualität nicht sinnvoll und stellen einen eigenen Fehlanreiz dar. Andere qualitative Kriterien, wie interprofessionelle Notfalltrainings, gute Kommunikationsstrukturen im Team, etablierte Prozesse zur Betreuung der physiologischen Geburt und ein verlässliches

Verlegungskonzept sagen deutlich mehr über die Qualität der klinischen Geburtshilfe aus - bleiben bislang aber unberücksichtigt. Dies ist insbesondere für die Versorgung von Schwangerschaften mit geringem Risiko ein Problem, da die rein quantitativen Anreize einer Fehl-, Unter- und Überversorgung Vorschub leisten.

Die bisher definierten Qualitätssicherungsverfahren, zumindest für die klinische Geburtshilfe, sind daher nicht ausreichend. Eine Ursache dafür ist, dass für die Qualität der Geburtshilfe relevante Berufsgruppen, wie z.B. Hebammen, als Expertinnen für die physiologische Geburt, bislang nicht verbindlich an den Verfahren des G-BA beteiligt werden. Gute Qualitätsvorgaben und Richtlinien für die Versorgung in Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett müssen aber sowohl die Pathologie als auch die Physiologie umfassen. Sonst fehlt notwendige Expertise und Hintergrundwissen für die Förderung des physiologischen Geburtsverlaufs bei der Formulierung von Vorgaben und Standards. Siehe hierzu auch die Forderung zusätzliche Maßnahmen im Handlungsfeld 2 - Beteiligung im G-BA.

Der DHV wäre sehr enttäuscht, wenn die Qualität der Geburtshilfe nur über den Bereich von Qualitätssiegel und Qualitätsverträgen verbessert würde. Die Förderung der physiologischen Geburt muss als fester Bestandteil der QM-Vorgaben und Leistungskriterien implementiert werden.

Aus den hier dargelegten Gründen sind die Maßnahmen, die bisher im Aktionsplan vorgesehen sind, absolut nicht ausreichend. Daher schlägt der DHV hier erneut und dringend eine **Konkretisierung der Maßnahme zum Weiterentwicklungsbedarf qualitätssichernder Maßnahmen** vor, da die Verantwortung nicht alleine bei der Selbstverwaltung liegen kann:

Maßnahme: Überarbeitung der Qualitätskriterien zur Förderung der physiologischen Geburtshilfe in der Klinik

Die Bundesregierung veranlasst im Rahmen der Krankenhausreform und darüber hinaus die Überprüfung der relevanten Qualitätskriterien unter Einbezug der geltenden Leitlinien. Dafür müssen die Qualitätskriterien bzw. -indikatoren für die klinische geburtshilfliche Versorgung unter Einbezug aller relevanten Berufsgruppen grundlegend überarbeitet werden, um die ganzheitliche und umfassende Förderung physiologischer Geburtsverläufe gemäß dem NGZ abzubilden.

Der Aktionsplan nennt als wichtigen Aspekt zur Weiterentwicklung qualitätssichernder Maßnahmen **die leitlinienkonforme Durchführung von Geburtseinleitungen**. Das ist ein höchst sinnvolles Beispiel, das zeigt, wie eine verpflichtende Umsetzung von Leitlinien, die auch der DHV fordert, die Qualitätssicherung verbessern kann, denn wir haben in Deutschland die hohe Quote von 25 % Geburtseinleitungen¹¹ - und damit verbunden auch immer das Risiko weiterer Interventionen. Dadurch dass sehr früh und nicht leitliniengerecht eingeleitet wird, werden viele weitere geburtshilfliche Folgeprobleme produziert.

Der DHV begrüßt das im Aktionsplan erneut formulierte Ziel, den Anteil stillender Mütter und deren Stilldauer durch geeignete Maßnahmen zu erhöhen. Dafür sind vor allem frühzeitige Information und Beratung in der Schwangerschaft sowie konkrete praktische Hilfe im Wochenbett notwendig. Frauenärzte haben bislang keine Zuständigkeit und Expertise für das Stillen, können aber sicherlich sinnvoll über den Mehrwert des Stillen informieren. Informationen zum Stillen im Rahmen der Schwangerenvorsorge allein reichen jedoch nicht aus. **Zentral sind hier vor allem die kontinuierliche individuelle Beratung und persönliche Begleitung vor und besonders nach der Geburt.** Die konkrete Stillberatung sowie Begleitung liegt bei den Hebammen, die dies als Teil ihrer Ausbildung lernen und darüber hinaus vielfältige Fortbildungsangebote zur spezialisierten Stillberaterin zur Verfügung haben. Die Stillförderung ist Teil der Leistungsbeschreibung zur Wochenbettbegleitung durch Hebammen. Um diese Expertise den Frauen besser zugänglich zu

¹¹ vgl.: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-088ladd_S2k_Geburtseinleitung_2021-04.pdf S.6

machen, ist es daher sinnvoll, standardmäßig mind. zwei Stillberatungen durch Hebammen in der Schwangerschaft vorzusehen, sowie die Information über Vorteile des Stillens für Mutter und Kind ggf. in die Mutterschafts-Richtlinien aufzunehmen.

Im Bereich Beschwerdenrechte/Betroffenenmanagement rund um die Geburt fehlt im Aktionsplan ein wichtiges Thema, das hohe Dringlichkeit besitzt und auch in die öffentliche Debatte Einzug gehalten hat. **Im Patientenrechtegesetz gibt es keine konkreten Regelungen und Hilfsangebote zur Unterstützung bei traumatischen oder problematischen Geburtserfahrungen. Es bedarf dringend Ombudsstellen und den Ausbau und die Verstetigung von gezielten Unterstützungsangeboten**, wie z.B. dem Hilfetelefon "schwere Geburt"¹². Eine tatsächliche Aufarbeitung durch eine zentrale Beschwerdestelle mit systematischer Datenaufbereitung und Auswertung fehlt ganz. Der DHV verweist an dieser Stelle ausdrücklich auf die Stellungnahme des Bündnis gute Geburt, die wir unterstützen.

Der DHV schlägt daher folgende zusätzliche Maßnahmen vor:

Maßnahme: Systematische Aufarbeitung von traumatischen und problematischen Geburtserfahrungen sowie Ausbau von Unterstützungsangeboten

Um die Problematik von traumatischen oder problematischen Geburtserfahrungen zu adressieren, setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit für eine systematische Datenaufbereitung und -auswertung im Sinne der Istanbul-Konvention ein. Es richtet eine bundesweite zentrale Beschwerdestelle ein und unterstützt den Ausbau und die Verstetigung von weiteren Unterstützungsangeboten.

Zu 3e) Arzneimitteltherapiesicherheit rund um die Geburt

Der DHV begrüßt die Absicherung des Internetportals embryotox ausdrücklich, da sie dazu beiträgt, Evidenzen im Bereich der Arzneimittelanwendung rund um die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu schaffen und bereitzustellen. Darüber hinaus ist es sinnvoll, dieses Angebot der Zielgruppe bekannter zu machen.

Zu Handlungsfeld 3 - Weitere vorgesehene Maßnahmen :

Der DHV ist irritiert, dass laut Entwurf geprüft werden soll, **ob "ggfs. auch Fehlanreize" für die hohe Anzahl an Interventionen in der Geburtshilfe in Deutschland verantwortlich sind**. Die vorhandene Datenlage legt überzeugend dar, dass massive Fehlanreize vorhanden sind, die auch klar benannt werden können. Die drei wichtigsten sind:

- fehlende Leistungs- und Qualitätskriterien für die Betreuung physiologischer Geburten in der Krankenhausfinanzierung
- Fokus auf medizinische Interventionen bei Fallpauschalen/DRGs und Qualitätsvorgaben der bestehenden Systematik
- fehlende Vorgaben zur Betreuungsrelation/zum Personalschlüssel und zur verbindlichen Einhaltung relevanter Leitlinien

Die Krankenhausreform bietet jetzt die Möglichkeit, die existierenden Fehlanreize zu beheben und die Ziele des NGZ umzusetzen. Wenn erst noch ein Prüfauftrag über bekannte Missstände zwischengeschaltet wird, wird die Reform ohne eine Verbesserung der klinischen Geburtshilfe umgesetzt. Dies kann nicht im Sinne des vorliegenden Aktionsplans oder des NGZ sein.

Der Fokus der Schwangerenvorsorge liegt in Deutschland auf der Risikodetektion und ist geprägt von einem großen Angebot an IGeL Leistungen und einer hohen Frequenz ärztlicher

¹² vgl: <https://www.patientenberatung.de/de>

Schwangerenvorsorge. Dabei wird vernachlässigt, dass Schwangerschaften in der Regel ein physiologischer Prozess sind. Etwa 80 Prozent aller werdenden Mütter bekommen heute den Vermerk "Risikoschwangerschaft" im Mutterpass eingetragen. Dies suggeriert der Schwangeren einen gefährlichen, risikoreichen Zustand, der in keinster Weise mit dem perinatalen Ausgang übereinstimmt. Der DHV gibt zu bedenken, dass diese Risiko-Fokussierung eine große Verunsicherung der Schwangeren einerseits und auch eine große Verunsicherung der Ärzte zur Folge hat. Es gibt genügend Studien, die zeigen, dass eine interventionsreiche Schwangerenvorsorge in der Regel auch eine interventionsreiche Geburtshilfe nach sich zieht.

Die Schwangerenvorsorge muss dringend auf Evidenzbasierung hin überprüft und angepasst werden. Ebenso muss dringend auf eine wirkliche Kooperation der Berufsgruppen Hebammen und Gynäkologinnen zugunsten einer physiologischen Betrachtung der Schwangerschaft hingearbeitet werden.

Auch innerhalb der Krankenhaussystematik sind die Belege für existierende Fehlanreize sehr deutlich und werden von Kliniken, Fachärzten, Pflege und Hebammenvertretungen gleichermaßen benannt. Dass sich die physiologische Geburt im Gegensatz zur Sectio oder anderen Interventionen im System der DRGs nicht rechnet, ist bekannt. An dieser Grundproblematik ändert auch eine stärkere Gewichtung von Vorhaltekosten im Rahmen der Krankenhausreform alleine nichts, sondern es bedarf einer Überarbeitung der DRGs und der Einführung von Parametern, die die Geburtsbegleitung und die Hebammentätigkeiten dezidiert abbilden und entlohnen. Bereits im NGZ ist zudem festgehalten, dass die Förderung der physiologischen Geburt und insbesondere der hebammengeleiteten Geburt unnötige Interventionen mindert. Dies muss im Aktionsplan mit geeigneten Meilensteinen und Maßnahmen hinterlegt werden.

Der DHV sieht daher dringenden Bedarf, die im Entwurf aufgeführte Maßnahme anzupassen:

Maßnahme: Beseitigung existierender Fehlanreize der klinischen Geburtshilfe und Schwangerenvorsorge

- 1. Das Bundesregierung initiiert und überprüft die Beseitigung existierender Fehlanreize in der Finanzierung und Qualitätssicherung der klinischen Geburtshilfe, die medizinisch nicht indizierte Interventionen gegenüber der physiologischen Geburt begünstigen. Zur Entwicklung geeigneter Maßnahmen und Kriterien werden im Rahmen der Krankenhausreform sowie darüber hinaus (z.B. im Rahmen der Selbstverwaltung) die wissenschaftlichen Fachverbände und Berufsverbände aller relevanten Berufsgruppen einbezogen.*
- 2. Innerhalb dieses Prozesses wird eine präzise Analyse der Vorsorge (inklusive der IGeL-Leistungen), der Auswirkungen der risikoorientierten Kommunikation und der DRGs mit vorgesehen. Die Bundesregierung setzt sich in Gesetzgebungs- und weiteren Verfahren für eine Stärkung der ressourcenorientierten Beratung, der physiologischen Geburt und eine Senkung der Anreize hin zu nicht medizinisch notwendigen Interventionen ein, unter anderem durch Stärkung der hebammengeleiteten Geburt.*

Im Entwurf des Aktionsplans ist die hier anknüpfende Maßnahme "ein Fachgespräch mit den an der Geburtshilfe beteiligten Fachgesellschaften, mit dem Ziel, angesichts der vielfach risikoorientierten Kommunikation auch die ressourcenorientierte Beratung im Rahmen der Schwangerenvorsorge zu stärken". Dies erweckt den Eindruck, dass den Verfassern des Entwurfs gewisse Fehlanreize im System durchaus bekannt sind und entspricht in diesem Sinne dem vom DHV geforderten Prozess. Ein Fachgespräch ist natürlich zu begrüßen, scheint in diesem Kontext aber bei weitem keine ausreichende Maßnahme zu sein. Schon die Formulierung im Entwurf deutet klar an, dass es hier nicht unbedingt ein Erkenntnis- sondern ein Umsetzungsproblem gibt. **Es braucht, wie oben gefordert, eine klare Benennung der im System angelegten Fehlanreize und die Entwicklung von Maßnahmen zu ihrer Beseitigung.**

Der DHV begrüßt, dass die Bundesregierung die **Gesundheits- und Sozialforschung** rund um die Geburt ausbauen möchte sowie die angestrebte Studie zum Thema subjektives Geburtserleben. Hier existieren noch Erkenntnislücken, die für die nachhaltige Weiterentwicklung der Versorgung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett notwendig sind. Auch die Identifizierung weiterer Forschungslücken erscheint dringend notwendig. Der DHV sieht insbesondere noch Forschungsbedarf zur Zufriedenheit und zum Outcome von Mutter und Kind in verschiedenen Versorgungsmodellen. Hierfür gilt es zusätzlich den **Ausbau der Hebammenwissenschaft als junge Disziplin zu fördern** und die Nachwuchsförderung zu intensivieren. Ziel muss sein, die professionsspezifische wissenschaftliche Betrachtung der Vorgänge rund um die Geburt zu fördern und den Nachwuchs für die akademische Laufbahn zu sichern.

Maßnahme: Ausbau der Förderung der Hebammenwissenschaft

Bund und Länder fördern den Ausbau der Hebammenwissenschaft durch gezielte Promotionsförderprogramme sowie die Einrichtung spezifischer Forschungsförderprogramme.

Gleiche Erkenntnislücken existieren für die Auswirkungen von kooperativer Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Frauenärzt*innen. Zudem müssen Versorgungslücken von vulnerablen Familien identifiziert werden, um noch bessere und passgenaue Maßnahmen für ein niederschwelliges Angebot etablieren zu können.

Diese Forschungsvorhaben sind eng verknüpft mit der Notwendigkeit, in Zusammenarbeit mit den Ländern systematisch und bundesweit eine bessere Datengrundlage zu schaffen. (Vgl. weitere zusätzliche Maßnahmen im Handlungsfeld 1).

Der DHV gibt in diesem Zusammenhang jedoch zu bedenken, dass für das Etablieren nachhaltiger, interprofessioneller Forschungsaktivitäten in diesem gesellschaftlich wichtigen Thema mehr als nur Projektförderung notwendig ist. Der Aufbau neuer Forschungsfelder und Verbünde braucht Zeit und Ressourcen, die allein mit Projektanträgen nicht sichergestellt werden können. Wenn die Erkenntnisse zudem zeitnah in die Anwendung in der Praxis übertragen werden sollen, sollten diese Vorhaben auch im Bereich der Translationsforschung angesiedelt werden.

Der DHV ist überzeugt, dass für eine echte und dauerhafte Verbesserung der Geburtshilfe und der Gesundheit rund um die Geburt eine inter- und transdisziplinäre institutionelle Forschungsförderung notwendig ist, die hochschulische und außeruniversitäre Forschung miteinander verbinden kann.

Maßnahme: Förderung der Programm- und institutionalisierten Forschung zum Thema Geburtshilfe

Die Bundesregierung fördert die Einrichtung eines inter- und transdisziplinären Forschungsförderprogramms zur Versorgung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und prüft darüber hinaus die Einrichtung institutioneller Fördermöglichkeiten sowie die Beteiligung an Projekten der Translationsforschung.

Der DHV teilt die Einschätzung, dass ein frühzeitiges Erkennen von psychischen Belastungen und postnataler Depression besonders wichtig ist. Im Bezug auf die Unterstützungsleistungen der Frühen Hilfen, weisen wir darauf hin, dass auch Familienhebammen als Gesundheitslotsinnen in Kliniken tätig sind und bitten, diese in der Aufzählung und bei geeigneten Maßnahmen zu berücksichtigen.

Darüber hinaus möchte der DHV auf eine weitere wichtige Maßnahme verweisen. Ein Geburtsnachgespräch ist ein wichtiges Instrument, durch das postpartale Depressionen frühzeitig erkannt und Behandlungspfade für die Frauen geöffnet werden können. Die Rate postpartaler

Depressionen wird auf 12-25 % aller Gebärenden geschätzt¹³ und ist ein großer Faktor in der maternalen Morbidität. Auch an dieser Stelle scheint dem DHV wiederum kein Erkenntnis- sondern ein Umsetzungsproblem vorzuliegen, weshalb ein Review oder eine Expertise an dieser Stelle nicht als ausreichende Maßnahme festgelegt werden kann. Bestimmte Abläufe im Geburtsgeschehen sind für die Gebärende im Nachhinein oft schwer verständlich. Deshalb sind für das gesunde Erleben und Erinnern Rückfragen und Klärungen nach der Geburt eine wichtige Unterstützung und Versorgungsleistung. In der S2k-Leitlinie peripartale Blutungen¹⁴ werden verbindliche Angebote für Geburtsnachgespräche festgelegt. Der DHV fordert deshalb folgende zusätzliche Maßnahme:

Maßnahme: Leitliniengemäße verpflichtende Einführung des Geburtsnachgespräch für alle Gebärenden

Die Bundesregierung stellt durch geeignete Maßnahmen sicher, dass Geburtsnachgespräche leitliniengemäß für alle Gebärenden verpflichtend umgesetzt werden. Sie müssen für alle Gebärenden angeboten und klinisch sowie außerklinisch institutionalisiert werden, inklusive einer adäquaten Abrechnungsmöglichkeit.

Ein weiteres Thema, das im Aktionsplan ausgespart bleibt, ist die **Pränataldiagnostik**. An dieser Stelle verweist der DHV auf die Aussagen des DPR im Einklang mit den Empfehlungen des Deutschen Menschenrechtsinstitutes und unterstützt die folgende Maßnahme:

Maßnahme: Prüfung NIPD durch interdisziplinäres Gremium

*Ein umfassendes Monitoring zu den Folgen der Kassenzulassung von Verfahren und Leistungen nicht invasiver Pränataldiagnostik wird eingeführt. Ein interdisziplinäres Gremium, in dem Menschen mit Behinderung und Fachexpert*innen beteiligt werden, prüft die gesellschaftlichen, ethischen und rechtlichen Implikationen dieser Verfahren. Notwendig ist eine angemessene gesellschaftliche und politische Debatte zu den problematischen Implikationen des Umgangs mit Verfahren nicht invasiver Pränataldiagnostik gemäß Artikel 8 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), um „das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern“.*

Handlungsfeld 4: Information, Aufklärung und Gesundheitskompetenz rund um die Geburt verbessern

Zu 4a) Informationsangebote der Bundesregierung

Der DHV unterstützt die Stellungnahme des Bündnis Gute Geburt und betont: Schwangerschaft ist keine Krankheit, sondern ein normaler physiologischer Prozess. Die Zeit des Kindergebärens ist als Phase des Umbruchs zu verstehen, zu der physische, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen dazu gehören.

Alle Frauen und Familien brauchen in dieser Phase eine zugewandte und individuelle Unterstützung, vom ersten Tag der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit. Die meisten Frauen benötigen keine umfassenden *medizinischen* Maßnahmen, sondern Information und Unterstützung beim Umgang mit den physiologischen Prozessen. Diese Tatsache ist den (werdenden) Müttern bei weitem nicht ausreichend bekannt und so auch nicht in der Gesellschaft präsent.

Das Mutterwerden und besonders die Geburt wird immer wieder als großes Risiko dargestellt. Dadurch werden Frauen und Familien nicht selten daran gehindert, ihre freie Wahl im Bezug auf

¹³ vgl.: <https://www.nature.com/articles/s41398-021-01663-6>

¹⁴ vgl.:

https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-063l_S2k_Peripartale_Blutungen_Diagnostik_Therapie_PPH_2022-09_2.pdf 154ff

Behandlung, Betreuung und Geburtsort auszuüben, zu der zwangsläufig auch die Kenntnis aller Optionen dazu gehört. **Im Aktionsplan fehlen hier weiterhin Maßnahmen, wie die Kenntnis über die Bedeutung und die Potentiale der physiologischen Geburt in der Gesellschaft etabliert werden können.** Daher schlägt der DHV einen Ausbau der vorgeschlagenen Maßnahmen vor.

Maßnahme: multimediale Kampagne zur Bedeutung der physiologischen Geburt und des Stillens

Die Bundesregierung initiiert eine multimediale Kampagne zur gesellschaftlichen Aufklärung und Förderung über Schwangerschaft und Geburt als physiologische Prozesse sowie die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind.

Zu 4b) Angebote der Bundesstiftung Frühe Hilfen

Der DHV sieht die wichtige Arbeit der Bundesstiftung Frühe Hilfe und begrüßt jede Maßnahme, die ihre Arbeit erleichtert und ausweitet. Im Entwurf des Aktionsplans finden sich an dieser Stelle leider keine neuen Maßnahmen. Zum weiteren Optimierungspotenzial im Sinne des NGZ siehe auch Maßnahmen im Handlungsfeld 2.

Zu 4c) Reformiertes Hebammenstudium

Der DHV sieht das reformierte Hebammenstudium als wichtigen Meilenstein zur Verbesserung der Versorgung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, da es angehenden Hebammen in deutlich größerem Umfang die notwendigen Kompetenzen vermittelt, um werdenden Müttern und Familien in besonderen Lebenslagen mit Hilfe und Rat zu betreuen. Zum weiteren Optimierungs- und Weiterentwicklungspotenzial im Sinne des NGZ siehe auch Maßnahmen im Handlungsfeld 2 und 3.

Zu Handlungsfeld 4 - Weitere vorgesehene Maßnahmen:

Zur Maßnahme Überprüfung von Materialien hat der DHV folgende Ergänzungen: Die evidenzbasierte Aufklärung über den physiologischen Geburtsprozess in Informationsmaterialien ist ein wichtiger Baustein für die Erreichung der Ziele des NGZ. Als Voraussetzung einer besseren Aufklärung in der Breite der Gesellschaft braucht es die kritische Überprüfung der vorhandenen Informationsmaterialien. Dies wäre auch die Voraussetzung für Maßnahmen wie eine multimediale Kampagne, um alle gesellschaftlichen Gruppen erreichen zu können. Der DHV empfiehlt daher folgende Anpassungen und Ergänzungen:

Maßnahme: Stärkung der Aufklärung über den physiologischen Geburtsprozess in Informationsmaterialien

Die Bundesregierung wird ihre eigenen Materialien sowie die Materialien der Geschäftsbereichsbehörden zur Information und Aufklärung rund um die Geburt überprüfen, aktualisieren und ggf. ergänzen. Dabei soll eine ressourcenorientierte Perspektive auf Schwangerschaft und Geburt eingenommen werden und in Einklang mit dem Ziel der Umsetzung des Nationalen Gesundheitszieles ein besonderes Augenmerk auf die physiologische Geburt sowie die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind gelegt werden. ~~und~~ ~~die~~ Die Bedarfe von vulnerablen Gruppen sollen stärker in den Blick genommen werden, indem die Materialien beispielsweise jeweils barrierefrei formuliert und zur Verfügung gestellt werden.

Die Informationen der von der Bundesregierung geförderten Institutionen müssen einheitlich sein und evidenzbasiert erfolgen. Auf nicht evidenzbasierte Untersuchungen, wie die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), sollte hingewiesen werden. Als Grundlage sollen dafür die vom IQWiG erstellten, evidenzbasierten Informationsmaterialien und Entscheidungshilfen zu allen diagnostischen, therapeutischen, präventiven und rehabilitativen medizinischen und nicht-medizinischen Maßnahmen und Angeboten an Schwangere dienen.

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Verbesserung der Informationslage ist die Mu-RL. In der Mu-RL sollte festgehalten werden, dass in der Frühschwangerschaft sowohl von den Hebammen als auch von den Ärzten eine umfassende Aufklärungsarbeit erbracht werden muss, die die Frauen in die Lage versetzt, gut informiert und frei über ihre Optionen der zu entscheiden.

Zum Thema Stillförderung möchte der DHV darauf hinweisen, dass das Nationale Zentrum Frühe Hilfen ein Faktenblatt veröffentlicht hat, das auf den **Zusammenhang von sozialen Belastungen und die Stillhäufigkeit verweist**.¹⁵ Hier liegt also bereits ein konkreter Ansatzpunkt vor, welche Zielgruppen besonders adressiert werden müssen. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Zusammenhänge des Stillverhaltens mit der familiären Belastungssituation gelegt werden. Den Familienhebammen kommt eine zentrale Rolle zu, um diese Gruppen zu erreichen.

Maßnahme: Die Rolle der Familienhebamme für die Stillförderung vulnerabler Gruppen stärken

Dabei sollen vor allem auch jene Gruppen in den Blick genommen werden, die bislang seltener und/oder kürzer stillen. Das Stillverhalten steht im Zusammenhang mit der sozialen Situation von Müttern und Familien. Für eine bedarfsgerechte Versorgung und den niedrigschwelligen Zugang zu Informationen muss daher unter anderem die Rolle der Familienhebammen gestärkt werden. Eine bundeseinheitliche und bedarfsgerechte Vergütung der Familienhebammen ist dafür eine Voraussetzung.

Weitere Maßnahmen zum Ausbau der Strukturen der Frühen Hilfen siehe auch unter Handlungsfeld 1 und 3.

Der DHV sieht es als wichtiges Ziel an, das Gesundheitssystem in Deutschland mehr auf Gesundheitsförderung auszurichten. Ein "Runder Tisch Bewegung und Gesundheit" kann dazu einen Beitrag leisten. **An dieser Stelle verweist der DHV ausdrücklich auf die Stellungnahme des DPR und die Forderung nach einer "Nationalen Strategie zur Förderung des Umgangs mit Erkrankungen und Notfallsituationen im Kindesalter".**

Berlin, den 07.09.2023

*Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit mehr als 22.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Hebammen in den Frühen Hilfen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschüler*innen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.*

¹⁵ vgl.:

https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-7-NZFH-Prävalenzforschung-Zusammenhaenge-des-Stillverhaltens-mit-der-familiären-Belastungssituation.pdf