



Stellungnahme
Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) e.V.

zum Aktionsplan der Bundesregierung
„Gesundheit rund um die Geburt“

Der BfHD vertritt die wirtschafts- und berufspolitischen Interessen von rd. 1.000 freiberuflich tätigen Hebammen in Deutschland, sei es in freiberuflicher Praxis, in hebammengeleiteten Einrichtungen („Geburtshaus“), aber auch in der stationären Geburtshilfe als sog. Dienst-Beleghebamme oder Begleit-Beleghebamme. Freiberufliche Hebammen arbeiten ferner im Bereich „Frühe Hilfen“ sowie in diversen anderen kommunalen Einrichtungen. Der BfHD ist „maßgeblicher Berufsverband der Hebammen“ nach § 134a SGB V. Er fühlt sich insbesondere der außerklinischen Geburtshilfe und der 1:1-Betreuung von Schwangeren und Müttern verpflichtet. Der BfHD ist politisch, weltanschaulich und konfessionell neutral.

Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.
Kasseler Str. 1a
60486 Frankfurt
Telefon: 069/79 53 49 71
Internet: www.bfhd.de
E-Mail: geschaeftsstelle@bfhd.de

Vorbemerkung

Der BfHD nimmt Stellung zum Aktionsplan der Bundesregierung, indem er dessen jeweiligen Gliederungspunkten Kommentare anfügt, soweit er dies für geboten hält.

A. Kommentierung des Aktionsplans

Handlungsfeld 1: Versorgungsstrukturen rund um die Geburt sicherstellen

Ausgangslage/Sachstand

Werdende Mütter und junge Familien haben rund um die Geburt Anspruch auf Geburtshilfe sowie umfassende Vor- und Nachsorgeleistungen. Damit diese Leistungen in Anspruch genommen werden können, müssen entsprechende Kapazitäten zur Verfügung stehen. Bei der Bereitstellung hat die Bundesregierung keine unmittelbaren Eingriffsmöglichkeiten, es sind aber in jüngerer Vergangenheit zahlreiche Maßnahmen ergriffen worden, die die Rahmenbedingungen für diejenigen, die Leistungen rund um Schwangerschaft und Geburt erbringen oder sich für einen Beruf/Ausbildung in der Geburtshilfe entscheiden, verbessern. Damit werden Anreize geschaffen, die Versorgung von Mutter und Kind sicherzustellen. Im Rahmen des Aktionsplans sollen weitere Maßnahmen geprüft und dann umgesetzt werden.

Kommentierung:

Zutreffende Beschreibung der Ausgangslage. In den Kreißsälen sehen wir bis dato keine Verbesserung, immer noch stehen zu viele Gebärende vor dem Problem, dass viele Häuser keine Geburtshilfe mehr anbieten und wenn, dass dann zu wenige Räumlichkeiten und Hebammen zur Verfügung stehen. Dadurch entstehen Konstrukte wie das der sog. „Leihhebammen“, die teilweise für den 3-4-fachen Lohn in ihren „alten“ Kreißsälen arbeiten. Daher sehen wir zum einen die Ausgangslage bereits als sehr schwierig an und müssen einen zunehmenden Trend zur Schließung geburtshilflicher Stationen konstatieren. Die Dynamik der Schließungen von Kreißsälen ist noch ausgeprägter als bei Krankenhäusern.

Dazu kommt: Der Hebammenhilfe-Rahmenvertrag für die ambulante Versorgung ist seit 2017 finanziell nicht angepasst worden, d.h. die Vergütung der freiberuflich arbeitenden Hebammen ist daher absolut nicht zufriedenstellend. Durch die momentane Situation der klinischen Geburtshilfe wie z. Bsp. Frühentlassungen nach Kaiserschnitt, fehlende oder mangelhafte Stillunterstützung, keine ausreichende Wundnachsorge etc. fangen die ambulanten Hebammen in der Wochenbettbetreuung viel Arbeit, die eigentlich in den Kliniken stattfinden sollte, auf. Dies bringt eine hohe Arbeitsfrustration bei den freiberuflichen Hebammen mit, da diese, dringend notwendige, intensive Nacharbeit so schlecht bezahlt wird. Auch ist keine Rufbereitschaft für die zunehmende Anzahl an ambulanten Wochenbettbetreuungen in der Hebammenvergütungsordnung vorgesehen, und somit arbeiten viele freiberufliche Hebammen in Rufbereitschaft, ohne bezahlt zu werden.

a) Sicherstellung stationäre geburtshilfliche Versorgung (Geburtshilfestationen)

Die Sicherstellung der bedarfsgerechten stationären Versorgung der Bevölkerung und damit auch der stationär-geburtshilflichen Versorgung obliegt im Rahmen der Krankenhausplanung den Ländern. Diese haben die Versorgungsangebote im stationären Bereich unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Versorgungsbedarfs angemessen vorzuhalten.

Wenn die Vorhaltung der stationären Leistungen eines Krankenhauses auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend finanzierbar ist, die Leistungen aber zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendig sind und nicht von einem anderen Krankenhaus in zumutbarer Entfernung ohne Zuschlag erbracht werden können, können seit 2017 Sicherstellungszuschläge von den Vertragsparteien vor Ort vereinbart werden. Hiervon können auch Fachabteilungen für Geburtshilfe sowie Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in strukturschwachen Gebieten profitieren. Mit einem Ergänzungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 19. April 2018 und vom 1. Oktober 2020 wurde jeweils die Geburtshilfe und die Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Fachabteilung in die Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen aufgenommen.

Darüber hinaus wird seit dem Jahr 2020 für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum eine zusätzliche pauschale Förderung gewährleistet. Krankenhäuser, die die Vorgaben zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen des G-BA erfüllen, erhalten mindestens 400 000 Euro jährlich – auch wenn sie kein Defizit aufweisen. Werden mehr als zwei der basisversorgungsrelevanten Fachabteilungen vorgehalten, erhöht sich die Förderung um 200 000 Euro je weiterer vorgehaltener Fachabteilung. Auch insofern werden bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser mit Geburtshilfen finanziell unterstützt. Für das Jahr 2023 steht 56 Krankenhäusern mit einer Geburtshilfe solch eine pauschale finanzielle Unterstützung zu.

Im Koalitionsvertrag wurde zudem vereinbart, kurzfristig für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung der Geburtshilfe zu sorgen. Hierzu hat die vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ in ihrer ersten Stellungnahme im Juli 2022 Empfehlungen vorgelegt. Diese Empfehlungen wurden durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfIEG) aufgegriffen. Um eine auskömmliche Finanzierung der Geburtshilfe sicherzustellen, sieht das Gesetz leistungsunabhängige, zusätzliche Mittel in Höhe von jeweils 120 Mio. EUR für die Jahre 2023 und 2024 vor. Auf diese Weise wird der wirtschaftliche Druck auf die Geburtshilfe maßgeblich gesenkt. Diese Regelung ist zum 29. Dezember 2022 in Kraft getreten.

Kommentierung:

Das Gesagte hat lediglich beschreibenden Charakter.

Es war und ist im skizzierten Umfang keinesfalls ausreichend, den Trend zur Schließung kleiner und mittlerer Geburtshilfeabteilungen zu stoppen. Grundsätzlich muss die Frage erlaubt sein, was eine Geburt, der Beginn des Lebens mit all seinen Unwägbarkeiten, einer Gesellschaft wert ist. Kurzfristig eingesparte Kosten entstehen an anderer Stelle neu in Form von psychologischer und z.B. auch physiotherapeutischer, chirurgischer oder orthopädischer Hilfe. Von den langfristigen gesellschaftlichen Folgen (Abnahme der Geburtenrate, Folgen einer gestörten Bindung von Eltern und Kind, zunehmende Abwanderung von Hebammen aus dem Beruf) ist dabei noch gar nicht die Rede. Daher sind die von der Bundesregierung genannten

Summen völlig unzureichend und kommen zudem nur in begrenztem Maße den Kreißsälen zugute.

b) Übergreifende Maßnahmen zur Vermeidung von Hebammenmangel

Mit einer **Ausbildungsreform** wurde die Attraktivität des Hebammenberufs gestärkt. Angehende Hebammen werden nun in einem dualen Studium ausgebildet, das eine wissenschaftlich ausgerichtete und gleichzeitig berufsnahe Ausbildung bietet. Das Studium hat einen hohen Praxisanteil. Die Praxiseinsätze finden im Krankenhaus und im ambulanten Bereich, z. B. bei einer freiberuflichen Hebamme oder in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung („Geburtshaus“) statt.

Insgesamt dauert das duale Studium mindestens sechs und höchstens acht Semester und wird mit der Verleihung des akademischen Grades eines Bachelors nach bestandener staatlicher Prüfung abgeschlossen. Der Abschluss ist Voraussetzung, um die Berufsbezeichnung „Hebamme“ führen zu dürfen. Die angehenden Hebammen erhalten während des gesamten Studiums eine Vergütung. Voraussetzung für die Zulassung zum Studium ist unter anderem eine zwölfjährige allgemeine Schulausbildung bzw. eine abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf.

Um Hebammen, die ihren Beruf schon seit längerer Zeit nicht mehr ausüben, die **Rückkehr in den Beruf** zu ermöglichen, sind in aller Regel auf Länderebene Fortbildungsmaßnahmen erforderlich. Die Bundesagentur für Arbeit kann berufliche Weiterbildungen unterstützen, wenn die Weiterbildung erforderlich ist, um wieder eine Beschäftigung aufnehmen zu können oder ein Berufsabschluss erreicht werden soll. Mit dem Qualifizierungschancengesetz, das am 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist, wurde zudem die Möglichkeit geschaffen, auch die berufliche Weiterbildung von Beschäftigten zum notwendigen Erhalt oder Ausbau ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten durch die Bundesagentur für Arbeit zu fördern. Die Regelung sieht eine Kostenbeteiligung des Arbeitgebers an den Weiterbildungskosten vor und enthält Zuschussmöglichkeiten zum Arbeitsentgelt. Konkret können wieder-einstiegswillige Hebammen in ihrem Berufsumfeld (Krankenhaus oder Geburtshaus) eine Beschäftigung aufnehmen und diesen Wiedereinstieg mit einer Fortbildungsmaßnahme beginnen, die dann entsprechend finanziell gefördert wird.

Kommentierung:

Das Gesagte gibt lediglich beschreibend den Ist-Zustand wieder

c) Sicherstellung von freiberuflichen Hebammenleistungen

Die Einzelheiten der Versorgung mit Hebammenhilfe einschließlich der abrechnungsfähigen Leistungen, der Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der Vergütung von Hebammenleistungen werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) mit den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen auf Bundesebene und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene vertraglich vereinbart (Hebammenhilfevertrag). Kommt eine Einigung nicht zustande, wird der Vertragsinhalt durch eine Schiedsstelle festgesetzt, die von jeder Vertragspartei angerufen werden kann.

In den vergangenen Jahren sind die Haftpflichtversicherungsprämien für Hebammen, die freiberufliche Geburtshilfe anbieten, erheblich angestiegen. Vor allem für Hebammen, die nur wenige Geburten im Jahr betreuen, stellte dies eine große Herausforderung dar, da in diesem Fall die Kosten für die Haftpflichtprämie durch die Leistungsvergütung nur schwer erwirtschaftet werden konnten. Um Hebammen kurzfristig finanziell zu entlasten, wurden die Vertragspartner des Hebammenhilfekontrahats verpflichtet, für einen Übergangszeitraum einen Zuschlag auf bestimmte Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen zu vereinbaren. Als dauerhafte Lösung wurde gesetzlich ein Sicherstellungszuschlag für Geburten eingeführt. Diesen erhalten seit dem 1. Juli 2015 Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen, die notwendigen Qualitätsanforderungen erfüllen und einen entsprechenden Antrag stellen. Durch den Sicherstellungszuschlag werden Prämiensteigerungen bei der Berufshaftpflichtversicherung ausgeglichen. Der Sicherstellungszuschlag ist so konzipiert, dass sich der Auszahlungsbetrag für die Hebamme, die Geburtshilfe anbietet, automatisch erhöht, wenn die Haftpflichtprämie des Versicherers für geburtshilflich tätige Hebammen erhöht wird. So wurde auch die letzte Prämiensteigerung im Jahr 2021 aufgefangen. Nach Information des GKV-Spitzenverbands (Stand: Ende Februar 2023) wurden bereits rund 95,4 Millionen Euro für Sicherstellungszuschläge an freiberufliche Hebammen ausgezahlt. Damit ist der Sicherstellungszuschlag ein wirksames Instrument zum Erhalt der freiberuflichen Geburtshilfe. Hebammen können unbeeinflusst von der Höhe der Haftpflichtprämie entscheiden, ob und in welchem Umfang sie freiberufliche Geburtshilfe anbieten.

Wichtig für die Berufsausübung der Hebammen ist zudem, dass der Gruppenversicherungsvertrag des Deutschen Hebammenverbands (DHV) weiter angeboten werden kann. Ende 2020 wurde zwischen dem auch bislang im Markt befindlichen Versicherungskonsortium und dem DHV eine Vereinbarung unterzeichnet, mit der der Gruppenversicherungsvertrag bis Sommer 2024 verlängert wurde. Hierbei wurde die bisherige Deckungssumme von 10 auf 12,5 Millionen Euro angehoben. Damit erhalten freiberuflich tätige Hebammen eine längerfristige Perspektive und werden vom Risiko einer persönlichen Haftung entlastet.

Um Schwangere und freiberufliche Hebammen einfacher zusammenzubringen, wurde der GKV-Spitzenverband verpflichtet, ein elektronisches Suchverzeichnis einzurichten, das Familien, die einer Hebamme für die Vor- und Nachsorge oder Geburtsbegleitung bedürfen, eine umfassende Datenbasis für die Suche zur Verfügung stellt. Dieses Suchverzeichnis ist auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbands verfügbar. Um sicherzustellen, dass die veröffentlichten Daten auch aktuell sind, wurden die Hebammen gesetzlich verpflichtet, Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Kommentierung:

Das Gesagte hat wiederum nur beschreibenden Charakter des Bestehenden. Gleichwohl möchten wir hierzu diverse Anmerkungen machen.

1. Verhandlungen der maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen mit dem GKV-Spitzenverband nach § 134a SGB V:

Die Verhandlungen, insbesondere zur Vergütung, werden nach den Usancen von Tarifverhandlungen geführt. Anders als bei herkömmlichen Tarifverhandlungen mit annähernd gleicher Mächtigkeit und Drohpotential von Arbeitgebern und Arbeitnehmern

(Aussperrung, Streik) sind diese Rahmenbedingungen in den Verhandlungen GKV-Hebammen nicht gegeben. Weder erreichen die beteiligten Hebammenverbände auch nur ansatzweise die Mächtigkeit des GKV, da sie über keinerlei Drohpotential verfügen, noch steht Ihnen eine Streikkasse zur Verfügung. Davon abgesehen können sie – aus Gründen, die sicher keiner weiteren Erläuterung bedürfen – kollektiv die Arbeitsleistung nicht verweigern. Das von Krankenkassen, bzw. deren Zusammenschluss in Form der GKV-SV in den Verhandlungen stets angeführte Argument, dass die Krankenkassen finanziell zu klamm wären, um den freiberuflichen Hebammen eine deutlich bessere Vergütung zu ermöglichen, zeigt deutlich auf, welchen Stellenwert die Geburtshilfe und eine Verbesserung der Arbeits- und Einkommensverbesserung der Hebammen in unserer Gesellschaft hat.

Die Ablösung der staatlich administrierten Festsetzung der Vergütungen durch das aktuelle Verfahren nach § 134a SGB V im Jahre 2007 sieht der BfHD daher rückschauend betrachtet eher kritisch.

2. Sicherstellungszuschlag nach § 134a SGB V:

Festzuhalten ist, dass angesichts extrem hoher Prämien zur Berufshaftpflicht bei im akademischen Maßstab skandalös niedriger Vergütung ohne den Sicherstellungszuschlag die freiberufliche Geburtshilfe augenblicklich zum Erliegen käme. Festzuhalten ist ferner, dass der Mitte 2015 eingeführte Sicherstellungszuschlag einen Fremdkörper im Versicherungsrecht darstellt, da die Versichertengemeinschaft als Ganzes via Krankenversicherungsbeitrag einen Teil der Hebammen-Prämie zu subventionieren hat, und zwar in immer stärkerem Maße. Da offenbar für die Berufshaftpflicht der Hebammen keine „saubere“ Versicherungslösung nach herkömmlichem Muster darstellbar ist, plädiert der BfHD wie auch die anderen Hebammenverbände seit Jahren für einen staatlichen Haftungsfond. Hierbei würde der Staat bis zu einer bestimmten Höhe die Haftung übernehmen und die überschießende Haftungssumme dann individuell die betreffende Hebamme tragen. Dies hätte auch gegenüber dem Sicherstellungszuschlag den Vorteil, dass nicht nur die Gemeinschaft der Krankenversicherten belastet würde, sondern die Allgemeinheit als Ganzes. Die Maxime muss nach Auffassung des BfHD sein: Wenn eine Berufsgruppe, deren Berufsausübung in überragender Weise dem Wohl der Allgemeinheit dient, diese die Haftungsrisiken ihrer Berufsausübung aber nicht selber tragen kann, dann ist es die moralische und finanzielle Pflicht der Allgemeinheit, die Berufsausübung zu gewährleisten. Hierbei sehen wir es vor allem als problematisch an, dass der Sicherstellungszuschlag lediglich aus dem Kreis der Beitragszahlenden in die gesetzlichen Krankenkassen dotiert wird. Das heißt, es findet eine Finanzierung nur zu Lasten der Krankenkassen und ihrer Versicherten statt, während ein erheblicher Teil der gutverdienenden Allgemeinheit außen vorbleibt. Auch unter diesem Aspekt wäre ein staatlicher Haftungsfond oder wenigstens die Deckelung einer Haftungshöhe die wesentlich gerechtere Lösung.

3. Gruppenversicherungsvertrag des DHV

Folgendes sei in Erinnerung gerufen: Im Februar 2014 drohte die Berufshaftpflicht der Hebammen nach dem Ausstieg der Nürnberger Versicherung aus dem – allen freiberuflichen Hebammen offenstehenden – Versicherungskonsortium zu kollabieren. Erst auf massiven Druck der Politik, sogar mit Intervenieren von Bundeskanzlerin Merkel, konnte nachfolgend unter Federführung des damaligen Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe ein neues Versicherungskonsortium geschmiedet werden. Anders als zuvor sah die Vereinbarung von Politik und Versicherungswirtschaft vor, dass exklusiv nur Hebammen, die Mitglied im

Deutschen Hebammenverband (DHV) sind, versichert werden. Freiberufliche Hebammen, die im BfHD, anderen Hebammenverbänden oder gar nicht verbandlich vertreten sind, hatten das Nachsehen und mussten, sofern sie nicht über Altverträge bei anderen Versicherern verfügten, auf dem freien Markt im In- und Ausland unter schwierigsten Bedingungen einen konsortiumsfreien Versicherer finden, im Regelfall zu horrenden Prämien. Die nicht nachzuvollziehende einseitige Bevorzugung des DHV seitens Politik und Versicherungswirtschaft im Sinne eines „Angebotskartells“ führte in der Folge zu einem erheblichen Mitgliederverlust beim BfHD. Der BfHD fordert die Bundesregierung hiermit auf, die von ihr verursachte verbandliche Wettbewerbsverzerrung zu beenden und dafür Sorge zu tragen, dass das bestehende Versicherungskonsortium sich allen freiberuflich tätigen Hebammen öffnet, bzw. ähnliche Zusammenschlüsse staatlich unterstützt und gefördert werden.

d) Sicherstellung der Hebammenversorgung in der Geburtshilfe in Krankenhäusern

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Zahl der in Krankenhäusern festgestellten Hebammen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes seit dem Jahr 1991 stetig angestiegen ist, bei einem gleichzeitigen Rückgang der Geburtenzahlen. Erst seit 2011 können erfreulicherweise wieder steigende Geburtenzahlen verzeichnet werden. Die Zahl der Entbindungen in Krankenhäusern ist zwischen den Jahren 2010 und 2020 um 13 Prozent auf 743.899 gestiegen. Die Zahl der Hebammen in Geburtskliniken erhöht sich ebenfalls, allerdings in etwas geringerem Maße. Insbesondere die Zahl festgestellter Hebammen nahm zu (9.385 Hebammen im Jahr 2017, 10.213 im Jahr 2021). Je vollzeitbeschäftigter Hebamme waren 2017 93 Geburten zu betreuen. 2007 waren es noch 89 gewesen. 106 Geburten je Hebamme jährlich gelten Leitlinien zufolge als Indiz für Vollauslastung.

Dabei hat sich der Anteil an Teilzeitbeschäftigten deutlich erhöht: während im Jahr 2001 etwa 55 Prozent der festgestellten Hebammen in Teilzeit tätig waren, waren dies im Jahr 2020 rund 72 Prozent). Die Anzahl der Vollzeitäquivalente der in den Kliniken beschäftigten Hebammen stieg laut einem vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Gutachten zur stationären Hebammenversorgung, das Anfang 2020 vorgestellt wurde, von rund 6.000 im Jahr 2007 bis zum Jahr 2017 auf knapp 7.000.

Das o.g. Gutachten zur stationären Hebammenversorgung kommt zu dem Ergebnis, dass kein genereller, bundesweiter Hebammenmangel in der stationären Versorgung vorliegt. Einrichtungen der Geburtshilfe sind gut zu erreichen, wobei die Erreichbarkeit in ländlichen Regionen schlechter ist als in städtischen. Die Mütter sind weitgehend zufrieden mit der Hebammenversorgung im Krankenhaus. Allerdings sind die Betreuungsrelationen von Hebammen zu Schwangeren sehr unterschiedlich und es kann vor allem in Großstädten und in Zeiten mit überdurchschnittlich vielen Geburten zu Versorgungsengpässen in der stationären Hebammenversorgung kommen. Zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren in der stationären Geburtshilfe und zur Entlastung von Hebammen wurde daher ein dreijähriges Hebammenstellen-Förderprogramm in Höhe von insgesamt rund 300 Millionen Euro für die Jahre 2021 bis 2023 aufgelegt.

Mit diesen Mitteln werden die Neueinstellung oder Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen für festgestellte Hebammen oder für Fachpersonal, das die Hebammen unterstützt, gefördert. Im Detail sieht das Förderprogramm vor, dass pro 500 Geburten

jeweils 0,5 Vollzeitstellen für Hebammen förderungsfähig sind. Die Förderung von unterstützendem Fachpersonal zur Entlastung der Hebammen ist für bis zu 25 Prozent der in Vollzeitkräften umgerechneten Gesamtzahl beschäftigter Hebammen in der Fachabteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie des zu fördernden Krankenhauses möglich. Hiermit kommt der Gesetzgeber dem Anliegen der Hebammen nach Entlastung von insbesondere tätigkeitsfremden Aufgaben im besonderen Maße nach. Als unterstützendes Fachpersonal können Fachangestellte für medizinische Dokumentation sowie medizinische Fachangestellte gefördert werden.

Mit dem Förderprogramm können schätzungsweise rund 600 Hebammenstellen und bis zu 1.750 Stellen für unterstützendes Fachpersonal geschaffen werden. Der GKV-Spitzenverband berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über die Zahl der Einstellungen der Vollzeitkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen aufgrund des Förderprogramms.

Zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für Hebammen, die in Krankenhäusern beschäftigt sind, wurden geeignete Maßnahmen finanziell gefördert. Hiermit können nicht nur zusätzliche Betreuungsmöglichkeiten geschaffen, sondern auch die „besonderen Betreuungsbedarfe rund um die Uhr“ jenseits der üblichen Öffnungszeiten von Kindertagesstätten und Schulen abgedeckt werden.

Im KHPfIEG wurde ferner gesetzlich geregelt, dass ab dem Jahr 2025 die Personalkosten der Hebammen aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert werden sollen. Die Personalkosten von Hebammen werden zukünftig vollständig refinanziert und über das Pflegebudget vergütet. Insoweit wird auch die Beschäftigung von Hebammen in den Kreißsälen einer unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gleichgestellt.

Kommentierung:

Das Gesagte gibt beschreibend lediglich den Status quo wieder. Es wird auch nicht deutlich, ob quantitativ neben angestellten Hebammen auch freiberufliche Dienst-Beleghebammen und Begleit-Hebammen in den genannten Zahlen berücksichtigt wurden. In einigen Bundesländern, z.B. Bayern, könnte ohne Dienst-Beleghebammen eine ordnungsgemäße Versorgung von Gebärenden gar nicht mehr sichergestellt werden, da dort rund 80% aller Geburten von Beleghebammen betreut werden. Das Belegsystem hat sich vielerorts bewährt und hilft, einen genügenden Versorgungsstatus in der Fläche aufrecht zu erhalten. Viele der aktuellen Beleg-Kreißsäle waren von der Schließung bedroht und konnten oft nur aufgrund der Eigeninitiative der ehemals angestellten Kolleginnen, die in das volle wirtschaftliche Risiko der Selbstständigkeit gegangen sind, erhalten bleiben. Momentan sehen wir den sehr kritischen Blick der Krankenkassen auf die Ausgaben für den Bereich der Beleghebammen und wir werden in den laufenden Verhandlungen mehr als deutlich darauf hingewiesen, dass der Spitzenverband der Krankenkassen vor allem bei den Beleghebammen ein Einsparpotential sieht. Dies kann und wird von den maßgeblichen Hebammenverbänden in keiner Weise akzeptiert werden.

e) Betreuung unter der Geburt

Die Vergütungsregelung im Hebammenhilfvertrag, dass Dienst-Beleghebammen (d.h. im Schichtdienst arbeitende freiberufliche Hebammen) im Regelfall Leistungen nur bei zwei

Versicherten gleichzeitig erbringen können (1:2-Betreuung), ist mit dem Schiedsspruch 2017 in Kraft getreten und wird seitdem angewendet. Unaufschiebbar Leistungen für eine weitere Versicherte können bis zum Eintreffen einer weiteren Hebamme (z. B. aus dem Bereitschaftsdienst) darüber hinaus längstens für eine Stunde abgerechnet werden. Da die diesbezüglichen Regelungen des Hebammenhilfevertrags verpflichtend ausgestaltet sind, ist davon auszugehen, dass sich dies positiv auf den Betreuungsschlüssel bei sog. Dienst-Beleghebammen ausgewirkt hat. Sogenannte Begleit-Beleghebammen praktizieren bereits eine 1:1-Betreuung. Demgegenüber gibt es keine entsprechenden Regelungen für die in Krankenhäusern angestellten Hebammen, die zahlenmäßig die größte Gruppe bilden.

Kommentierung:

Es wird lediglich lapidar gesagt, aber nicht begründet, warum für Dienst-Beleghebammen eine 1:2-Betreuung gilt, für angestellte Hebammen aber nicht.

Verschiedene Umfragen der letzten 5-10 Jahre zeigen eine deutlich erhöhte Arbeitsbelastung der Kreißsaal-Hebammen. Mögliche Gründe sind zum einen die Schließung geburtshilflicher Abteilungen in der Region und dadurch erhöhte von den Gebärenden zurückgelegte Wegstrecken. Zum anderen ein längerer Verbleib im Kreißsaal, aus Angst „es nicht rechtzeitig zu schaffen“ oder Geburten kurz vor knapp nach langen Autofahrten. Die weiter steigende Rate an Kaiserschnitten ist ein weiterer Faktor, da die Kolleginnen im OP gebunden sind und nicht im regulären Kreißsaal zur Verfügung stehen. Der BfHD wünscht sich auch für die angestellten Kolleginnen einen Betreuungsschlüssel von maximal zwei Gebärenden gleichzeitig. Dies würde zum einen die Qualität der klinischen Geburtshilfe deutlich steigern und ebenso die Arbeitszufriedenheit der Hebammen. Eine mögliche Konsequenz des Hebammenmangels ist es bereits in manchen Häusern, dass Kaiserschnitte ohne Hebamme durchgeführt werden. Dies können wir nicht akzeptieren, da diese Praktik gegen die Hinzuziehungspflicht verstößt und keine Lösung für die desolate Situation in den geburtshilflichen Kliniken sein darf.

f) Unterstützung von (werdenden) Eltern mit erhöhtem psychosozialen Versorgungsbedarf

Die Bundesstiftung Frühe Hilfen stellt seit 2018 für die psychosoziale Unterstützung von (werdenden) Familien mit Kindern von 0-3 Jahren insbesondere in belastenden Lebenslagen flächendeckend in allen Kommunen Beratungs- und Betreuungsangebote sowie vielerorts Lotsensysteme bereit. Die Zeit vor, während und nach der Geburt ist in den Frühen Hilfen damit von hoher Bedeutung. Ziel dieser Angebote ist es, psychosoziale Belastungen bereits frühzeitig zu erkennen und Familien in ein passendes Unterstützungsangebot zu vermitteln. Dies gilt insbesondere für Eltern, die Schwierigkeiten haben, sich selbst Unterstützung zu suchen.

Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende unterstützen Familien in meist mehrfach belastenden Lebenslagen, wie z. B. in Armutslagen und/oder bei körperlicher und psychischer Erkrankung, bei der Bewältigung von Alltags-, Erziehungs- und Fürsorgeaufgabe ab der Schwangerschaft und insbesondere im ersten Lebensjahr des Kindes. Die Gesundheitsfachkräfte der Frühen Hilfen sind Hebammen und Kinderkrankenpflegende mit einer Zusatzqualifikation.

Durch spezifisch qualifizierte Lotsinnen und Lotsen erhalten Familien in der Schwangerschaftsvorsorge, in der Geburtsklinik und/oder im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder ein Gesprächsangebot; bei weitergehendem Unterstützungsbedarf erfolgt auf Wunsch der (werdenden) Eltern eine aktive Begleitung in passende Angebote.

Durch kommunale Willkommensbesuche bekommen Familien nach der Geburt des Kindes Informationen zu Unterstützungsangeboten vor Ort.

Kommentierung:

Es wird lediglich Bestehendes beschrieben

Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen?

Der Koalitionsvertrag sieht die Einführung eines Personalschlüssels für eine 1:1-Betreuung durch Hebammen während wesentlicher Phasen der Geburt vor. Hier soll nach Abschluss der Evaluation des Hebammenstellen-Förderprogramms im Jahr 2023 geprüft werden, inwieweit eine Verbesserung des Stellenschlüssels möglich ist.

In der Corona-Pandemie wurden befristete Vereinbarungen über alternative Möglichkeiten zur Leistungserbringung nach dem Hebammenhilfevertrag getroffen. Es wurden Leistungen vereinbart, die mittels Kommunikationsmedien (insbesondere im Wege der Videobetreuung) erbracht werden können. Den Vertragspartnern obliegt es nun – auch vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrags nach § 134a Abs. 1d S. 1 Nr. 1 SGB V – vertraglich zu vereinbaren, welche Leistungen dauerhaft im Wege der Videobetreuung erbracht werden können.

Die unzureichende Datenlage im Bereich der Hebammenversorgung führt dazu, dass die Versorgungslage nicht verlässlich beurteilt werden kann. In der Vergangenheit wurden deshalb wiederholt verschiedene Gutachten auf Landes- und Bundesebene in Auftrag gegeben, um neue Erkenntnisse zu gewinnen. Gutachten können jedoch nur punktuell Aufschluss über die konkreten Fragestellungen der jeweiligen Untersuchungsaufträge zu bestimmten Zeitpunkten geben. Sie liefern jedoch keine systematischen und regelmäßigen Daten, aus denen gesicherte Erkenntnisse über die wesentlichen Aspekte der Versorgungssituation im gesamten Bundesgebiet gewonnen werden können. Vor diesem Hintergrund wird das Bundesministerium für Gesundheit die Länder bitten, sich auf einen einheitlichen Katalog von Daten zu einigen, die regelmäßig von den Ländern erhoben werden. Diese können dann Grundlage für die Feststellung etwaiger Handlungsbedarfe hinsichtlich der Versorgungssituation sein.

In der im Juli 2021 vom Bundeskabinett verabschiedeten Nationalen Strategie zur Stillförderung wurde vereinbart, dass auch die bestehenden Versorgungsstrukturen für eine umfassende Stillberatung zu untersuchen sind. Sollten Defizite in den bestehenden Versorgungsstrukturen festgestellt werden, müssen die Ursachen analysiert und Vorschläge erarbeitet werden, wie die Beratungslücke geschlossen werden kann.

Kommentierung:

1. Personalschlüssel

Der Eingangssatz „Der Koalitionsvertrag sieht die Einführung eines Personalschlüssels für eine 1:1-Betreuung durch Hebammen während wesentlicher Phasen der Geburt vor“ wird im Folgenden sehr nonchalant interpretiert in dem Sinne „wir wollen mal sehen, was sich machen lässt“. Das ist nicht zu akzeptieren. Mit der derzeitigen Zahl an Vollzeit-Äquivalentstellen angestellter Hebammen ist eine 1:1-Betreuung auch nicht ansatzweise zu schaffen. Möglicherweise lassen sich mit der Festschreibung einer 1:1- bzw. maximal 1:2 Betreuung einige Kolleginnen in die angestellte Geburtshilfe zurückholen. Der BfHD sieht Chancen hierzu im Beleghebammensystem. Hier ist der Schlüssel für die Betreuung im Hebammen-Hilfevertrag festgelegt. Der Weg zu hebammengeleiteten Kreißsälen sieht ebenfalls eine 1:1 Betreuung vor und sorgt für eine große Arbeitszufriedenheit bei den Hebammen ohne Abstriche an einer guten und sicheren klinischen Geburtshilfe.

2. Videobetreuung / Videofortbildungen

Im Zuge der Corona-Pandemie konnten viele Präsenz-Betreuungen und Präsenz-Fortbildungen online durchgeführt werden. Nach Erfahrungen des BfHD waren bzw. sind Online-Betreuungen eine gute Alternative, und wir bedauern sehr, dass diese Möglichkeiten nach dem endgültigen Auslaufen der Corona-Sondervereinbarungen zum 30. Juni 2023 nur noch sehr eingeschränkt möglich sind. Vor allem der Wegfall der Telebetreuung in den Schwangerschaften (Hilfe bei Beschwerden) und in der Wochenbettversorgung könnte ein Problem in der Versorgung der Versicherten bei wieder ansteigenden Corona-Fallzahlen, wie wir sie derzeit beobachten können, bedeuten.

Online-Fortbildungen sogar oftmals besser als Fortbildungen in Präsenz. Bedauerlicherweise wollen einige Bundesländer nach Abflauen der Pandemie digitale Pflichtfortbildungen zur Praxisanleitung nur noch eingeschränkt als anrechnungsfähig ansehen, NRW z.B. nur zu 50%. Wir sind uns bewusst, dass Online-Betreuung und -Fortbildung Ländersache sind, es wäre jedoch sehr zu wünschen, dass der Bundesgesetzgeber auf ein einheitliches Vorgehen drängt.

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

Ausgangslage/Sachstand

Für eine gute Betreuung rund um die Geburt ist es besonders wichtig, dass die beteiligten Berufsgruppen – hier insbesondere Hebammen und Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, aber auch weitere Akteure, die in die Versorgung rund um die Geburt eingebunden sind – professionell und vertrauensvoll zusammenarbeiten. In aller Regel geschieht dies auch. Gleichzeitig haben die verschiedenen Berufsgruppen bisweilen auch unterschiedliche Sichtweisen, die die Schwangere oder Gebärende verunsichern können. Eine verbesserte Abstimmung der Zusammenarbeit kann daher zu besserer Qualität in der Versorgung beitragen.

Kommentierung:

Eine konstruktivere Zusammenarbeit wäre in der Tat wünschenswert, insbesondere zwischen Ärzteschaft und Hebammen. Aus Sicht der Hebammenverbände mangelt es dabei eher am guten Willen Ersterer, die Hebammen trotz erfolgter Akademisierung (die sie im Gesetzgebungsverfahren vehement kritisiert haben) vielfach nicht auf Augenhöhe sehen. Es ist für die geburtshilfliche Ärzteschaft offenbar schwer zu akzeptieren, dass im Bereich der nicht-pathologischen Geburt die Hebamme „Herrin der Geburt“ ist. Derzeit wird die Arbeit der freiberuflichen Hebammen in der ambulanten Schwangerenversorgung seitens ärztlicher Interessensvertretungen deutlich erschwert, indem versucht wird, Schwangeren gegenüber eine Minderwertigkeit der Hebammenvorsorge gegenüber der fachärztlichen Vorsorge mittels Fehlinformationen zu argumentieren.

a) Betreuung in der Schwangerschaft

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 16. Februar 2023 klargestellt, dass die Mutterschafts-Richtlinien ausschließlich die ärztlichen Leistungen in der Schwangerenversorgung und für Frauen im Wochenbett regeln. Ausgenommen davon ist der Betreuungsumfang durch Hebammen. Die in den Richtlinien vormals enthaltene Aufzählung von Leistungen, die von den Ärztinnen und Ärzten an Hebammen delegiert werden können, wurde gestrichen. Damit wird dem Missverständnis entgegengewirkt, dass diese Leistungen nur nach einer ärztlichen Delegation Teil der Hebammenhilfe sein können. Den Anspruch von Schwangeren auf Hebammenhilfe definiert das Sozialgesetzbuch (§ 24d SGB V). Der Betreuungsumfang durch Hebammen wird durch die Vertragspartner im Hebammenhilfefvertrag sowie durch die Berufsordnungen der Länder für Hebammen geregelt.

Kommentierung: Die Klarstellung des Gemeinsamen Bundesausschusses war überfällig. Hebammen sind im Rahmen der regelgerechten Geburtshilfe keine Delegationsempfänger der Ärzteschaft (siehe auch vorige Anmerkungen). Leider ist dies in der fachärztlichen Praxis noch nicht angekommen und wird hier oftmals falsch verstanden, falsch interpretiert und vor allem falsch an die Schwangeren weitergegeben. Wir fordern den Gesetzgeber auf, dies in aller gebotenen Deutlichkeit richtig zu stellen.

b) Interprofessionelle Leitlinien in der Geburtshilfe

Leitlinien, die in der Regel interdisziplinär und unter Beteiligung diverser Fachgesellschaften erarbeitet werden, stellen eine wichtige Orientierung für die Leistungserbringer dar. Die dort formulierten Handlungsempfehlungen basieren auf der bestmöglichen Evidenz in dem jeweiligen Versorgungsbereich. Im Bereich der Geburtshilfe wurden in jüngerer Zeit u. a. zwei Leitlinien durch die Fachgesellschaften erarbeitet: zum einen eine Leitlinie zur Kaiserschnittgeburt (S3-Leitlinie „Die Sectio caesarea“, Stand 1. Juni 2020) und zum anderen eine Leitlinie zur natürlichen Geburt (S3-Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“, Stand 22. Dezember 2020). Beide Leitlinien wurden unter Beteiligung von Fachärztinnen und Fachärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Hebammen erstellt und unterstützen damit die interprofessionelle Zusammenarbeit. Das Bundesministerium für Gesundheit hat beide Leitlinien gefördert, indem das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit Evidenzrecherchen zu von den Fachgesellschaften formulierten sog. PICO-Fragestellungen beauftragt und die Ergebnisse zur Verfügung gestellt wurden.

Des Weiteren ist eine Vielzahl von Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften zu Fragestellungen der Versorgung von Mutter und Kind(ern) rund um die Geburt verfügbar, die auf den Internetseiten der AWMF veröffentlicht wurden (<https://register.awmf.org/de/start>).

Kommentierung:

Das Gesagte gibt lediglich Bestehendes wieder. Die erwähnten medizinischen S3-Leitlinien zur vaginalen und Kaiserschnittgeburt müssen nun zügig in interprofessioneller Zusammenarbeit in den Kliniken umgesetzt werden.

c) Hebammengeleitete Kreißsäle

Der Hebammenkreißaal ist ein von Hebammen geleitetes Betreuungsmodell in der Klinik, in dem Hebammen Frauen mit keiner bzw. niedriger Risikoeinstufung in der Schwangerschaft betreuen. Der hebammengeleitete Kreißaal ersetzt nicht den üblichen – ärztlich geleiteten – Kreißaal, sondern stellt eine Erweiterung des Angebotes der Klinik dar. Beide Abteilungen kooperieren eng miteinander, sodass im Falle einer Komplikation die Frau sofort in die ärztliche Betreuung des üblichen Kreißaals weitergeleitet werden kann. Der Kontakt zwischen den Familien und dem Hebammenteam des Krankenhauses wird schon in der Schwangerschaft hergestellt. Die dadurch erzielte kontinuierliche Betreuung erhöht die Zufriedenheit der Frauen in der Schwangerschaft und unter der Geburt. Für Frauen mit niedrigem Risiko einer Komplikation ist eine nicht-ärztlich geleitete Geburt weniger interventionsbehaftet.

Wesentliche Bestandteile des Konzepts der „hebammengeleiteten Kreißsäle“ sind üblicherweise von Hebammen und Ärzteschaft gemeinsam erarbeitete Kriterienkataloge zur Aufnahme (nur so genannte „low-risk“ Schwangere werden zur Geburt in den hebammengeleiteten Kreißaal aufgenommen) und falls notwendig Weiterleitung in den ärztlichen Kreißaal sowie die kontinuierliche, selbstständige Betreuung während der Geburt durch erfahrene Hebammen. Derzeit existieren für einen Hebammenkreißaal jedoch weder bindende Vorgaben bezüglich seiner Umsetzung noch unterliegt er einer Qualitätssicherung.

Durch Forschungsergebnisse wie in Nordrhein-Westfalen (Studie des Universitätsklinikums Bonn zur Geburt im hebammengeleiteten Kreißaal aus dem Jahr 2020) werden die medizinische Sicherheit des Versorgungsmodells und positive Auswirkungen auf Geburtsverläufe belegt. Darüber hinaus fördert der Hebammenkreißaal die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Hebammen und die Arbeitszufriedenheit der Hebammen. Ein weiterer Ausbau erscheint wünschenswert, obliegt aber der Organisationshoheit der Krankenhäuser und hängt von der konkreten Kooperationsbereitschaft der beteiligten Berufsgruppen ab. Durch die Möglichkeit, die Erprobung neuer Versorgungsangebote für Schwangere – wie das Konzept des hebammengeleiteten Kreißaals – zum Gegenstand von Modellvorhaben im Sinne der §§ 63 ff. SGB V zu machen, bestehen jedoch bereits Ansätze, hebammengeleitete Kreißsäle weiter auszubauen.

Kommentar:

Das Konzept der hebammengeleiteten Kreißsäle ist sehr zu begrüßen. Nach aller Erfahrung haben sie im Falle der nicht-pathologischen Geburt das wesentlich bessere Outcome (deutlich geringere Zahl an Kaiserschnitten und sonstige Interventionen). Die höhere Zufriedenheit von Schwangeren und Hebammen ist belegt. Der Bundesgesetzgeber sollte im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz darauf hinwirken, dass, wenn immer möglich, hebammengeleitete Kreißsäle gebildet werden. Bindenden Vorgaben für eine Umsetzung im Sinne einer Qualitätssicherung bedarf es aber nicht: Die maßgeblichen Hebammenverbände nach § 134a SGB V haben mit dem GKV-SV umfangreiche und strenge Qualitätskriterien vereinbart, die für hebammengeleitete Kreißsäle keiner Ergänzung oder gar Ausweitung erfordern. Hebammengeleitete Kreißsäle entsprechen in der Funktionsweise Kreißsälen in hebammengeleiteten Einrichtungen (Geburtshaus) und profitieren daneben von einer noch engeren Anbindung an herkömmliche Kreißsäle. Das Konzept stellt eine gute Ergänzung des klinischen geburtshilflichen Angebots dar.

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

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist als Querschnittskompetenz in der (reformierten) Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen verankert. Das heißt, dass die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit, die Entwicklung von individuellen, multidisziplinären und berufsübergreifenden Lösungen sowie die interdisziplinäre Weiterentwicklung und Implementierung von wissenschaftsbasierten, evidenzbasierten und innovativen Versorgungskonzepten in Bezug auf alle Bereiche der Hebammentätigkeit Gegenstand des Studiums sind.

Entsprechendes gilt für die (reformierte) Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann.

Auch für das Medizinstudium wird im Ausbildungsziel die Zusammenarbeit mit anderen Ärztinnen und Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens aufgegriffen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der Nationale Kompetenzorientierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM), der Kompetenzen definiert, die sich am Berufsbild des Arztes/der Ärztin orientieren und mit Abschluss des Medizinstudiums vorliegen sollen, umfangreiche Lernziele für die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen enthält.

Kommentierung:

Beschrieben wird der Status quo. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Angehörigen der Pflegeberufe ist in den Augen des BfHD aufgrund der geringen Schnittmenge an Tätigkeiten aber nur marginal gegeben. Grundsätzlich sieht das Hebammengesetz eine Verpflichtung zur interprofessionellen Kooperation vor.

e) Intersektorale Zusammenarbeit bei der Versorgung von belasteten Familien

Das Gesundheitswesen bietet rund um die Geburt durch seine Angebote vielfältige Zugangswege zu Familien – auch zu belasteten Familien, die oft nur schwer zu erreichen sind.

Die Kinder- und Jugendhilfe verfügt ergänzend über vielfältige Angebote, um passgenaue Hilfen und Unterstützung zur Bewältigung der Lebenssituation belasteter Familien anzubieten. Für gelingende Frühe Hilfen sind diese Unterstützungssysteme daher von zentraler Bedeutung. Durch eine intersektorale Zusammenarbeit bereits rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr des Kindes, können Weiterleitung und gute Übergänge zwischen den Systemen am besten sichergestellt werden (siehe auch Handlungsfeld 1 f)). Intersektorale Zusammenarbeit ist der Kern der Netzwerkarbeit der Frühen Hilfen und Teil einer guten Versorgung von belasteten Familien rund um die Geburt.

Interprofessionelle Verständigungsschwierigkeiten z. B. mit Professionen der Beratungs- und Unterstützungsangebote von Schwangerschaftsberatung, der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Still- und Familienbegleitung führen z.T. zu erheblichen Schnittstellen- und Fehlversorgungsproblemen. Um diesem Problem zu begegnen, haben die Frühen Hilfen interprofessionellen Qualitätszirkel entwickelt, die derzeit im Rahmen des Innovationsfonds evaluiert werden. Die ersten Ergebnisse weisen bereits jetzt Wirksamkeit nach.

Neben den Hebammen sollten auch die weiteren beteiligten Berufsgruppen befähigt werden, die Ressourcen und Belastungen der schwangeren Frau und ihrer Familie zu beurteilen, bei Bedarf auf die Hinzuziehung weiterer Expertise hinzuwirken sowie die schwangere Frau und ihre Familie auf die Geburt, das Wochenbett und die Elternschaft entsprechend ihrer individuellen Lebenssituation vorzubereiten.

Kommentierung:

Bei „Frühen Hilfen“ sollte die Federführung stets bei den hierfür weitergebildeten Hebammen liegen. Verständigungsschwierigkeiten mit anderen Professionen ließen sich hierdurch weitgehend vermeiden. Allerdings ist auch hier zu sehen, dass Hebammen primär für den physiologischen Bereich der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett ausgebildet sind. Für die oben angesprochenen Problemsituationen ist dringend auf die notwendige Kooperation mit dafür ausgebildeten Berufsgruppen, wie zum Beispiel Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter hinzuweisen.

Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen?

Bis 2026 untersucht ein vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft gefördertes Forschungsvorhaben den Status Quo der Ernährungsbildung (inkl. Stillen) von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten, Praxispersonal, Pflegekräften und Hebammen mit dem Ziel, etwaige Defizite zu erheben sowie Maßnahmen abzuleiten.

Darüber hinaus wird aktuell eine S3-Leitlinie „Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung“ erarbeitet, die voraussichtlich Ende 2023 veröffentlicht wird. Die beteiligten Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Fachrichtungen werden bei der Erarbeitung durch das Max-Rubner-Institut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft unterstützt. Darüber hinaus wird die S3-Leitlinie „Brustentzündungen in der Stillzeit: Therapie“ derzeit aktualisiert.

Kommentierung:

Das Beschriebene erscheint sinnvoll, ist jedoch schon in der „Pipeline“ und im Sinne eines „Aktionsplans“ nichts Neues.

Handlungsfeld 3: Qualität der Betreuung rund um die Geburt weiterentwickeln

Ausgangslage/Sachstand

Die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen bieten ihren Versicherten ein breites Spektrum an Leistungen rund um die Geburt, die von den beteiligten Berufsgruppen und Leistungserbringern in der Regel in hoher Qualität zur Verfügung gestellt werden. Für eine weitere Verbesserung der Betreuung rund um die Geburt ist vor allem eine weitere Qualitätsentwicklung bestehender Leistungen anzustreben. Unterstützungs- und Hilfsangebote außerhalb der Krankenversicherung ergänzen das Angebot für werdende und junge Familien. Ein wichtiger Qualitätsaspekt ist es auch, medizinisch nicht notwendige Interventionen unter der Geburt zu vermeiden.

Kommentierung:

Zutreffende Beschreibung der Ausgangslage.

a) Leitlinien

Die in Handlungsfeld 2 bereits dargestellten medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften stellen einen besonders wichtigen Baustein für eine hohe Versorgungsqualität dar und unterstützen die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Interventionen (inkl. geplante Kaiserschnitte). Sie werden regelmäßig aktualisiert, um immer den aktuellen Stand des wissenschaftlichen Wissens abzubilden.

Mit dem Nationalen Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt" hatte sich Deutschland bereits 2016 das Ziel von weniger Frühgeburten gesetzt. Eine wichtige Maßnahme bildete die medizinische S2k-Leitlinie "Prävention und Therapie der Frühgeburt", die die medizinischen Fachgesellschaften 2019 veröffentlicht und im September 2022 um Hinweise rund um Corona ergänzt und aktualisiert haben. Sie hilft, Risiken frühzeitig zu erkennen und Patientinnen mit drohender Frühgeburt in der Arztpraxis vor Ort und in der Klinik besser zu betreuen. Für Schwangere und Mütter wurden die wissenschaftlichen Informationen laienverständlich in einer Patientenbroschüre aufbereitet.

Keine Kommentierung

b) Erweiterung des Anspruchs auf Hebammenhilfe im Wochenbett

Familien profitieren seit Mitte 2015 davon, die wertvolle Unterstützung durch Hebammen nach der Geburt länger in Anspruch nehmen zu können. Seitdem haben sie die Möglichkeit, die Leistungen der Hebammenhilfe im Hinblick auf die Wochenbettbetreuung zwölf Wochen statt wie bisher acht Wochen nach der Geburt in Anspruch zu nehmen. Eine Verlängerung ist auf ärztliche Anordnung möglich.

Zudem besteht durch die Angebote der Bundesstiftung Frühe Hilfen die Möglichkeit der längerfristigen und aufsuchenden Begleitung von Familien durch Familienhebammen und

Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, die sowohl die Gesundheitsförderung als auch die elterliche Erziehungskompetenz in den Familien stärken. Rund 93 % der Kommunen halten hier entsprechende Angebote vor – knapp die Hälfte der Mittel der Bundesstiftung Frühe Hilfen geht in die Förderung dieser Angebote.

Kommentierung:

Reine Beschreibung des Bestehenden. Das Gesagte muss auch so im neuen Hebammenhilfevertrag, der derzeit zwischen den Vertragspartnern ausgehandelt wird, bestehen bleiben. Gerade die Möglichkeit, länger als 12 Wochen von der begleitenden Hebamme betreut zu werden, stärkt die Kompetenz vieler Familien in schwierigen Situationen. Der BfHD sieht den Wunsch des GKV-SV die Wochenbettbetreuung nicht mehr länger als 12 Wochen ermöglichen als sehr kritisch an. Familienhebammen gibt es noch nicht in ausreichendem Maße, daher muss die Möglichkeit der Weiterbildung hierzu auch weiterhin allen Hebammen zur Verfügung stehen.

c) Reformierte Hebammen-Ausbildung

Die selbstständige und evidenzbasierte Förderung und Leitung einer physiologischen Geburt ist eine der Kernkompetenzen, die im Hebammenstudium vermittelt werden. Dazu gehören nicht nur die rein medizinischen Fähig- und Fertigkeiten wie z. B. die Überwachung des Geburtsverlaufs und des ungeborenen Kindes, das Erkennen von Regelwidrigkeiten oder die Untersuchung und Überwachung der Frau und des Kindes nach der Geburt.

Der Kompetenzkatalog der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen umfasst vielmehr auch weit darüberhinausgehende Querschnittskompetenzen. So lernen Studierende bspw. von Anfang an, ihr berufliches Handeln zu analysieren und zu reflektieren und wie sie sich neues Wissen erschließen und dieses in ihr Handeln integrieren können. Das reformierte Studium stellt damit sicher, dass Hebammen über das Studium hinaus neue wissenschaftliche Erkenntnisse rund um die Qualität der Geburt für sich nutzbar machen können.

Das individuelle Geburtserleben hängt maßgeblich von der Qualität der Kommunikation mit der (werdenden) Mutter und ihrer Begleitperson sowie von der Wahrung ihrer Selbstbestimmung unter der Geburt ab. Der Kompetenzkatalog der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen sieht hier umfassende zu erlernende Kompetenzen vor:

So widmet sich eine Querschnittskompetenz der Förderung der Selbstständigkeit der (werdenden) Mutter und der Wahrung ihres Rechts auf Selbstbestimmung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit unter Einbezug ihrer Lebenssituation, ihrer biographischen Erfahrungen sowie von Diversitätsaspekten unter Beachtung der rechtlichen Handlungspflichten.

Eine weitere Querschnittskompetenz konzentriert sich vollständig auf die Kommunikation während des Betreuungsprozesses. Die Studierenden lernen, durch personen- und situationsorientierte Kommunikation mit (werdenden) Müttern, Kindern und Bezugspersonen zur Qualität des Betreuungsprozesses beizutragen. Dazu gehört auch eine barrierefreie Kommunikation, zum Beispiel in leichter oder einfacher Sprache.

Kommentierung:

Reine Beschreibung des Bestehenden. Der Bereich der außerklinischen Ausbildung in Form der nun vorgeschriebenen 12-Wochen-Praktika in der ambulanten Hebammenarbeit setzen aber auch ausreichend anleitende Hebammen voraus. Der Anreiz hierzu ist eher mäßig.

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

In Deutschland besteht für alle Leistungserbringer ein gesetzliches Gebot zur Qualitätssicherung, das ihnen die Verantwortung für die Qualität ihrer Leistungen ausdrücklich überträgt. Das heißt, sie müssen sich kontinuierlich und strukturiert um die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ihrer Leistungen bemühen und sich hierzu auch an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligen. Zudem sind sie gesetzlich zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet. Der Gesetzgeber hat der gemeinsamen Selbstverwaltung die Normsetzungskompetenzen zur Ausgestaltung und Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen in eigener fachlicher Verantwortung übertragen. Dementsprechend haben die Vertragspartner des Hebammenhilfevertrags die Anforderungen an die Qualitätssicherung im Leistungsbereich der freiberuflichen Hebammen im Hebammenhilfevertrag geregelt. Im Übrigen werden die konkreten Vorgaben zur Qualitätssicherung insbesondere in Richtlinien des G-BA festgelegt. Wichtige Teile des verpflichtenden Qualitätsmanagements nach der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) des G-BA sind u.a. auch ein Beschwerdemanagement sowie der systematische Umgang mit Fehlern (Fehlermeldesysteme) und das Lernen aus ihnen (Fehlermanagement).

In der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) legt der G-BA sowohl für die geburtshilfliche Versorgung als auch für die Früh- und Neugeborenenversorgung fest, wie bestimmte Behandlungsdaten anhand festgelegter Kriterien (Qualitätsindikatoren) ausgewertet werden. Diese prozess- und ergebnisorientierte Messung der Qualität der medizinischen Versorgung ermöglicht es, gezielte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung anzustoßen. Weiterhin werden ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem Bereich der Geburtshilfe auch den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der G-BA-Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) übermittelt. Dies soll qualitätsorientierte Entscheidungen bei der Krankenhausplanung unterstützen.

Der G-BA hat in seiner Mindestmengenregelung auch eine Mindestmenge für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1.250 Gramm festgelegt, die mit Beschluss vom 17. Dezember 2020 gerade schrittweise von 14 auf 25 Frühgeborene pro Jahr und Klinik angehoben wird. Die Mindestmenge soll sicherstellen, dass die Versorgung besonders sensibler Frühgeborener nur in solchen Kliniken erfolgt, die mit der Versorgung ausreichend Erfahrung haben.

In seiner Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) legt der G-BA verbindliche Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fest. Die Mindeststandards betreffen neben der Verfügbarkeit speziell ausgebildeten Fachpersonals auch die apparativ-räumliche Ausstattung und die Teilnahme der Kliniken an bestimmten QS-Verfahren.

Relevante Informationen über die Qualität der geburtshilflichen Versorgung und der Früh- und Neugeborenenversorgung werden, auch zur Unterstützung werdender Eltern bei ihrer Auswahlentscheidung, strukturiert und regelmäßig veröffentlicht. So haben etwa die Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten über die Erfüllung der vom G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen zu informieren. Umfassende Informationen zur Versorgungsqualität von sehr kleinen Frühgeborenen finden sich zudem auch auf www.Perinatalzentren.org.

Wegen der gesamtgesellschaftlichen Relevanz von Geburten hat der G-BA zudem jüngst unter Verweis auf das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ beschlossen, dass zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sogenannte Qualitätsverträge zu Geburten/Entbindungen geschlossen werden können, um mittels Anreizsystemen und besonderen Anforderungen eine qualitativ besonders hochwertige Geburtshilfe für Mutter und Kind sicherzustellen.

Die Vertragspartner des Hebammenhilfevertrages haben umfassende Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität sowie deren Nachweis vereinbart, die alle freiberuflich tätigen Hebammen erfüllen müssen, die Leistungen gegenüber der GKV abrechnen wollen.

Kommentierung:

Reine Beschreibung des Bestehenden.

e) Arzneimitteltherapiesicherheit rund um die Geburt

Das Internetportal embryotox.de leistet einen wichtigen Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit in der Schwangerschaft. Es soll daher langfristig gesichert und weiter ausgebaut werden.

Der leitliniengerechte und bestimmungsgemäße Gebrauch von Arzneimitteln im Rahmen der Geburtseinleitung sollte sichergestellt sein. Auch hier können Qualitätsverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu einer Verbesserung beitragen.

Keine Kommentierung

Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen?

Interventionen unter der Geburt einschließlich Kaiserschnitte können aus medizinischen Gründen notwendig sein. Aufgrund der hohen Zahl an Interventionen in der Geburtshilfe in Deutschland soll aber geprüft werden, ob hierfür gegebenenfalls auch Fehlanreize verantwortlich sind.

Darüber hinaus plant das Bundesministerium für Gesundheit 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. Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) e.V. hat bereits in 2022 in einer vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten Veranstaltung Vorträge und Workshops dazu durchgeführt, wie die Schwangerenvorsorge in Deutschland sich zu einer noch stärker

ressourcenfördernden Gesundheitsmaßnahme weiterentwickeln kann. Die Querschnittskompetenz der Förderung der Selbstständigkeit der Frau und der Wahrung ihres Rechts auf Selbstbestimmung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit unter Einbezug ihrer Lebenssituation, ihrer biographischen Erfahrungen sowie von Diversitätsaspekten sollte bei allen beteiligten Berufsgruppen ausgeweitet werden.

Eine fortlaufende Überprüfung auf Weiterentwicklungsbedarf qualitätssichernder Maßnahmen (bspw. Beschwerdemanagement/ Qualitätsmanagement/ Betroffenenrechte) rund um die Geburt durch die gemeinsame Selbstverwaltung wird durch das Bundesministerium für Gesundheit ausdrücklich unterstützt. Ein wichtiger Aspekt soll hier zukünftig auch die Frage einer leitlinienkonformen Durchführung von Geburtseinleitungen sein. Fortbildungen sollten industrieunabhängig bereitgestellt werden. Um den Anteil stillender Mütter und die Stlldauer zu erhöhen, ist zu prüfen, ob das Thema Stillen in die Mutterschafts-Richtlinien aufgenommen werden kann.

Die Bundesregierung möchte die Gesundheits- und Sozialforschung rund um die Geburt ausbauen. Dafür fördert das Bundesministerium für Gesundheit ein Forschungsvorhaben zum subjektiven Geburtserleben. Zusammen mit dem Robert Koch-Institut (RKI), Wissenschaft und zivilgesellschaftlichen Akteuren sollen darüber hinaus weitere Datenlücken identifiziert und weitere Fördermöglichkeiten geprüft werden.

In der Schwangerschaft bzw. im Wochenbett ist ein frühzeitiges Erkennen von psychischen Belastungen und postnataler Depression für eine gezielte Unterstützung besonders wichtig. Im Rahmen der Frühen Hilfen sind hier bereits Ansätze von spezifischen Lotsendiensten in Geburtskliniken entwickelt worden. Hier bieten Sozialpädagoginnen und -pädagogen jeder Mutter in der Geburtsklinik ein Gespräch an und vermitteln bei Bedarf in weitergehende Unterstützungsangebote. Hier liegen bereits Evaluationsergebnisse aus diversen Studien vor. Im Wege einer Expertise und eines Reviews soll zudem geklärt werden, inwieweit Nachgespräche der Geburt zwischen der Gebärenden und dem geburtshilflichen Personal bereits üblich in der Geburtshilfe in Deutschland sind und inwieweit sie die Gebärende darin unterstützen können, als traumatisierend erlebte Geburten besser zu bewältigen.

Barrierefreie Kreißsäle und barrierefreie Informationen rund um die Geburt sollen verankert werden.

Über den Innovationsfonds sollen Projekte zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien gefördert werden, für die in der Versorgung rund um Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt besonderer Bedarf besteht.

Kommentierung:

1. Kaiserschnittproblematik:

Die durchschnittliche Kaiserschnitttrate in Deutschland beträgt nach letztverfügbarer Zahl (2021) 30,9%. Die WHO hält eine Quote von 15% für sachgerecht. Es besteht daher der begründete Verdacht, dass in Deutschland etwa jede zweite Sectio caesarea medizinisch nicht begründbar ist. Die hierzulande vorgebrachten Begründungen (u.a. höheres Gebäralter, höheres Geburtsgewicht) treffen in anderen Ländern der EU mit deutlich niedrigerer Sectio-Quote jedoch genauso zu. Soweit dem BfHD bekannt, weisen im Rahmen der EU lediglich Polen

und Ungarn höhere Sectio-Raten auf. Deutlich niedrigere Quoten haben jedoch z.B. die Nachbarländer Frankreich (19,5%), Dänemark (19,2%) und die Niederlande (15,7%). Alle hierzulande angeführten Argumente erscheinen auch angesichts eklatanter unterschiedlicher Quoten in den einzelnen Bundesländern wenig stichhaltig: Sachsen hat die niedrigste Quote mit 26,1%, Spitzenreiter ist das Saarland mit 36,4%. Bezeichnend ist auch, dass die Kaiserschnittraten in der außerklinischen Geburtshilfe deutlich niedriger sind als im klinischen Bereich. Die Gründe für die hohen Sectionsraten in Deutschland sind nach Ansicht des BfHD folgende in aufsteigender Reihenfolge: 1. Medizinisch nicht begründbare Wünsche der Schwangeren. 2. Kaiserschnitte sind terminlich leichter planbar als Vaginalgeburten. 3. Finanzielle Fehlanreize für die Kliniken. Eine Aufarbeitung der Kaiserschnittproblematik, insbesondere was die Abstellung von Fehlanreizen angeht, erscheint überfällig. Hierzu gehört auch das Faktum, dass gesundheitliche und psychische Folgen einer Sectio für Mutter und Kind bislang viel zu wenig Beachtung finden.

2. Kommunikation und Beratung – Barrierefreie Kreißsäle und Informationen:

Diffus bleibt, was die Bundesregierung mit einer "risikoorientierten Kommunikation" und mit „ressourcenorientierten Beratung“ im Rahmen der Schwangerenvorsorge meint. Gleiches gilt für barrierefreie Kreißsäle und barrierefreie Informationen.

3. Beschwerdemanagement/ Qualitätsmanagement/ Betroffenenrechte:

Maßnahmen in den genannten Bereichen dürfen auf keinem Fall zu einem noch höheren Bürokratieaufwand führen. Jenseits dessen: Einige wissenschaftliche Studien aus jüngerer Zeit lassen den Schluss zu, dass mangelndes Einfühlungsvermögen („stellen Sie sich nicht so an“) und/oder unprofessionelles Agieren (z.B. zu niedrig dosierte Schmerzmittel) Frauen die Geburt vereinzelt als traumatisch erleben lassen. Derartiges muss im Blick behalten werden. Die z.T. anzutreffende Begrifflichkeit „Gewalt im Kreißsaal“ zeigt die gesellschaftliche Brisanz, wie die Geburtshilfe teilweise wahrgenommen wird und erhöht den Druck, am Status quo vieles zu verändern.

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

Ausgangslage/Sachstand

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind Lebensphasen, in denen ein besonders hoher Bedarf an gut verständlicher und evidenzbasierter Information besteht.

Zielsetzung von Information, Aufklärung und Verbesserung der Gesundheitskompetenz rund um die Schwangerschaft ist es, der werdenden Familie sichere Entscheidungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Geburt zu ermöglichen, die Gesundheit der Familie zu stärken, die Selbstwirksamkeit zu verbessern und dabei – neben erforderlicher Risikokommunikation – vor allem auch einen ressourcenorientierten Blick auf diese Lebensphase zu werfen.

Kommentierung:

Der BfHD tritt unter anderem berufspolitisch dafür ein, dass Hebammen in der ambulanten Versorgung werdende Familien darüber informieren und aufklären, wie sie in dieser Lebensphase gestärkt werden können. Das Vernetzen der jungen Familien bereits in der Schwangerschaft führt zu diesem ressourcenorientierten Blick. Stabile Partnerschaften und eine gute Bindung zwischen Eltern und Kind sorgen dafür, dass mittel- und langfristig deutlich weniger gesellschaftliche Probleme auftreten und finanzielle Mittel gespart werden können.

a) Informationsangebote der Bundesregierung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet umfangreiche Informationen zu Schwangerschaft und Geburt sowohl online als auch als Printmaterialien. Beispielhaft zu nennen sind die Internetangebote www.familienplanung.de mit umfangreichen Informationen zu Schwangerschaft und Geburt sowie www.jung-und-schwanger.de, wo insbesondere Informationen für minderjährige und junge Schwangere angeboten werden. Das Angebot www.sexualaufklaerung.de richtet sich zu diesen Themen an Fachkräfte und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Mit dem Angebot www.kindergesundheit-info.de informiert die BZgA sowohl Eltern als auch Fachkräfte. Es besteht u. a. die Möglichkeit Informationsmaterialien zu bestellen sowie Elternbriefe zu abonnieren. Kostenlose Printmaterialien zur gesunden Entwicklung von Kindern runden das Informationsangebot ab. Beispielhaft zu nennen sind die Broschüre „Das Baby“, die Elterninfos „Kurz und knapp“ sowie Informationen zu den U- Untersuchungen.

Auf dem zentralen Familienportal ([Familienportal.de](http://www.Familienportal.de)), das über Familienleistungen informiert, gibt es zudem zahlreiche weitere Informationen, Checklisten und Unterstützungsmöglichkeiten, so auch hilfreiche Tipps sowie Anlaufstellen zum Thema Beratung und Gesundheit während der Schwangerschaft (<http://www.Familienportal.de/Gesundheit-rund-um-die-Geburt>).

Auch die Seiten gesundheitsinformation.de vom IQWiG und gesund.bund.de des Bundesministeriums für Gesundheit bieten Informationen zu Schwangerschaft und Geburt. Diese Informationen werden regelmäßig aktualisiert, eine Ergänzung von gesundheitsinformation.de um Entscheidungshilfen wird geprüft.

Das Netzwerk Gesund ins Leben, angesiedelt am Bundeszentrum für Ernährung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft stellt unter www.gesund-ins-leben.de einheitliche, alltagsnahe und leicht verständliche Informationen zur Förderung eines gesunden Lebensstils in der Schwangerschaft und den ersten drei Lebensjahren zur Verfügung. Der Schwerpunkt liegt dabei auf gesunder Ernährung. Das Netzwerk arbeitet eng mit allen Akteuren aus dem Umfeld junger Familien zusammen. Die wissenschaftliche Basis stellen von allen Akteurs- und Wissenschaftsgruppen erarbeitete und konsenterte Handlungsempfehlungen für die Schwangerschaft, das Säuglings- und Kleinkindalter dar, die als evidenzbasierte Beratungsstandards in der Elternberatung dienen. Fortbildungen qualifizieren u. a. Hebammen, Frauenärztinnen/-ärzte und Pädiater/-innen für die Anwendung der Beratungsstandards.

Kommentierung:

Reine Beschreibung des Bestehenden

b) Angebote der Bundesstiftung Frühe Hilfen

Die Angebote der Bundesstiftung dienen der psychosozialen Unterstützung von (werdenden) Eltern und Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren in belasteten Lebenslagen. Im Rahmen der Arbeit der Bundesstiftung richtet sich das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) mit dem Angebot www.fruehehilfen.de an Fachkräfte der Frühen Hilfen aus Wissenschaft und Praxis, aber auch an Entscheiderinnen und Entscheider auf allen politischen Ebenen. Mit der Seite www.elternsein.info und seinem Instagram Kanal wendet sich das NZFH mit spezifischen Angeboten direkt an Mütter, Väter sowie weitere Personen, die mit kleinen Kindern zu tun haben. Diese Angebote informieren z. B. über frühkindliches Schreien und die Gefahren des Schüttelns von Babys und unterstützen Eltern und Betreuungspersonen bei der Suche nach Angeboten der Frühen Hilfen.

Kommentierung:

Reine Beschreibung des Bestehenden

c) Reformiertes Hebammenstudium

Das reformierte Hebammenstudium umfasst die Beratung der (werdenden) Mutter hinsichtlich der physiologischen Veränderungen in der Schwangerschaft und hinsichtlich eines gesunden Lebensstils zur Förderung der mütterlichen und kindlichen Gesundheit, u. a. ist auch eine vorliegende weibliche Genitalverstümmelung zu beachten. Daneben lernen angehende Hebammen auch die Ressourcen und Belastungen der schwangeren Frau und ihrer Familie zu beurteilen sowie bei Bedarf auf die Hinzuziehung weiterer Expertise hinzuwirken. Auch die Vorbereitung der schwangeren Frau und ihrer Familie auf die Geburt, das Wochenbett und die Elternschaft entsprechend ihrer individuellen Lebenssituation ist Teil der zu erlernenden Kompetenzen.

Kommentierung:

Reine Beschreibung des Bestehenden

Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen?

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 die Bedarfe von vulnerablen Gruppen stärker in den Blick genommen werden, indem die Materialien beispielsweise jeweils barrierefrei formuliert und zur Verfügung gestellt werden.

Um die Stillförderung nachhaltig zu verbessern, hat die Bundesregierung im Juli 2021 die Nationale Strategie zur Stillförderung beschlossen. Ziel ist es, stillfreundliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die Akzeptanz in der Öffentlichkeit für das Stillen zu erhöhen,

die Stillmotivation in Deutschland zu steigern und Frauen nach ihrem individuellen Bedarf beim Stillen zu unterstützen. Dabei sollen vor allem auch jene Gruppen in den Blick genommen werden, die bislang seltener oder kürzer stillen.

Durch das Netzwerk Gesund ins Leben werden kontinuierlich evidenzbasierte und konsentierende fächerübergreifende Informationen (Handlungsempfehlungen, s. oben), die auch interkulturellen bzw. diversitätssensiblen Anforderungen gerecht werden, erarbeitet und verbreitet.

Regelmäßige körperliche Aktivität ist ein wesentlicher Einflussfaktor für die physische, psychische und soziale Entwicklung von Kindern und beginnt bereits im Umfeld junger Familien. Beim „Runden Tisch Bewegung und Gesundheit“, der vom Bundesministerium für Gesundheit einberufen wurde, wird bis voraussichtlich Ende 2023 erörtert, welche weiteren Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität notwendig sind, damit möglichst alle Menschen vom Nutzen täglicher Bewegung profitieren können.

Kommentierung:

Das Geplante ist sinnvoll, verdient aber kaum den Namen „Aktionsplan“. Die Informationen der Bundesregierung müssen – siehe Anmerkungen unter Handlungsfeld 3 Nr. 3 – Hinweise auf Möglichkeiten der Beschwerde bei Verletzung der körperlichen und psychischen Integrität enthalten nebst Hilfsangeboten. Hierbei sollten verstärkt auch „moderne“ Kommunikationswege jenseits von Printmedien genutzt werden.

B. Fazit

Der Begriff „Aktionsplan“ bedeutet auf politisches Handeln bezogen: „Als staatliches Politikinstrument verwendet, enthält ein Aktionsplan den Problembeschrieb und den Handlungsbedarf, legt die zu erreichenden Ziele fest, priorisiert sie oder setzt Schwerpunkte und bündelt bestehende oder neue Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele“.

Gemessen hieran, verdient das zur Stellungnahme vorgelegte Papier der Bundesregierung den Namen „Aktionsplan“ nur sehr bedingt, beschränkt es sich doch zum ganz überwiegenden Teil lediglich auf die Wiedergabe von bereits Bestehendem. Auch das Wenige, was den Namen „Aktion“ und „Plan“ verdient, ist - gemessen an den großen Problemstellungen der Geburtshilfe - eher marginal zu nennen. Von daher ist das vorgelegte Papier der Bundesregierung aus Sicht des BfHD eine große Enttäuschung. Insbesondere ist das Vorgelegte in keiner Weise ein Ersatz für ein von allen Hebammenverbänden gefordertes Geburtshilfegesetz. Ein solches sollte endlich in Angriff genommen werden, am besten in zeitlich und inhaltlich enger Abstimmung mit der geplanten Krankenhausreform. In dieser Reform muss die Geburtshilfe in allen drei Versorgungsstufen (Level 1-3) unter Berücksichtigung der freien Wahl des Geburtsortes (§ 24f SGB V) gewährleistet sein, d.h. auch Hausgeburten und Geburten im Geburtshaus einschließen. Last but not least möchte der BfHD anregen, „Gesundheit rund um die Geburt“ als weiteres Nationales Gesundheitsziel in § 20 Abs. 3 SGB V aufzunehmen.

Frankfurt am Main, 08.09.2023



Ilona Strache

1. Vorsitzende des BfHD