

Eltern für #sichereGeburt

Lösungsansätze für eine sichere Geburtshilfe

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

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

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

Die Bundeselterninitiative Mother Hood e.V. schlägt folgenden 10-Punkte-Plan zur Verbesserung der Situation vor:

- 1. Bedarfsorientierte Vergütung der Geburtshilfe**
- 2. Bessere Personalschlüssel in den Kreißsälen**
- 3. Wohnortnahe Versorgung gewährleisten**
- 4. Erfassung von Geburtsschäden**
- 5. Absicherung von Geburtsschäden**
- 6. Sektorenübergreifende Versorgung verbessern**
- 7. Eltern beteiligen**
- 8. Investition in Forschung für eine evidenzbasierte Geburtshilfe**
- 9. Kinder- und Frauenrechte stärken**
- 10. Prävention und Gesundheitskompetenz**

Bundeselterninitiative zum
Schutz von Mutter und Kind
während Schwangerschaft,
Geburt und 1. Lebensjahr

Mother Hood e.V.
Brahmsstr. 12a
53121 Bonn

info@mother-hood.de
www.mother-hood.de

Geschäftsführender Vorstand:
Katharina Desery
Franziska Kliemt
Myriam Maldacker

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

1. Bedarfsorientierte Vergütung der Geburtshilfe

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

Begründung:

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

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

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

Lösungsansatz:

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

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

² Wissenschaftliche Dienste des Dt. Bundestages, Sachstand, *Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen in ausgewählten Ländern*, 24.02.2017, www.bundestag.de/blob/498952/e6d987867d45ea04396edc12a38aa6d3/wd-9-079-16-pdf-data.pdf, aufgerufen am 03.07.2018.

³ Vgl. in Bezug auf die Pflege: Koalitionsvertrag der Bundesregierung Februar 2018.

2. Bessere Personalschlüssel in den Kreißsälen

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

Begründung:

Eine kontinuierliche Hebammenbetreuung durch eine vertraute Bezugshebamme während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett verhindert eine Vielzahl unnötiger Interventionen und Kaiserschnitte, die mit langfristigen gesundheitlichen Folgen für Kinder und Mütter verbunden sein können.^{4, 5}

Die Cochrane-Analyse belegt bei dem Betreuungsmodell einer kontinuierlichen 1:1-Betreuung deutlich weniger Periduralanästhesien (PDAs), weniger Dammschnitte (Episiotomien), weniger operative Geburten (Saugglocke, Zange) und weniger Frühgeburten. Zudem steigt die Wahrscheinlichkeit einer vaginalen Geburt.⁶

Die Realität sieht anders aus. Laut einer Studie des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) über angestellte Hebammen aus dem Jahr 2016⁷, betreuen 46 Prozent der Hebammen oft mehr als drei Frauen gleichzeitig. Die Folgen sind mehr Interventionen, höhere Risiken, Traumatisierungen und deutlich weniger gesunde Geburten, als durch eine bessere Betreuung möglich wären.

Ebenso zieht sich der „zum Teil sehr ungünstige Betreuungsschlüssel“ auch auf der Wochenbettstation fort. „Jede vierte Hebamme ist dort für mehr als 10 Mutter-Kind-Paare verantwortlich, weitere 10 Prozent der Hebammen sogar für mehr als 16 Mutter-Kind-Paare“⁸

⁴ The Lancet Midwifery 2014.

⁵ Oonagh E. Keag et al., *Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis*, 2018, <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002494>, aufgerufen am 03.07.2018.

⁶ Cochrane-Review 2013, *Hebammengeleitete Kontinuitätsmodelle im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen für Frauen während der Schwangerschaft*, 2013. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub3/abstract>, aufgerufen am 03.07.2018.

⁷ Deutscher Hebammenverband, *Arbeitssituation der angestellten Hebammen in Kliniken. Hebammenbefragung 2015*, www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2016/DHV_Hebammenbefragung_Nov_2015_final.pdf, 2016.

⁸ Deutscher Hebammenverband, *Arbeitssituation der angestellten Hebammen in Kliniken. Hebammenbefragung 2015*, www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2016/DHV_Hebammenbefragung_Nov_2015_final.pdf, 2016.

Der derzeitige Personalschlüssel stammt aus dem Jahr 1986. Er sieht für rund 106 Geburten im Jahr eine Hebammenstelle in Vollzeit vor. Diese Vorgabe für die Kliniken entbehrt einer wissenschaftlichen und vor allem aktuellen Berechnungsgrundlage. *“Abhängig von der jährlichen Geburtenrate sollen so viele Hebammen in der Klinik anwesend bzw. rufbereit sein, dass zu mehr als 95 % der Zeit eine 1 zu 1 Betreuung der Gebärenden gewährleistet ist.”*⁹

Eine kontinuierliche 1:1- und teilweise sogar 2:1-Betreuung ist derzeit nur in der außerklinischen Geburtshilfe gewährleistet.

Unzureichend betreute Geburten bergen nicht nur ein individuelles Gesundheitsrisiko für Kind und Mutter, sondern als dessen Folge auch hohe Kosten für unsere Solidargemeinschaft.

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

Lösungsansatz:

Generell ist ein Betreuungsschlüssel von 1:1 unter der Geburt (eine Hebamme auf eine Gebärende und zwar nicht nur in der Austreibungsphase) anzustreben mit maximalen Abweichungen bis zu 1:2 (eine Hebamme für max. zwei Gebärende). Dieser Betreuungsschlüssel setzt eine aufwandsgerechte finanzielle Kostendeckung (inkl. Vorhaltekosten) und Vergütung voraus.

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

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

Vorschlag für Zielkorridore zur Einführung von Betreuungsschlüssel Hebammen:Gebärende :

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

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

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

⁹ S1-Leitlinie 087-001, *Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland*, S. 8, Stand: 05/2015, www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-001l_S1_Perinatalogische_Versorgung_2015-05.pdf, aufgerufen am 04.07.2018.

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

Als Anreize für eine erfolgreiche Umsetzung der Zielkorridore gemäß der Qualitätsvorgaben mit aufwandsgerechter Vergütung der Personal- und Vorhaltekosten könnten ggf. Zusatzentgelte bereitgestellt werden, wie z.B.:

1. zweckgebundene Mittel zur weiteren Qualitätsverbesserung:

Diese können beispielsweise der besseren Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungen dienen, Angebote an Patienten oder Angehörige zum Ziel haben, wie bspw. Geburts-Nachgespräche mit Mediator, Schulungen des Personal, Weiterbildungen, Zertifizierung babyfreundlich/ Expertinnenstandard, psychologische Hilfe für traumatisierte Mütter und Kinder.

2. freie Mittel zur individuellen Verwendung

z.B. Bindung von Fachpersonal

3. Wohnortnahe Versorgung gewährleisten

Geburtshilfe ist Akutversorgung, die auch eine Notfallversorgung umfasst, und sollte daher als Grundversorgung der Bevölkerung wohnortnah zur Verfügung stehen. Derzeit liegen noch keine *„Erkenntnisse zu fachmedizinischen Vorgaben zur Erreichbarkeit des Geburtsortes“*¹⁰ vor.

Begründung:

In den Jahren 2006-2016 wurden deutschlandweit über 190 geburtshilfliche Einrichtungen geschlossen¹¹.

Eine längere Fahrzeit zum Geburtsort *„ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko und schlechteren Geburtsverlauf bei den Frauen verbunden.“*¹². Es besteht die

¹⁰ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Annalena Baerbock, Katja Dörner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, – Drucksache 19/1619, 27.04.2018, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/019/1901924.pdf>, aufgerufen am 04.07.2018.

¹¹ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Annalena Baerbock, Katja Dörner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, – Drucksache 19/1619, 27.04.2018 <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/019/1901924.pdf>, aufgerufen am 03.07.2018.

¹² Ravelli AC et al., *Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands*, International Journal of Obstetrics & Gynaecology, BJOG, 2010.

Gefahr, dass pathologische Verläufe nicht oder zu spät erkannt werden und in Notfällen zu spät reagiert werden kann¹³.

Eine wohnortnahe Versorgung entspricht auch den Forderungen der Deutschen Ersatzkassen (VdEK) für eine bessere Erreichbarkeit und Qualität der Klinikstrukturen¹⁴ sowie dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2018¹⁵.

Darüber hinaus ist durch lange Anfahrtswege davon auszugehen, dass es vermehrt zu Frühaufnahmen und negativen Folgen für Mutter und Kind kommt. *„Frauen, die bereits im sehr frühen Stadium der Geburt [sog. Latenzphase] in ein Krankenhaus eingeliefert werden, erleben häufiger Komplikationen und Interventionen, einschließlich eines Kaiserschnitts.“*^{16, 17, 18} Zudem werden durch Frühaufnahmen die bereits ausgelasteten räumlichen und personellen klinischen Kapazitäten noch weiter strapaziert.

¹³ Eine Notsituation muss erst erkannt werden können. Sie kann ggf. auch im häuslichen Umfeld entstehen / beginnen. Ein Anfahrtsweg unter der Geburt von 45 Minuten plus 20-30 Minuten bis zur Notsectio können dann schon zu spät sein. Daher empfiehlt die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen von einem E-E-E-Zeitraum (Erkennen, Entscheiden, Entwicklung/ Geburt des Kindes) anstelle des E-E-Zeitraums (Entscheidung, Entwicklung/Geburt des Kindes) auszugehen:

„Die E-E-Zeit (Zeit zwischen Entscheidung zur Notsectio und Entwicklung des Kindes), ein Sentinel-Event-Indikator und damit auch bei jedem Ereignis rechnerisch auffällig, eignet sich grundsätzlich zur Einschätzung der geburtshilflichen (Notfall)-Versorgung. In der Fachwelt umstritten ist dieser Parameter seit Jahren, vielmehr wird die Zeit zwischen Erkennen der Pathologie (z. B. pathologisches CTG), Entscheidung zur Notsectio und Entwicklung des Kindes als bedeutender gesehen (E-E-E-Zeit).“ (GQH 2016 / 2015 S. 30)

¹⁴ VdEK, Pressemeldung: *Krankenhausplanung 2.0: vdek und RWI stellen Gutachten zur Reform der Krankenhausstrukturen*, 21.10.2014. www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2014/pk_krankenhausplanung.html, aufgerufen am 04.07.2018.

¹⁵ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, 12.03.2018, www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=509276459C95150A62FF98AA4D245BF2.s3t1?blob=publicationFile&v=6, aufgerufen am 03.07.2018.

¹⁶ Midwife Thinking, *Early Labour and Mixed Messages*, 2013, midwifethinking.com/2013/11/13/early-labour-and-mixed-messages/, aufgerufen am 03.07.2018.

¹⁷ Rota A. et al, *Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study*, 2017, www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519217302792, aufgerufen am 04.07.2018.

¹⁸ Neal JL et al., *Applying a physiologic partograph to Consortium on Safe Labor data to identify opportunities for safely decreasing cesarean births among nulliparous women*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29851163>, aufgerufen am 04.07.2018.

Lösungsansatz:

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

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

Eine niederschwellige Wehen-Betreuung (in der Latenzphase) muss wohnortnah gewährleistet werden.

4. Erfassung von Geburtsschäden

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

Begründung:

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

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

Für freiberufliche Hebammen mit Geburtshilfe können wir bestätigen, dass die Anzahl der pro Jahr eintretenden Schäden sich insgesamt auf einem stabilen, niedrigen Niveau bewegt. Wir gehen hier von etwa 20 – 30 Geburtsschäden pro Jahr aus.“¹⁹

Ein Gutachten zu Geburtsschäden wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bisher nur für den Anteil der freiberuflichen Hebammen in Auftrag gegeben²⁰.

¹⁹ E-Mail-Antwort von Nils Hellberg (Abteilungsleiter Haftpflicht-, Kredit-, Transport-, Luftfahrt-, Unfall- und Rechtsschutzversicherung, Assistance, Statistik, Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.) vom 16.01.2018.

²⁰ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Annalena Baerbock, Katja Dörner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, – Drucksache 19/1619, 27.04.2018
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/019/1901924.pdf>, aufgerufen am 03.07.2018.

Lösungsansatz:

Da derzeit über 95 Prozent der Geburten in Kliniken stattfinden, ist eine zeitnahe Evaluation von Geburtsschäden im klinischen Setting notwendig.

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

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

5. Absicherung von Geburtsschäden

Geburtsschäden müssen adäquat abgesichert werden.

Begründung:

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

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

Die Problematik der jährlich steigenden Haftpflichtversicherungen stellt immer noch ein Finanzierungsproblem in der gesamten Geburtshilfe (freiberuflich/angestellte Hebammen, (Beleg)-Ärzte²¹, Kliniken) dar.

Lösungsansatz:

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

²¹ Ärzteblatt, Krankenhaus: Haftpflichtprämien torpedieren Geburtshilfe, 2017, www.aerzteblatt.de/archiv/194677/Krankenhaus-Haftpflichtpraemien-torpedieren-Geburtshilfe, aufgerufen am 04.07.2018.

6. Sektorenübergreifende Versorgung verbessern

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

Begründung:

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

Derzeit gibt es Probleme in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Berufsgruppen, wie u.a.:

- wechselseitige Schwangerenvorsorge
- Kooperation klinische-außerklinische Geburtshilfe
- kinderärztliche Versorgung (klinisch, ambulant)

Lösungsansatz:

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

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

7. Eltern beteiligen

Elternvertreter*innen sollten bundesweit in zukünftige Versorgungsplanungen und Lösungsdiskussionen mit einbezogen werden.

Begründung:

Die Eltern nehmen die zentrale Rolle während Schwangerschaft und Geburt ein. Ihre Bedürfnisse und Wünsche müssen mit einbezogen werden.

Die Vertretung ihrer Anliegen im Rahmen *„vitale[r] physiologische[r] Lebensprozesse“*²² findet sich bis dato weder in Patientenvertretungen noch in Selbsthilfegruppen wieder.

²² Friederike zu Sayn-Wittgenstein, *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern, Hans Huber, 2007.

Lösungsansatz:

Elternbeteiligung sollte auf Bundesebene im Bereich Bedarfsplanung, Methodenbewertung, Qualitätssicherung und Leitlinienentwicklung möglich sein sowie auf Länderebene an Runden Tischen und Versorgungsanalysen etc.

8. Investition in Forschung für eine evidenzbasierte Geburtshilfe

In Deutschland hat sich die Kaiserschnittquote in den letzten 15 Jahren verdoppelt. Bei über 93 Prozent der Geburten von Low-Risk-Schwangeren in der Klinik finden Interventionen statt²³.

Begründung:

Der Nutzen vieler derzeitiger Routine-Interventionen ist nicht ausreichend belegt (z.B. kontinuierliche CTG-Überwachung in der Austreibungsphase, Kristeller-Manöver, Anleitung zum Pressen, Episiotomien, etc.) und diese sollten nur nach sorgfältiger Risikoabwägung im Einvernehmen mit der Gebärenden angewendet werden²⁴.

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

Eine evidenzbasierte Geburtshilfe braucht qualitative wissenschaftliche Studien, die auch für die deutschen Strukturen anwendbar sind.

Lösungsansatz:

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

Forschungsbedarf besteht insbesondere in folgenden Themenfeldern:

- bedarfsgerechter Personalschlüssel unter der Geburt

²³ Clarissa Schwarz, *Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen*, Dissertationsschrift, S. 8, 2008, https://depositonce.tu-berlin.de/bitstream/11303/2289/3/Dokument_46.pdf, aufgerufen am 04.07.2018.

²⁴ Rachel Reed, *Midwifery practice during birth: Rites of passage and rites of protection*. Dissertationsschrift, University of the Sunshine Coast, Australien, 2013, <http://research.usc.edu.au/vital/access/manager/Repository/usc:10789>, aufgerufen am 04.07.2018.

- DRG-Datenauswertung der geburtshilflichen Interventionen 2005-2018 zur Ermittlung der Mehr- und Folgekosten für das Gesundheitssystem
- Betroffenheitsraten von Gewalt unter der Geburt
- mediale Darstellung von Geburt und Implementierung von Bildern und Erwartungshaltungen an Geburt / Selbstbild und Körperbild von Frauen vor der Geburt ("Mind-set und Geburt")

Finanzielle Förderung:

- evidenzbasierte Leitlinien
- Expertinnenstandard (Plazentaphase & Bonding)

9. Kinder- und Frauenrechte stärken

Um die *"Verpflichtungen aus der Istanbul-Konvention umzusetzen"*, sollen auch beim *"Gewaltschutz an Frauen"* weitere Maßnahmen geprüft werden.²⁵ Die Stärkung der Frauen- und Kinderrechte umfasst genauso die Zeit von Schwangerschaft und Geburt, in der Frauen und Kindern das Recht auf körperliche Unversehrtheit nach Artikel 1 des Grundgesetzes gewährt werden muss.

Begründung:

Die WHO empfiehlt Maßnahmen zur *„Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen“*²⁶. Diese sind durch die Istanbul-Konvention unumgänglich umzusetzen, um Frauen mit ihren Kindern vor individueller, struktureller und systemischer Gewalt zu schützen und die Wahrung ihrer Menschenrechte zu fördern. Viele Frauen berichten von Gewalterfahrungen während der Schwangerschaft, unter der Geburt und/oder im Wochenbett.^{27, 28}

Die Gründe sind u.a. strukturelle Probleme (bspw. Personalmangel, implementierte Klinikstrukturen). Frauen werden in ihren

²⁵ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, 12.03.2018, www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=509276459C95150A62FF98AA4D245BF2.s3t1?__blob=publicationFile&v=6, aufgerufen am 04.07.2018.

²⁶ Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2014, *Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/22/WHO_RHR_14.23_ger.pdf?ua=1, aufgerufen am 04.07.2018.

²⁷ Pressemeldung Mother Hood e.V., 22.11.2107, www.mother-hood.de/presse/persoentliche-geburtserfahrungen-von-eltern-aus-darmstadt-und-umgebung.html, aufgerufen am 04.07.2018.

²⁸ Roses Revolution Deutschland, www.gerechte-geburt.de/home/roses-revolution, Berichte #RosRev Deutschland, www.facebook.com/RosesRevolutionDeutschland, Roses Revolution, Global movement against obstetric violence, www.rosesrevolution.com, aufgerufen am 04.07.2018.

Persönlichkeitsrechten und ihrer Selbstbestimmung stark eingeschränkt sowie ihre Menschenrechte verletzt:

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

Lösungsansatz:

Die Umsetzung der unter Punkt eins bis acht beschriebenen Maßnahmen werden zu einem besseren Schutz der Rechte von Mutter und Kind auch in der Geburtshilfe führen.

Zur Vermeidung von Geringschätzung und Misshandlung in der Geburtshilfe müssen traumasensibles Arbeiten, Supervision und Selbsterfahrung in die Ausbildung der Hebammen sowie der gynäkologischen Fachärzt*innen integriert werden.

10. Prävention und Gesundheitskompetenz fördern

Informationen zum Thema Schwangerschaft, Geburt und der frühen Elternzeit sind heute via Internet und zahlreicher Publikationen sehr leicht zugänglich.

Begründung:

Eine gute Gesundheitskompetenz ist die Voraussetzung für selbstbestimmte Entscheidungen im Hinblick auf die eigene Gesundheit. Für die besonders sensible Zeit des Elternwerdens nimmt sie einen sehr hohen Stellenwert ein. Die Kinder von heute sind die werdenden Eltern von morgen!

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

Lösungsansatz:

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

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

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet hierfür bereits gute Ansätze. Jedoch gehen die Informationen nicht weit genug und müssen einer steten Überprüfung unterzogen werden.

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

Zur Erreichung der Ziele ist eine interministerielle Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nötig.

Der geplante *“Ausbau von fachlich unabhängigen, allgemein verständlichen Informationen für Bürgerinnen und Bürger [...] zur Versorgungsqualität (z. B. für die Auswahl eines Krankenhauses)”* ²⁹ seitens des IQTIG ist eine wichtige Grundlage für die notwendige Aufklärungsarbeit zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.

Bonn, 6. Juli 2018
(aktualisiert am 5. September 2018)

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

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

geschäftsführender Vorstand
Mother Hood e. V.

Über Mother Hood e. V.:

Bei Mother Hood e.V. setzen sich Eltern bundesweit für eine gute Versorgung von Mutter und Kind vor, während und nach der Geburt ein. Durch Kreißsaalschließungen, Personalmangel in Kliniken und Lücken in der Hebammenversorgung ist eine sichere Geburtshilfe nicht mehr überall gegeben. Zu den Hauptforderungen von Mother Hood gehören unter anderem die 1:1-Betreuung durch eine Hebamme und das Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes (www.mother-hood.de).

²⁹ Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), <https://iqtig.org/das-iqtig/patientenbelange/>, aufgerufen am 03.07.2018.