
FRAKTIONS BESCHLUSS VOM 28.03.2017

» VON ANFANG AN GUT VERSORGT – FÜR EINE GUTE GEBURTSHILFE



Die Geburt des eigenen Kindes ist für Eltern eine der prägendsten Erfahrungen im Leben. Mit ihr beginnt ein neuer Lebensabschnitt, der Alltag verändert sich grundlegend. Eltern befinden sich in einem Wechselbad der Gefühle zwischen (Vor-)Freude, Erschöpfung und Unsicherheit. Sie wünschen sich daher eine persönliche Begleitung durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, die ihnen einen geschützten Rahmen bietet und ihre Wünsche in den Mittelpunkt stellt. Auch aus Sicht von Hebammen und GeburtshelferInnen sind persönliche Zuwendung und das Eingehen auf die Bedürfnisse der Frauen essentiell, um der Familie einen guten Start ins Leben zu ermöglichen. Das gilt für alle Familien, in die Kinder hineingeboren werden – egal, ob mit Vater und Mutter, Mutter & Co-Mutter, Regenbogenfamilien oder Alleinerziehende.

Nach Jahren des Rückgangs haben sich die Geburtenzahlen in Deutschland wieder stabilisiert. 2015 ist die Zahl der neugeborenen Kinder sogar leicht gestiegen. Wenn mehr Menschen bereit sind, Kinder zu bekommen und großzuziehen, ist das ein Grund zur Freude – und eine weitere Motivation, Familien in den Mittelpunkt der Politik zu stellen. Auf Probleme wie schließende Geburtsstationen, überfüllte Kreißsäle, steigende Kaiserschnittraten und Mütter, die keine Hebammen für die Wochenbettbetreuung finden, hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren nur mit sporadischen Schönheitsreparaturen reagiert. Es bedarf jedoch nachhaltiger Lösungen, um die Geburtshilfe zukunftsfest zu machen.

Die Unterstützung von Kindern und Eltern in dieser wichtigen Phase des Lebens ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Als grüne Bundestagsfraktion wollen wir die Geburtshilfe und die Hebammenversorgung in Deutschland auf eine sichere Basis stellen¹. Wir wollen Eltern ermöglichen, ihren eigenen Weg durch diese Zeit zu finden. Sie sollen weiterhin die Wahl haben, wo und wie sie ihr Kind zur Welt bringen. Ein ausreichendes Angebot an Hebammen und klinischer Geburtshilfe muss gewährleistet sein – egal wo die Schwangere wohnt. Alle Frauen und ihre Kinder sollen eine hochwertige und qualitätsgesicherte medizinische Versorgung erhalten, die auf ihre individuellen Bedürfnisse Rücksicht nimmt und bei der die beteiligten Berufsgruppen gut zusammenarbeiten. Geburtshilfe darf nicht von Haftungsrisiken geprägt sein. Bei Interventionen, wie etwa einem Kaiserschnitt, müssen sich werdende Eltern darauf verlassen können, dass diese auch medizinisch notwendig sind. Auch nach der Geburt sollen gute Rahmenbedingungen Eltern ermöglichen, in Ruhe eine Familie zu werden.

Ein Kind zu bekommen und großzuziehen ist ein großes Glück. Wir wollen, dass Familien gut begleitet werden – von Anfang an.

¹ In diesem Papier stehen die Phase der Geburt und der Wochenbettbetreuung im Fokus, nicht die Vorsorge in der Schwangerschaft.

IN GUTEN HÄNDEN – ARBEIT VON HEBAMMEN AUFWERTEN, VERSORGUNG SICHERSTELLEN

Hebammen sind zentrale Ansprechpartnerinnen bei allen Fragen rund um Schwangerschaft und Geburt. Sie sind für werdende Mütter eine wichtige Unterstützung, um sich auf die Geburt vorzubereiten und ihr Kind im Einklang mit ihren Wünschen und Bedürfnissen auf die Welt zu bringen. In den ersten Wochen und Monaten des neuen Lebens stehen Hebammen jungen Eltern ebenfalls mit Rat und Tat zur Seite. Damit sind sie nicht nur für die einzelnen Familien eine unverzichtbare Stütze und Begleitung in dieser prägenden Lebensphase. Ihre Tätigkeit verdient auch mehr gesellschaftliche Anerkennung und Aufwertung.

Die Zahl der Hebammen in Deutschland kann nur geschätzt werden. Sie liegt vermutlich zwischen 18.000 und 21.000. Jede zweite Hebamme ist freiberuflich tätig, die anderen arbeiten vorrangig als Angestellte in Kliniken, Praxen und Geburtshäusern.

Die Zahl der freiberuflich tätigen Hebammen in Deutschland ist in den vergangenen Jahren gestiegen. 40 Prozent der freiberuflichen Hebammen arbeiten – zumeist aus familiären Gründen – nicht in Vollzeit. Die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist neben der geringen Vergütung und den rasant steigenden Haftpflichtprämien auch ein Grund, warum immer weniger freiberufliche Hebammen noch Geburten betreuen. Nur noch jede Fünfte bietet Geburtsbegleitungen an, die Hälfte davon nur als 1:1-Betreuung in der Klinik. Gerade dieses Angebot ist bei Schwangeren stark gefragt, denn dabei steht eine vertraute Hebamme der Gebärenden nahezu ununterbrochen zur Seite. Doch viele Frauen finden heute keine solche Begleitung.

Die Versorgung mit Hebammenleistungen ist in Deutschland je nach Region unterschiedlich gut. Es gibt zunehmend Berichte von Schwangeren, die Probleme dabei haben, eine Hebamme für ihre Wochenbettbetreuung zu finden. Gerade in Großstädten und Ballungszentren mit steigenden Geburtenzahlen ist dies ein Problem. Da es für Hebammen – anders als für niedergelassene ÄrztInnen – keine Bedarfsplanung gibt, sind sie frei in ihrer Entscheidung, wo und mit welchen Leistungen sie sich niederlassen. 2010 stellte eine Erhebung des Bundesministeriums für Gesundheit fest, dass 25 Regionen in Deutschland unterversorgt sind.

Die Ausgaben für Hebammenleistungen, die zwischen den Hebammenverbänden und den gesetzlichen Krankenkassen ausgehandelt werden, sind in den vergangenen Jahrzehnten zwar gestiegen. Doch über das Einkommen der Hebammen gibt es insgesamt nur wenig gesicherte Erkenntnisse. Ob den Mehrausgaben daher wirklich eine bessere Vergütung oder nur geleistete Mehrarbeit gegenübersteht, ist weitgehend unbekannt. Das gleiche gilt für die Frage, welche zusätzlichen Einnahmen Hebammen über Selbstzahlerleistungen haben.

Nachwuchsprobleme gibt es bei Hebammen nicht. Die Zahl der AusbildungsbewerberInnen übersteigt regelmäßig die Zahl der Ausbildungsplätze um ein Vielfaches. Aufgrund EU-rechtlicher Vorgaben wird die Hebammenausbildung ab 2020 allerdings vollständig akademisiert werden und daher nur noch InteressentInnen mit (Fach)Hochschulreife offen stehen. Ein entsprechendes Modellprojekt zur akademischen Hebammenausbildung wurde jüngst von fast allen Beteiligten als positiv bewertet. Eine akademische Ausbildung sollte interdisziplinär und kooperativ mit den medizinischen Fakultäten ausgerichtet sein. Das könnte auch dazu beitragen, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen zu verbessern. Um diese neuen Anforderungen in der Lehre zu gewährleisten, müssen

Übergangsregelungen für die Qualifizierung von HochschullehrerInnen getroffen werden. Das verhindert Engpässe in der Ausbildung.

Wir wollen die Versorgung mit Hebammenhilfe zukunftsfest machen. Dazu muss die Tätigkeit von Hebammen aufgewertet, Engpässe in der Versorgung bekämpft und die Ausbildung neu geregelt werden.

Wir fordern:

- » die Meldevorgaben für Hebammen auf Landesebene anzugleichen und zu reformieren, so dass sie ein aussagekräftiges Bild zur Versorgungssituation mit Hebammenleistungen ergeben; dazu ist ein zentrales Melderegister einzuführen.
- » eine Studie zur Feststellung von Tätigkeitsspektrum, Arbeitszeit und -aufwand sowie Entlohnung freiberuflich tätiger Hebammen in Auftrag zu geben.
- » die Angemessenheit der Hebammenvergütung gesetzlich verbindlicher zu gestalten und darin auch den zeitlichen Aufwand für einzelne Tätigkeiten stärker zu berücksichtigen.
- » die Anwerbung von Hebammen in unterversorgten Regionen auf kommunaler Ebene zu unterstützen (etwa durch Hilfe bei der Suche nach Wohnung und Kinderbetreuung, durch Bereitstellung von PKWs etc.); zudem soll zukünftig ein pauschaler Sicherstellungszuschlag für eine Tätigkeit in unterversorgten Regionen gezahlt werden.
- » durch eine Überarbeitung der Mutterschaftsrichtlinien nach § 92 SGB V verbindliche Vorgaben für die Einbeziehung von Hebammen in die Schwangerschaftsvorsorge zu schaffen, soweit die Schwangere dies wünscht.
- » Wirksamkeit und Nutzen von Angeboten zur Geburtsvorbereitung und nach der Geburt besser zu erforschen.
- » die rechtlichen Vorgaben zur Ausbildung und Prüfung von Hebammen auf Bundes- und Landesebene zu überarbeiten und in eine akademische Ausbildung zu überführen; dabei soll es verpflichtende Praxisteile in allen Einsatzfeldern für Hebammen (klinisch und außerklinisch) geben.
- » ein Modellprojekt mit interdisziplinären Ausbildungsanteilen für Hebammen und GeburtshelferInnen zu initiieren, in dessen Rahmen unter anderem Notfall- und seltene Geburtssituationen in sogenannten Skill Labs (Übungszentren) trainiert werden.
- » die Gründung von interdisziplinären Lehrstühlen zur Geburtshilfe und Perinatalogie zu fördern sowie den Ausbau der Hebammenwissenschaft in Lehre und Forschung unter anderen durch die Qualifizierung von HochschullehrerInnen und die Schaffung von Masterstudiengängen und Promotionsmöglichkeiten weiter voranzutreiben.

HELFEN OHNE ANGST – HAFTUNG IN DER GEBURTSHILFE REFORMIEREN

Die Haftpflichtprämien für alle in der Geburtshilfe Tätigen sind in den letzten Jahren erheblich angestiegen. Das gilt sowohl für Kliniken, vor allem aber auch für freiberufliche Hebammen und ÄrztInnen, die Geburtshilfe anbieten. Freiberufliche Hebammen, die Geburten begleiten, zahlen mittlerweile rund 7.640 Euro jährlich für ihre Gruppenhaftpflicht, bei Klinikhebammen werden diese

Kosten zumeist von der Klinik übernommen. BelegärztInnen in der Geburtshilfe kommen auf Prämien von 40.000 bis 90.000 Euro jährlich.

Kommt es unter der Geburt zu Komplikationen, können Mütter und Neugeborene schwere körperliche Schäden erleiden – mit massiven Folgen für ihr weiteres Leben und das ihrer Angehörigen. In solchen Fällen müssen die Versicherungen einspringen: die Schadenssummen belaufen sich laut deren Angaben auf durchschnittlich 2,6 Millionen Euro pro Fall. Damit sollen höhere Pflege- und Behandlungskosten, Schmerzensgelder oder Verdienstausfälle ausgeglichen werden. Das geben Versicherer als Grund für die gestiegenen Prämien an. Die inzwischen eingeschränkte Regressmöglichkeit der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber freiberuflichen Hebammen hat an diesem Anstieg bislang wenig geändert – ebenso wenig wie die Versuche, die gestiegenen Kosten in die Vergütung der Hebammen einzupreisen.

Hinzu kommt, dass die Kalkulation der Prämien durch die beteiligten Versicherungsunternehmen nicht transparent ist. Auch die Zahl der Unternehmen, die einen entsprechenden Versicherungsschutz anbieten, ist in den vergangenen Jahren erheblich zusammengeschrumpft. Einen lebendigen Markt mit Auswahlmöglichkeiten gibt es insbesondere für NeueinsteigerInnen faktisch nicht. Die meisten freiberuflichen Hebammen versichern sich aus Kostengründen über eine Gruppenversicherung des Deutschen Hebammenverbandes bei einem privaten Anbieter.

Die hohen finanziellen Belastungen durch die Haftpflicht haben in der Vergangenheit – neben der ständigen Rufbereitschaft und der schlechten Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf – bei immer mehr Hebammen und BelegärztInnen dazu geführt, die Geburtshilfe aufzugeben. Insbesondere kleinere Kliniken mit Belegabteilungen wurden dadurch gezwungen, sich mangels Personals aus der Geburtshilfe zurückzuziehen.

Wir wollen das gesamte System der Haftpflichtversicherung für die Geburtshilfe neu regeln, damit es transparent und bezahlbar wird.

Wir fordern:

- » die Berufshaftpflicht für Gesundheitsberufe zu reformieren und nach den Prinzipien der gesetzlichen Unfallversicherung umzugestalten; die Haftpflicht für Hebammen und ÄrztInnen in der Geburtshilfe soll darin integriert werden.
- » eine anonymisierte Statistik für Schadensfälle in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe einzuführen, aus der aussagekräftige Daten über die Art der Fehler, Risikofaktoren, entstandene Schäden und Schadenssummen hervorgehen.

KEINE WEITEN WEGE – GEBURTSKLINIKEN MÜSSEN ERREICHBAR BLEIBEN

Im Vergleich zu anderen Ländern ist die Geburtshilfe in Deutschland vergleichsweise kleinteilig organisiert. Die Zahl der Krankenhäuser, die Geburtshilfe anbieten, ist seit längerem rückläufig und liegt deutschlandweit nur noch bei rund 700. Gleichzeitig sank auch die Auslastung der Stationen. Viele kleinere, von Schließung bedrohte Geburtsstationen haben teilweise weniger als eine Geburt pro Tag. Laut Deutscher Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ist in Einrichtungen unter 500 Geburten pro Jahr die Qualität der Versorgung nicht mehr gesichert. Die Unterhaltung dieser Stationen ist aufgrund der ständigen Bereitschaft und den damit verbundenen hohen Personalkosten für Kliniken auch nicht wirtschaftlich. Aber auch größere Geburtsstationen kämpfen mit Problemen: über

die Hälfte von ihnen erwirtschaften finanzielle Verluste und haben – insbesondere in ländlichen Regionen – Schwierigkeiten, ausreichend ÄrztInnen und Hebammen zu finden.

Die Erreichbarkeit der nächsten Klinik mit Geburtshilfe ist regional sehr unterschiedlich. Zwar haben die meisten Frauen eine Geburtsstation in weniger als zehn Kilometer Entfernung. In einigen Regionen haben Schließungen aber auch zu Fahrtzeiten von über 45 Minuten geführt, was aus medizinischer Sicht grenzwertig ist. Zudem wählt über die Hälfte der Schwangeren nicht die nächstgelegene Geburtsklinik. Viele Frauen legen Wert auf eine hochwertige Versorgung insbesondere für ihr Kind und sind bereit, dafür längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen. Wo eine spontane Anreise nicht mehr zumutbar ist, finanzieren manche Krankenkassen eine Unterbringung der Frau in der Nähe der nächsten Klinik in den Wochen vor der Geburt (sogenanntes Boarding). Viele Frauen nehmen diese Möglichkeit allerdings nicht in Anspruch, zum Beispiel weil sie keine Betreuung für ihre weiteren Kinder finden.

Aber auch in Großstädten und Ballungsräumen wird von Problemen berichtet. So führen die steigenden Geburtenzahlen und die Zuwächse aus dem Umland von Großstädten teilweise dazu, dass Kreißsäle zeitweise wegen Überfüllung schließen müssen.

Wir wollen, dass alle Schwangeren Geburtshilfeeinrichtungen in erreichbarer Nähe haben. Dabei sollen auch neue Versorgungsangebote erprobt werden.

Wir fordern:

- » die Krankenhausplanung im Bereich der Geburtshilfe zukünftig nicht mehr anhand von Landesgrenzen, sondern überregional anhand von Einzugsgebieten und Gesundheitsregionen vorzunehmen, und dabei zwingend die Erreichbarkeit zu berücksichtigen.
- » ein besonderes Investitionsförderprogramm zum gezielten Ausbau von Kreißsälen in Großstädten und Ballungsräumen mit steigenden Geburtenzahlen aufzulegen.
- » Modellprojekte zur zukünftigen Sicherstellung der Geburtshilfe in Regionen mit niedrigen Geburtenraten zu initiieren, um neue Versorgungsmodelle (etwa mobile Geburtsstationen, telefonische Begleitung durch erfahrene Geburtshelfer, Boarding-Konzepte) zu erproben.
- » für den Partner/die Partnerin der Schwangeren bei Inanspruchnahme des Boardings einen Anspruch auf Freistellung gegenüber seinem/ihrem Arbeitgeber zu schaffen, sowie diese Angebote insgesamt familienfreundlicher auszugestalten.
- » Kräfte des Rettungsdienstes regelmäßig und stärker in Fragen der Geburtshilfe zu schulen und die Zusammenarbeit zwischen Rettungsdiensten und vor Ort tätigen Hebammen auszubauen sowie andere besondere Nothilfeangebote für Schwangere zu fördern.

VON MENSCH ZU MENSCH BEGLEITEN – GUTE BEDINGUNGEN IM KREIßSAAL

Die Versorgung mit Geburtshilfe in Deutschland liegt im internationalen Vergleich auf einem sehr hohen Niveau. Mütter- und Säuglingssterblichkeit sind seit den 50er Jahren radikal gesunken. Heute stirbt in Deutschland eine von 25.000 Frauen bei der Geburt; die Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr liegt bei 3,3 auf 1000 Lebendgeburten. Im innereuropäischen Vergleich liegt Deutschland damit allerdings nur im Mittelfeld. Tendenziell sind die Risiken für Mütter und Kinder in größeren Geburtsabteilungen geringer.

Viele Schwangere, aber auch viele Hebammen empfinden die Bedingungen im Kreißaal häufig als unbefriedigend oder gar belastend. Während die betroffenen Frauen unter der Geburt das Bedürfnis nach einer ruhigen und verlässlichen Betreuung haben, geben 64 Prozent der Klinikhebammen an, dass sie häufig drei oder mehr Frauen gleichzeitig betreuen müssen. Dazu kommen Überstunden, fehlende Ruhepausen, zunehmende Dokumentationspflichten und Rufbereitschaften sowie hebammenfremde Tätigkeiten. Zuwendung und ein Eingehen auf die Bedürfnisse der Gebärenden bleiben dabei mitunter auf der Strecke, obwohl dies für einen guten Geburtsverlauf essentiell ist und für viele Hebammen dem Selbstverständnis ihres Berufs entspricht. Hingegen wirkt sich eine kooperative und von gegenseitiger Wertschätzung geprägte Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen den beteiligten Hebammen und ÄrztInnen positiv auf den Geburtsverlauf aus.

Erstaunlicherweise gibt es im Bereich der Geburtshilfe bislang vergleichsweise wenig verbindliche Qualitätsvorgaben. Viele haben nur den Charakter von Handlungsempfehlungen mit vergleichsweise geringer wissenschaftlicher Absicherung. Auch gibt es kaum Möglichkeiten für interessierte Frauen und Paare, sich vorab objektiv über die Qualität einer Geburtshilfestation zu informieren.

Dazu gehört für viele Frauen zunehmend auch die Frage, wie schnell in den natürlichen Geburtsverlauf eingegriffen wird. Viele Frauen schätzen die technischen Möglichkeiten der modernen Medizin als zusätzliche Sicherheit für sich und ihr Kind. Doch die hohe Rate der medizinischen Interventionen unter der Geburt in Deutschland ist teilweise nicht erklärbar. So werden beispielsweise 60 Prozent der Gebärenden im Kreißaal dauerhaft an einen Wehenschreiber (CTG) angeschlossen, obwohl dies medizinisch nicht immer notwendig ist und von den Betroffenen als störend empfunden wird. Auch bei anderen Interventionen wie Geburtseinleitungen oder Öffnungen der Fruchtblase sind Nutzen und Risiken oft umstritten.

Die Interventionsrate in von Hebammen geleiteten Kreißsälen ist deutlich geringer. Hier werden Geburten innerhalb einer Klinik von Hebammen in eigener Verantwortung geleitet, allerdings mit der Möglichkeit, im Notfall auf ärztliche Unterstützung zurückgreifen zu können. Bislang gibt es leider nur 16 solcher Kreißsäle in Deutschland.

Wir wollen die Bedingungen im Kreißaal für Mütter und Hebammen gleichermaßen verbessern. Eine verlässliche Betreuung unter der Geburt, ein gutes Miteinander von ÄrztInnen und Hebammen und hohe wissenschaftliche Standards bei der Versorgung sind uns wichtig.

Wir fordern:

- » ein verpflichtendes Personalbemessungsinstrument für Kreißsäle einzuführen, das grundsätzlich von einer 1:1-Betreuung durch Hebammen in wesentlichen Phasen der Geburt ausgeht.
- » das kooperative Zusammenwirken zwischen ÄrztInnen und Hebammen im Kreißaal weiter zu fördern, beispielsweise durch interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungen und durch mehr Entscheidungsbefugnisse für Hebammen
- » die flächendeckende Etablierung von hebammengeleiteten Kreißsälen sicherzustellen.
- » die Erarbeitung von umfassenden, interdisziplinären und wissenschaftlich fundierten Leitlinien (sogenannte S3-Leitlinien) zu wichtigen Aspekten bei Geburten einschließlich medizinischer Interventionen weiter zu fördern sowie die Forschung zu Nutzen und Risiken einzelner Interventionen voranzutreiben.

- » die Eltern–Kind–Bindung nach der Geburt durch entsprechende Maßnahmen (Körperkontakt, Rooming–In etc.) weiter zu fördern.

NATÜRLICHE GEBURTEN FÖRDERN – KAISERSCHNITTRATE SENKEN

Die Kaiserschnitttrate ist in den vergangenen Jahren in Deutschland erheblich gestiegen. 1991 lag sie noch bei 15 Prozent aller Geburten. Heute entbindet nahezu jede dritte Schwangere mit Kaiserschnitt. Deutschland liegt damit über dem EU–Durchschnitt und weit über der Rate skandinavischer und einiger osteuropäischer Länder (15 bis 22 Prozent). Da dort auch die Müttersterblichkeit unter der Geburt deutlich geringer ist, können nicht nur zwingende medizinische Gründe die hohe Kaiserschnittzahlen in Deutschland erklären.

Auch innerhalb Deutschlands schwanken die Raten erheblich, je nach Region, teilweise auch je nach Einrichtung. Die Gründe dafür sind bislang nicht genau erforscht. Eine steigende Zahl an Risiko– oder Mehrlingsschwangerschaften allein kann den Anstieg nicht erklären. Ebenso ist die Zahl sogenannter Wunschkaiserschnitte ohne medizinischen Grund vergleichbar gering. Viele Kaiserschnitte werden hingegen allein deshalb vorgenommen, weil eine vorausgehende Schwangerschaft ebenfalls per Kaiserschnitt entbunden wurde. Bei manchen Konstellationen wie Steißlagen oder Zwillingsgeburten fehlen vielen GeburtshelferInnen zudem heutzutage die Erfahrungen, diese Kinder auf natürlichem Weg zu entbinden.

Nur zehn Prozent aller Kaiserschnitte sind absolut zwingend, weil das Leben von Mutter und/oder Kind in Gefahr ist. In den übrigen Fällen beruht die Entscheidung auf einer Abwägung der beteiligten ÄrztInnen und der Schwangeren. Häufige Gründe wie beispielsweise ein „verzögerter Geburtsverlauf“ oder „auffällige Herztöne beim Kind“ sind teilweise wissenschaftlich fragwürdig. Ein Grund für das defensive Vorgehen der Geburtsmediziner könnten auch bestehende Haftungsrisiken sein; das Unterlassen eines (rechtzeitigen) Kaiserschnitts ist ein häufiger Haftungsgrund bei Geburtsschäden.

Grundsätzlich ist die Kaiserschnitttrate in kleineren Kliniken und Belegabteilungen höher als in großen Einrichtungen. Insbesondere aufgrund des Personalmangels werden hier nachts oder am Wochenende häufiger Kaiserschnitte durchgeführt. Aber auch finanziell sind Kaiserschnitte für Kliniken attraktiv, da sie höher vergütet werden als natürliche Entbindungen und der Personalaufwand planbar ist. Das Abwarten im Rahmen einer normalen Geburt hingegen kann für die Klinik auch finanzielle Verluste bedeuten – und für das beteiligte Personal unregelmäßige Arbeitszeiten.

Die überwiegende Mehrheit der Frauen gibt an, in die Entscheidung zum Kaiserschnitt aktiv eingebunden gewesen zu sein. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Empfehlung der behandelnden ÄrztIn. Mitunter wird die Option Kaiserschnitt dabei allerdings beschönigend dargestellt und die Risiken verschwiegen. Weniger gut sind auch die Informationen zu den möglichen späteren Folgen: nur die Hälfte der Frauen, die einen ungeplanten Kaiserschnitt hatten, geben an, über die Folgen wie Schmerzen, Stillprobleme, Thrombosegefahren, Risiken für weitere Schwangerschaften oder die Folgen für die Kinder ausreichend informiert gewesen zu sein.

Wir wollen Fehlanreize zugunsten von Kaiserschnittgeburten beseitigen und die Aufklärung über die Folgen eines solchen Eingriffs verbessern.

Wir fordern:

- » die Vergütung für Spontanentbindungen anzuheben und an die für Kaiserschnitte anzugleichen.
- » bundesweite Qualitätsvorgaben zur Vermeidung nicht notwendiger Kaiserschnitte festzulegen und durch ein kontinuierliches Monitoring zu begleiten; bei Bedarf können die jeweiligen Landesbehörden im Rahmen eines Strukturierten Dialogs mit den betroffenen Kliniken Maßnahmen vereinbaren, um die Ergebnisse zu verbessern.
- » das Training von Spontanentbindungen bei Risikokonstellationen wie Beckenendlagen oder Mehrlingsgeburten stärker in die Ausbildung von Hebammen und ÄrztInnen einzubeziehen.
- » ein Modellvorhaben zu initiieren, in dem Risikopatientinnen die Möglichkeit gegeben wird, die Geburt einschließlich alternativer Entbindungsmöglichkeiten im Rahmen einer Hebammensprechstunde vorab zu besprechen.
- » Kliniken zu verpflichten, ihre Kaiserschnittraten und gegebenenfalls die von ihnen ergriffenen Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnittraten zu veröffentlichen.
- » Forschungsvorhaben zur Vermeidbarkeit und zu kurz-, mittel- und langfristigen Folgen von Kaiserschnittentbindungen für Mutter und Kind zu fördern.

WAHLRECHT DER FRAUEN SICHERSTELLEN – SICHERHEIT AUßERKLINISCHER GEBURTEN FÖRDERN

Schwangere sind in der Wahl des Geburtsortes frei. 98,5 Prozent entscheiden sich für die Entbindung in einer Klinik. Zumeist fällt diese Entscheidung bewusst, weil dort schnell auf Notfallsituationen reagiert werden kann. Rund 11.000 Kinder kommen jährlich in Deutschland außerhalb von Kliniken zur Welt, zwei Drittel davon im Geburtshaus, ein Drittel im Rahmen einer Hausgeburt. Die Zahl der Geburtshäuser ist in den vergangenen Jahren allerdings gesunken. Auch sie kämpfen mit Personalproblemen.

Ausschlaggebend für die Wahl einer außerklinischen Geburt ist oft der Wunsch, in vertrauter Umgebung ohne Zeitdruck und möglichst ohne medizinische Interventionen zu entbinden. Nicht immer kann diesem Wunsch entsprochen werden: fast ein Fünftel der Frauen werden unter der Geburt in eine Klinik verlegt. Auch lehnen Geburtshäuser und freiberufliche Hebammen außerklinische Entbindungen ab, wenn bestimmte Risikofaktoren vorliegen; in bestimmten Fällen werden sie auch nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Einige dieser Ausschlusskriterien sind zwischen Hebammen und den gesetzlichen Krankenkassen umstritten.

Es sind bessere Qualitätsvorgaben für außerklinische Geburten notwendig. Das gilt ebenso für eine bessere Qualitätsmessung. Die freiwillige Qualitätserhebung der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe erfasst lediglich 80 Prozent dieser Geburten. Die Zahl der schweren Komplikationen ist genauso hoch wie bei Klinikgeburten, obwohl außerklinisch entbindende Frauen eigentlich ein geringeres Risikoprofil haben. Die Forschung zu Chancen und Risiken in diesem Bereich ist allerdings unzureichend.

Frauen sollen auch bei außerklinischen Entbindungen sicher gehen können, dass sie gut aufgehoben sind und sich keinen unnötigen Gefahren aussetzen.

Wir fordern:

- » die Vielfalt in der Geburtshilfe zu erhalten, zum Beispiel durch die Förderung der Ansiedlung von Geburtshäusern in unmittelbarer räumlicher Nähe zu Kliniken.
- » Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe weiter voranzutreiben, unter anderem durch die Etablierung eines Qualitätsregisters für außerklinische Geburten.
- » die Forschung zu Vorteilen und Risiken außerklinischer Geburten zu fördern.

HILFE FÜR DIE KLEINSTEN – QUALITÄT IN DER FRÜHCHENVERSORGUNG SICHERN

Acht Prozent aller Babys kommen als Frühchen zur Welt, davon wiegt jedes Siebte unter 1.500 Gramm. Versorgt werden diese Kinder in den 231 Perinatalzentren, die es an Deutschlands Kliniken gibt. Deutschland hat im Vergleich zu anderen Ländern seit Jahren eine hohe Frühgeborenenrate.

Die Überlebenschancen dieser Kinder haben sich dank der medizinischen Fortschritte und guten Versorgung in den vergangenen Jahren stark erhöht. Ab der 24. Schwangerschaftswoche überleben mittlerweile rund 60 Prozent, ab der 29. Schwangerschaftswoche rund 90 Prozent der Frühchen. Dennoch erleiden auch sie häufig schwere Komplikationen. Etwa ein Drittel der Kinder hat in späteren Jahren mit Folgeschäden, Behinderungen oder Entwicklungsstörungen zu kämpfen. Teils erhöhen organisatorische Faktoren das Komplikationsrisiko: Lange Transportwege, keine schnelle Verfügbarkeit einer KinderärztIn, Personalmangel und unzureichende Erfahrung verschlechtern die Überlebenschancen der Kinder.

Die Diskussion um die Sicherstellung der Qualität ist auch bei Perinatalzentren noch im Gange: Die Einführung von Mindestmengen erscheint derzeit nicht zielführend. Zwar zeigen größere Perinatalzentren oft bessere Ergebnisse als kleinere, eine eindeutige Verbindung zwischen Behandlungszahlen und Qualität konnte bislang allerdings nicht nachgewiesen werden. Die Studienlage in diesem Bereich ist weiterhin unbefriedigend. Deshalb sind alternativen Anreize für diese Zentren nötig, um ihre Qualität weiter zu verbessern.

Seit 2006 gibt es Mindestpersonalvorgaben, die jedoch von den Zentren mangels qualifizierten Personals oft nicht erfüllt werden. Eine Übergangsregelung bis 2019 schafft zwar kurzfristig Entlastung, steigert allerdings nicht die Zahl an qualifizierten Fachkräften. Fast ein Drittel der bundesweit rund 700 Weiterbildungsplätze bleibt regelmäßig unbesetzt, da es keine BewerberInnen gibt.

Eltern sollen ihre Frühgeborenen gut versorgt wissen. Deshalb wollen wir die Qualität in der Frühchenversorgung weiter verbessern und den Schutz vor Frühgeburt für Mutter und das heranreifende Kind weiter entwickeln

Wir fordern:

- » alternative Anreize für die Verbesserung der Qualität in Perinatalzentren zu entwickeln.
- » die Weiterbildung von Pflegekräften im Bereich der neonatologischen Intensivpflege durch ein Förderprogramm weiter voran zu treiben, sowie die Weiterbildungsbereitschaft durch andere Maßnahmen wie die Übernahme der Fortbildungskosten, eine höhere Entlohnung, oder die Möglichkeit zur Weiterbildung auch für Teilzeitkräfte zu erhöhen.

- » die Forschung zur Prävention von Frühgeburten und zu Risiko- und protektiven Faktoren, die die Überlebenswahrscheinlichkeit von Frühchen beeinflussen, voranzutreiben.
- » in der Landeskrankenhausplanung zukünftig zwingend nach verschiedenen Leveln der Perinatalversorgung zu differenzieren.

GUT VERSORGT UND INFORMIERT – BERATUNG UND UNTERSTÜTZUNG FÜR FRISCHGEBACKENE ELTERN AUSBAUEN

Für werdende Eltern gibt es eine Vielzahl von Informationsmöglichkeiten zu den Themen Schwangerschaft und Geburtshilfe. Nicht immer aber erreichen sie auch ihr Ziel. Laut einer Studie fühlen sich ein Drittel der Schwangeren beziehungsweise werdenden Eltern vorab unzureichend über Geburtsverlauf und Geburtsrisiken aufgeklärt. Auch Hebammen beklagen immer wieder, dass Schwangere falsche Vorstellungen darüber haben, wie individuell und wenig vorhersagbar Geburten verlaufen. Viele Frauen mit Kaiserschnitt erklären im Nachhinein, sie wären nicht ausreichend über die Folgen dieses Eingriffs informiert gewesen (siehe oben).

Insbesondere nach einer Geburt mit unerwarteten Komplikationen oder nach einem Kaiserschnitt haben viele Frauen das Bedürfnis, den Ablauf in der Rückschau mit der beteiligten Hebamme beziehungsweise ÄrztIn noch einmal durchzusprechen. Nicht immer wird ihnen die Gelegenheit dazu gegeben. Doch gerade solche Gespräche sind geeignet, Missverständnisse aufzuklären, Schuldgefühlen und seelischen Störungen vorzubeugen und so das subjektive Wohlbefinden der Frauen zu steigern. Auch das Erkennen und die Behandlung von postpartalen Depressionen muss verbessert werden, da immer noch viele Frauen keine Hilfe erfahren.

Auch andere Unterstützungsleistungen nach der Geburt sind bislang die Ausnahme. So haben Frauen im Wochenbett nur dann Anspruch auf Unterstützung im Haushalt, wenn ärztlich festgestellt wurde, dass ihnen diese Tätigkeit aufgrund der Folgen der Schwangerschaft und Entbindung nicht möglich ist und keine andere im Haushalt lebende Person einspringen kann.

Bewährt haben sich die Familienhebammen, die Unterstützung für Schwangere und Eltern mit psychosozialen Belastungen anbieten und eine bessere Zusammenarbeit des Gesundheitswesens mit der Kinder- und Jugendhilfe wollen. Sie werden im Rahmen der Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ gefördert. Diese Unterstützung und Beratung sollte ausgebaut und allen Familien, die dafür Bedarf sehen, zur Verfügung stehen.

Wir wollen die Beratung und Unterstützung von Familien rund um die Geburt verbessern. Das gilt insbesondere auch für solche Situationen, in denen nicht alles wie erhofft verläuft.

Wir fordern:

- » eine bundesweite Kampagne zur Aufklärung über die Vorteile natürlicher Geburten zu initiieren, die sich sowohl an werdende Eltern wie auch an Fachkräfte in der Geburtshilfe richtet; im Rahmen dieser Kampagne soll auch der Anspruch auf Hebammenbetreuung im Rahmen der Schwangerenvorsorge bekannter gemacht werden.
- » Informationsangebote rund um Geburt, Wochenbett und Stillzeit für bestimmte Zielgruppen (beispielsweise Frauen mit Migrationshintergrund oder junge Mütter in schwierigen sozialen Lagen) zu verbessern.

- » einen Anspruch auf Nachbesprechung der Geburt mit den beteiligten Hebammen und ÄrztInnen zu schaffen, in der (bei Bedarf) auch auf eine weitere psychologische Begleitung hingewiesen werden muss.
- » Hebammen, FrauenärztInnen und andere geeignete Berufsgruppen im Erkennen postpartaler Depressionen besser zu schulen und Beratungs- und Hilfsangebote weiter auszubauen.
- » den Anspruch auf Alltagshilfe im Haushalt während der Wochenbettphase insbesondere für alleinerziehende Frauen auszuweiten.
- » die Versorgungsforschung und öffentliche Gesundheitsberichterstattung zur Frauen- und Kindergesundheit in den Phasen von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit zu fördern und zu stärken.