

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
zum Aktionsplan der Bundesregierung
„Gesundheit rund um die Geburt“ vom 13.07.2023

Autorinnen: Prof. Dr. Dipl. med. päd. Sabine Striebich, Caroline Agricola M.Sc., Univ.-Prof. Dr. Nicola H. Bauer, Prof. Dr. Claudia Hellmers, Univ.-Prof. Dr. Mechthild M. Groß, Univ.-Prof. Dr. Birgit-Christiane Zyriax

Kontaktadresse: geschaeftsstelle@dghwi.de

7.09.2023

Hintergrund

Der *Kooperationsverbund gesundheitsziele.de* – ein Zusammenschluss von 140 Organisationen aus Gesundheitswesen, Wissenschaft, Politik und Gesellschaft – hat 2017 gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium nach 3-jähriger Arbeit das 9. Nationale Gesundheitsziel “Gesundheit rund um die Geburt” (NGZ) [1] veröffentlicht. Das 9. NGZ zielt darauf ab, einen Kulturwandel in der Geburtshilfe zu bewirken und die gesundheitsorientierte Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit evidenzbasierten Maßnahmen zu fördern [2]. Mittels eines auf allen Ebenen und konsequent eingerichteten gesundheitsfördernden bzw. salutogenen und ressourcenorientierten Ansatzes in der geburtshilflichen Versorgung, der Förderung von Autonomie von Schwangeren sowie der Verbesserung der Zusammenarbeit heterogener Berufsgruppen sollen die Weichen für Gesundheit in der reproduktiven Lebensphase grundsätzlich neu gestellt werden.

Mit 738.000 Lebendgeborenen im Jahr 2022 [3] hat eine gute Geburtshilfe nicht nur für werdende Eltern und Familien und die in der Geburtshilfe tätigen Hebammen und Ärzt*innen, sondern für die gesamte Gesellschaft eine herausragende Bedeutung. Die Regierungsparteien haben dies anerkannt und sich 2021 darauf geeinigt, einen Aktionsplan zu Umsetzung des NGZ zu entwickeln. Dieses Vorhaben wurde in den Koalitionsvertrag aufgenommen. Ein Aktionsplan ermöglicht es, *“vereinbarte Ziele gemeinsam maßgeblich voranzubringen und erforderliche gesetzliche Veränderungen anzustoßen”* [2]. Die große Chance besteht darin, dass die Bundesregierung die Maßnahmen strukturiert plant, zentral koordiniert und die Umsetzung und Evaluation monitoriert. Alle Bundesländer, die relevanten Bundesministerien BMG, BMFSFJ, BMEL, BMBF und BMAS und weitere Stakeholder auf kommunaler und regionaler Ebene werden einbezogen [2].

Am 13. Juli 2023 legte die Bundesregierung den Aktionsplan vor. Er enthält eine Aufstellung von Maßnahmen in insgesamt vier Handlungsfeldern, die bereits entwickelt und umgesetzt wurden sowie weitere, die beabsichtigt sind. Die vier Handlungsfelder sind:

1. Versorgungsstrukturen rund um die Geburt sicherstellen,
2. Interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit rund um die Geburt stärken,
3. Qualität der Betreuung rund um die Geburt weiterentwickeln sowie
4. Information, Aufklärung und Gesundheitskompetenz rund um die Geburt verbessern.

Die *Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft* DGHWi nimmt in dieser Stellungnahme die Gelegenheit wahr, auf die hohe Bedeutung einer planvollen, durch eine zentrale Instanz im Bund gesteuerten, und wissenschaftlich-basierten Umsetzung des NGZs hinzuweisen, mit dem Ziel, eine evidenzbasierte und bedarfsorientierte geburtshilfliche Versorgung zu entwickeln.

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft steht die DGHWi für das Bestreben, gemäß den Grundsätzen der Qualitäts- und Patient*innensicherheitsforschung [4], aus einem Gesundheitsziel im nächsten folgerichtigen Schritt Versorgungsziele abzuleiten und

anschließend die Methoden zu wählen, mit denen diese Ziele erreicht werden können. Zu dem Zweck werden im Folgenden einzelne im Aktionsplan genannte, signifikante bestehende und insbesondere geplante Maßnahmen aus den vier Handlungsfeldern im Hinblick auf die Bedeutung bei der Umsetzung des NGZs kommentiert und Empfehlungen zur Weiterentwicklung zur Umsetzung des NGZs gegeben. Vor allem wird passend dazu jeweils der Bedarf an hochschulinitiierten, hebammenwissenschaftlichen Forschungsvorhaben aufgezeigt.

Zusammenfassung

Das 9. NGZ "Gesundheit rund um die Geburt" [1] fokussiert auf den beträchtlichen Bereich der Gesundheitsversorgung "Hebammenhilfe, Geburtshilfe und Perinatalmedizin" mit vielfachen institutionellen und versorgungspolitischen Logiken, gewachsenen Strukturen, regionalen bzw. kommunalen Akteurskonstellationen und berufsgruppenbezogenen Besonderheiten. Auch gibt es in dem Bereich eigene Herausforderungen zur zukunftsfähigen Weiterentwicklung, wie etwa dem vom *Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen* proklamierten Abbau von Ineffizienzen und Ineffektivitäten in der Versorgung und zum Abbau von Barrieren zwischen den Sektoren sowie der Verbesserung des Schnittstellenmanagements [5]. Und auch hinsichtlich der Ausrichtung der Krankenhausversorgung am Patient*innenwohl, wie vom *Deutschen Ethikrat* empfohlen [6] sowie der von der Bundesärztekammer betonten Notwendigkeit des Abbaus des Ökonomisierungsdrucks [7].

Die DGHWi ist der Auffassung, dass die Umsetzung des NGZs eine hochkomplexe Aufgabe darstellt, die eine strategische Steuerung des Bundes erfordert. Sie sieht es als grundlegend an, dass zu diesem Zweck – beziehungsweise auf das Postulat des ebM-Netzwerk für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik [8] – eine Arbeitsgruppe bzw. ein Ausschuss eingesetzt wird, der die Umsetzung des NGZs auf verschiedenen Ebenen zentral plant, steuert und monitoriert und die Evaluation beauftragt. Dieser soll unter Beteiligung aller relevanten Akteure eingerichtet werden.

Stellungnahme zu den einzelnen Handlungsfeldern

1. Versorgungsstrukturen rund um die Geburt sicherstellen

Die DGHWi begrüßt, dass das BMG die Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgungsstrukturen als Handlungsfeld gewählt hat.

1.1 Freie Wahl des Geburtsorts

Die freie Wahl des Geburtsorts für werdende Eltern ist gesetzlich verankert (SGB V § 24f.). In der außerklinischen Geburtshilfe ist in den vergangenen zehn Jahren die Geburtenzahl um 68 Prozent gestiegen (von 10.554 im Jahr 2011 auf 17.755 im Jahr 2021); etwa 2 Prozent aller werdenden Eltern wählen eine Haus- oder Geburtshausgeburt [9]. Die sehr guten perinatalen Ergebnisse in diesem Versorgungsbereich sind durch Datenerfassung der *Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe* (QUAG e.V.) dokumentiert. Die DGHWi sieht es als wichtig an, dass weitere Maßnahmen zusätzlich zum Instrument des Sicherstellungszuschlags entwickelt werden, um in Deutschland die Versorgung mit außerklinischer Geburtshilfe flächendeckend zu erhalten und somit die Wahlfreiheit der Familien zu gewährleisten.

1.2 Klinische Versorgungsstrukturen rund um die Geburt

Derzeit gibt es bundesweit 638 Geburtskliniken [10]. Mit fortschreitender Zentralisierung gibt es immer mehr große Kliniken mit mehr als 1.500 Geburten pro Jahr; viele kleine Kliniken der wohnortnahen Geburtshilfe schließen [11]. Es sollte geprüft werden, ob die bislang kleine Anzahl von 56 Kliniken im ländlichen Raum, die aktuell die zusätzlichen, leistungsunabhängigen Finanzmittel, die von der *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung* in der ersten Stellungnahme [12, S.7 und 13] zusätzlich zu den Sicherstellungszuschlägen empfohlen wurden, erhalten, erhöht werden kann. Im Aktionsplan sollte festgehalten werden, dass die Bundesregierung gemäß der Empfehlung die politische Festlegung der Mittel und die Zuwendungen gemäß Klinikgröße sicherstellt und überwacht, sodass Klinikschließungen vermieden werden. Wie von der Regierungskommission empfohlen, sollten die jährlichen Qualitätsberichte zusätzlich Angaben enthalten, wie die Kliniken die erhaltenen Mittel in den Abteilungen Geburtshilfe und Pädiatrie verwendet haben.

1.2.1 Monitoring der Geburtshilfe

Die DGHWi begrüßt die Absicht der Bundesregierung sehr, eine systematische Datenerhebung in der klinischen Geburtshilfe einzurichten, um die Versorgungsrealität zu erfassen. Die routinemäßige Perinatalerhebung durch das *Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen* (IQTIG) [13] wird seit 2018 nur noch in reduziertem Umfang durchgeführt, dadurch fehlen wichtige Daten, etwa die Rate an Geburtseinleitungen bei Terminüberschreitung.

Welche Daten in der systematischen Erhebung erhoben werden, sollte wissenschaftlich hergeleitet und durch den neuzugründenden Ausschuss auf Bundesebene festgelegt werden. Es

sollten valide Instrumente eingesetzt werden. Um den Standort und die Tätigkeit von Hebammen zukünftig verlässlich zu erfassen, sieht es die DGHWi als sinnvoll an, ein verpflichtendes Register der Berufsangehörigen in Deutschland einzurichten.

1.2.2 Förderung hebammengeleiteter Geburtshilfe

Die von der Regierungskommission vorgeschlagene Neuordnung der Kliniken in 3 Versorgungsstufen (Level) und der Definition von Leistungsgruppen [14] ermöglicht es, die hebammengeleitete Geburtshilfe als Maßnahme einer risikoadaptierten Geburtsbetreuung als Leistungsgruppe in allen geplanten 3 Versorgungsleveln zu verankern. Bisher ist dieses Versorgungskonzept als "Hebammenkreißaal" mit sehr guten perinatalen Ergebnissen [15] jedoch nur im Rahmen von Modellprojekten und in lediglich ca. 38 Kliniken [16] deutschlandweit implementiert.

Dies ist ein erster Schritt in Richtung evidenzbasierter kontinuierlicher Hebammenbetreuungsmodelle in der klinischen Praxis [17]. Die Rate an physiologischen Geburten mit wenigen Interventionen kann dadurch in Kliniken erhöht werden. Gleichzeitig illustriert dieses Versorgungsmodell die führende Rolle der Hebamme als primäre Gesundheitsversorgerin für insbesondere gesunde Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und ihren Kindern und Familien.

Die DGHWi sieht es als wichtig an, dass die Bundesregierung Anreize zur Einrichtung hebammengeleiteter Geburtshilfe schafft. Solche Incentivierungen sind wirksam, wie das Beispiel aus Nordrhein-Westfalen zeigt. Dort konnten durch Förderung des Landes im Laufe eines Jahres zu den bestehenden 9 in weiteren 20 von insgesamt 136 Krankenhäusern neue Hebammenkreißäle eingerichtet werden [16]. Die Umsetzung dieser Maßnahmen in der Praxis sollte mittels hochschulinitiiertes, hebammenwissenschaftlicher klinischer Studien evaluiert werden.

1.2.3 Förderung der physiologischen Geburt

Die Regierungskommission sieht es als erforderlich an, bestehende Fehlanreize wie Mengenausweitung im DRG-System abzubauen [14]; sie schlägt eine leistungsabhängige Vergütung und Vorhaltefinanzierung vor, die an Versorgungslevel und Leistungsgruppen gekoppelt ist. Die Umstellung des Vergütungssystems soll wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden [14].

Die DGHWi ist sehr besorgt über die bestehenden Fehlanreize zugunsten einer interventionsreichen Geburtshilfe [18, 19], die z.B. nach Ansicht von Fachleuten Frühgeburten [20] und Kaiserschnittentbindungen [21] befördern. Eine Geburt ist eine einmalige intensive, transformierende und stärkende Lebenserfahrung von Frauen¹ [22], die die langfristige Gesundheit – körperlich, psychisch, mental und sozial-emotional – von Mutter, Kind und Familie positiv beeinflussen kann. Daher ist es vordringlich, Fehlanreize abzubauen und Maßnahmen zu

¹ Manche Personen, die schwanger werden und gebären, bezeichnen sich selbst nicht als Frau. Diese sollen hier eingeschlossen sein.

entwickeln, wie die physiologische Geburt gemäß ihrem hohen Wert für die Gesellschaft besser vergütet werden kann. Zu dem Zweck sollten eine Vertreter*in der Hebammenwissenschaft als Chief-Midwife für Deutschland berufen werden, ähnlich wie dies in England, Schweden, Australien oder Chile bereits geschehen ist, und diese und ein/-e ärztliche Geburtshelfer*in als Mitglieder in die Regierungskommission sowie ggf. in den neugegründeten Ausschuss/Gremium aufgenommen werden.

1.2.4 Förderung der ambulanten Versorgung

Die Regierungskommission hat vorgeschlagen [23], zu prüfen, inwieweit Tagesbehandlungen in Kliniken durchgeführt werden können. In der Geburtshilfe sind für manche geburtshilflichen Interventionen, z.B. Geburtseinleitungen, Tagesbehandlungen vorstellbar. Dies sollte geprüft werden. Die Bundesregierung sollte die Ausschreibung für eine diesbezügliche hochschulinitiierte, hebammenwissenschaftliche klinische Studien durch das BMBF veranlassen.

Hebammen können ihre Gesundheitsleistungen in Hebammenzentren bzw. -abteilungen (sog. „Midwifery Units“, MU) anbieten. Dort können Frauen mit unkomplizierten Schwangerschaften kontinuierlich von Hebammen, ggf. von einem Team betreut werden (sog. hebammengeleitete Betreuung, „Midwife-led Continuity of Care“); diese Zentren können außerhalb (freistehend) oder in unmittelbarer Nähe einer Geburtsklinik eingerichtet werden und auch ambulante Geburten und eine Wochenbettambulanz einschließen [24]. Es ist zu prüfen, ob diese ebenfalls als Modellprojekte gemäß §§63ff. SGB V entwickelt werden könnten. Auch eine passende organisationale Einbindung, etwa als *Medizinisches Versorgungszentrum* (MVZ) unter Hebammenleitung ist zu entwickeln. Solche Hebammenzentren haben auch unter der Perspektive der gesetzlich vorgeschriebenen qualifizierten Praxisanleitung [25, 26] von Hebammenstudierenden eine wichtige Bedeutung. Daher sollten Hochschulen bzw. Universitäten in die Entwicklung aktiv eingebunden werden.

1.2.5 Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Im klinischen Bereich haben Hebammen – abgesehen von vereinzelten Modellprojekten wie dem Hebammenkreißsaal [15] –, nur selten die Möglichkeit, Frauen im Sinne gemäß ihrer autonomen, eigenverantwortlichen Hebammentätigkeit [27] und ihren berufsethischen Vorstellungen bei deren Geburt zu begleiten. Vielerorts sind nicht einmal Hebammensprechstunden in Kliniken etabliert, in denen hebammenspezifische Aufklärung und Beratung in Bezug auf die bevorstehende Geburt angeboten werden könnte; wie es nach BGB §630e ff. („Patientenrechtegesetz“) geboten wäre.

Daher stellt das Fehlen von Hebammen in vielen Geburtskliniken – wie im Aktionsplan auch richtig benannt – keinen simplen „Hebammenmangel“ dar. Die Gründe, dass in der Hälfte der Kliniken etwa ein Fünftel der Stellen nicht besetzt werden kann und etwa ein Viertel der Hebammen über eine Berufsaufgabe nachdenkt [28], liegen in den dort bestehenden Arbeitsbedingungen sowie an den in vielen Kliniken ausgeprägten Hierarchien [29]. Dies wird durch die Akademisierung des Berufsstands der Hebammen nicht per se beeinflusst.

Die DGHWi empfiehlt, dies differenziert wissenschaftlich zu analysieren, um eine nachhaltige Strategie zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Kliniken anzubahnen. In solch einem hochschulinitiierten, hebammenwissenschaftlichen Forschungsprojekt sollte das Personal – Hebammen, Hebammenstudierende, Ärzt*innen und Elternvertreter*innen in Kliniken – partizipativ beteiligt werden; es sollten Schritte zur Umsetzung von kooperativen Arbeitsstrukturen und gegenseitiger wertschätzender Kommunikation und Kooperation erarbeitet werden (Translationsforschung).

Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Kliniken gehört ein adäquater Personalschlüssel für angestellte Hebammen. In Deutschland existiert bislang kein Personalberechnungsmodell im Bereich der klinischen geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen. Insbesondere fehlt die Personalberechnung (Verhältnis Anzahl der Hebammen in einer Klinik zur Anzahl der Geburten) um eine Eins-zu-Eins-Betreuung ab der aktiven Eröffnungsphase zu gewährleisten. Die Eins-zu-Eins-Betreuung hat positive Effekte auf die Gesundheit von Mutter und Kind und wird in der aktuellen S3-Leitlinie ‚Vaginale Geburt am Termin‘ empfohlen [30]. Es gibt keine international akzeptierten Vorgaben und Instrumente für die Berechnung für die Personalstärke in geburtshilflichen Einrichtungen. Es gilt jedoch als gesichert, dass personelle Kapazitäten das geburtshilfliche Outcome positiv beeinflussen können [31]. Um valide Berechnungen durchführen zu können, ist es erforderlich, Instrumente zur Erhebung des erforderlichen Personals zu entwickeln, zu pilotieren und zu evaluieren.

Die DGHWi spricht sich für folgende 9 Empfehlungen für das erste Handlungsfeld aus:

1. **Sicherstellung der freien Wahl des Geburtsorts:** Entwicklung von zielgerichteten Maßnahmen zur Gewährleistung der Wahlfreiheit vom Geburtsort für werdende Familien.
2. **Gewährleistung einer wohnortnahen und flächendeckenden geburtshilflichen Versorgung:** Steigerung der leistungsunabhängigen Finanzmittel zum Verhindern von Schließungen geburtshilflicher Abteilungen und Verpflichtung der Kliniken zur transparenten Darstellung der finanziellen Mittel für Geburtshilfe und Pädiatrie.
3. **Monitoring der klinischen Geburtshilfe:** Implementierung einer systematischen Datenerhebung in der Geburtshilfe und Einführung eines bundesweiten Hebammenregisters.
4. **Förderung von Hebammenkreißsälen:** Die Implementierung von Hebammenkreißsälen soll bundesweit gefördert werden.
5. **Entwicklung von Anreizen zur Förderung der physiologischen Geburt:** Entwicklung von monetären Anreizen zur Förderung der physiologischen Geburt in Kliniken.
6. **Stärkung der Stimme der Hebammenwissenschaft in Deutschland:** Berufung einer Hebammenwissenschaftler*in als „Chief Midwife“ und Aufnahme dieser in die Regierungskommission zur Vertretung der Perspektive der Hebammenwissenschaft sowie ggf. in den neugegründeten Ausschuss/Gremium.

7. **Förderung der ambulanten Versorgung:** Prüfung, welche geburtshilflichen Maßnahmen in Kliniken als ambulante Leistungen in Form von Tagesbehandlungen durchgeführt werden können.
8. **Verbesserung der Arbeitsbedingungen:** Anwendung von gesundheitsfördernden und verhältnispräventiven Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für geburtshilfliches Personal im klinischen und außerklinischen Setting.
9. **Entwicklung eines Personalberechnungsmodells für Hebammen:** Förderung einer wissenschaftlichen Entwicklung eines Personalberechnungsmodells für angestellte Hebammen in Kliniken.

2. Interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit rund um die Geburt stärken

Die DGHWi stimmt der Bundesregierung zu, dass auch die "interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit" als Handlungsfeld sehr bedeutsam ist, um die Qualität der geburtshilflichen Versorgung gemäß dem NGZ zu verbessern. Eine gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit ist im Wesentlichen durch eine wertschätzende Kommunikation, ein adäquates Rollenverständnis, gemeinsame Wertvorstellungen und das Agieren innerhalb eines Teams charakterisiert [32].

2.1 Förderung der interprofessionellen Lehre an Hochschulen

Die Akademisierung des Hebammenberufs in Deutschland, die mit den neuen Berufsgesetzen 2020 fixiert wurde, war international gesehen eine überfällige Maßnahme. Hochschulisch qualifizierte Hebammen mit dem Abschluss Bachelor of Science sind Fachpersonen für die „*selbständige und umfassende Hebammentätigkeit im stationären sowie im ambulanten Bereich*“, die sie nach „*allgemein anerkannten Stand hebammenwissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer Berufsethik*“ praktizieren [26, § 9 Studienziel]. Hebammen arbeiten eng mit Ärzt*innen sowie mit Berufen pflegerischer und therapeutischer Disziplinen zusammen. Die benötigten Fähigkeiten für eine gute und effektive Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sind als Kompetenzziele im Studium der Hebammenwissenschaft [25, 26] und in den aktuellen Empfehlungen für das Studium der Humanmedizin, im *Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog* (NKLM 2.0) [33, VIII.3], vorgesehen. Dabei können diese Fähigkeiten bereits im Studium in interprofessionellen Teams z.B. am Beispiel von Notfallsituationen, erworben werden [34]. Die DGHWi sieht die monetäre Förderung von interprofessioneller Lehre in der Berufsausbildung von Hebammen und Ärzt*innen durch die Bundesregierung als wichtig an.

2.2 Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung

Aus Sicht der DGHWi liegen die Herausforderungen für eine gute interprofessionelle Kooperation aber insbesondere auch darin, ein Klima der Wertschätzung und Achtung zwischen den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zu fördern und überkommene Hierarchien abzubauen. Das wäre möglich durch die gemeinsame Erarbeitung von klinikinternen Handlungsstandards (Standard Operating Procedures, SOPs), intersektoraler Übergabeberichte oder die Einrichtung von Qualitätszirkeln oder Morbiditäts- und Mortalitäts- oder anderer regelmäßiger Fallkonferenzen.

Eine gute Zusammenarbeit im Team und eine als erfüllend empfundene Tätigkeit, z.B. eine Beziehung zu Frauen und Familien aufbauen zu können, sind Schlüsselfaktoren der Arbeitszufriedenheit für Hebammen und ihres Verbleibs im Beruf [35, 36]. Das ist auch im Hinblick

auf die Stärkung junger Berufsanfänger*innen im Sinne einer Nachwuchsförderung wichtig. Ungeachtet der zunehmenden Evidenz zur hohen Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit für die Patient*innensicherheit [37], ist die Implementierung von existierenden Maßnahmen zu deren Verbesserung in der geburtshilflichen Versorgung bisher unzureichend.

Es ist erforderlich, interprofessionelle Angebote zur Verbesserung der Zusammenarbeit für Hebammen, Ärzt*innen und weiteren pflegerischen und therapeutischen Berufen zu entwickeln und zu verstetigen; dies sollte als Qualitätsmerkmal gelten und auch in Krankenhäusern verpflichtend eingeführt werden. Das schließt auch die Schaffung neuer Orte der Zusammenarbeit, wie etwa interprofessionell-geleitete *Medizinische Versorgungszentren* (MVZs) ein. Die Anregung der DGHWi ist es, dass hierfür durch den Bund eine Strategie zur Honorierung qualitätsorientierter Maßnahmen entwickelt wird.

Die DGHWi spricht sich für folgende 3 Empfehlungen für das zweite Handlungsfeld aus:

1. **Förderung der interprofessionellen Lehre an Hochschulen:** Hochschulen benötigen finanzielle Mittel um die interprofessionelle Lehre mit Hebammen-, Pflege- und Medizinstudierenden langfristig in den Curricula zu verankern.
2. **Maßnahmen zur Förderung der Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit:** Finanzielle Honorierung von fallbezogener interprofessioneller Kommunikation und Kooperation im klinischen und außerklinischen Setting in der Geburtshilfe.
3. **Finanzierung von Studien zur Evaluation von Maßnahmen zur Steigerung der Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit:** Ausschreibungen für hochschulinitiierte, hebammenwissenschaftliche Studien zur Evaluation von Maßnahmen z.B. zum Abbau von Hierarchien, zur Förderung der interprofessionellen Kommunikation und Kooperation in der Geburtshilfe.

3. Qualität der Betreuung rund um die Geburt weiterentwickeln

Die DGHWi begrüßt die erklärte Absicht des BMG sehr, die Qualitätsentwicklung bestehender Leistungen des geburtshilflichen Versorgungsangebots voranzubringen und pflichtet den Aussagen bei, dass Fehlanreize für eine interventionsreiche Geburtshilfe im bestehenden DRG-System abgebaut, barrierefreie Informationen rund um die Geburt für werdende bzw. junge Eltern verankert, Leitlinien und Forschungsvorhaben, etwa zum Geburtsnachgespräch vorangebracht und neu eingerichtete qualitätssichernde Maßnahmen fortlaufend überprüft werden sollen.

3.1 Entwicklung von Qualitätskriterien

Für eine nachhaltige Förderung physiologischer Geburten in Kliniken sollte der Aktionsplan das Vorhaben enthalten, dass Qualitätskriterien bzw. -indikatoren für die klinische geburtshilfliche Versorgung entwickelt werden, die der ganzheitlichen und umfassenden Förderung physiologischer Geburtsverläufe gemäß dem NGZ entsprechen. Auch hierfür sollte die Bundesregierung initiieren, dass eine Ausschreibung des BMBF erfolgt. Die Anwendung dieser Qualitätskriterien, ggf. in Form eines Zertifikats [38], sollte mittels einer multizentrischen klinischen Studie evaluiert werden. Damit wäre dann die Grundlage vorhanden, um im nächsten Schritt mittels Qualitätsverträgen, die gemäß Beschluss des GBA (Juli 2022) zukünftig in der Geburtshilfe erprobt werden sollen [39], eine gemäß dem NGZ qualitätsbezogene Vergütung in Geburtskliniken in Deutschland zu realisieren. Die *Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie* (QFD-RL 2019) des GBA [40] würde somit in der Geburtshilfe auf fundierte, fortschrittliche Weise umgesetzt – ergänzend zur bestehenden gesetzlichen Qualitätssicherung des GBA (DeQS-RL 2023) in der Perinatalmedizin [41]. Der qualifizierte Einsatz von Hebammen würde außerdem zur Erlösgenerierung von geburtshilflichen Leistungen in Kliniken insbesondere der Versorgungsstufe 1 beitragen.

Laut NGZ orientiert sich ein fortschrittliches Gesundheitsverständnis nicht nur an physischen Kriterien, sondern auch an der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Wohlbefinden. Bisherige Befragungen von Müttern, etwa zur Zufriedenheit, sind nicht aussagekräftig, da sie sich auf die Angaben weniger Frauen stützen. Die im Nationalen Aktionsplan rezipierte Zufriedenheit steht in eklatantem Widerspruch zu den zahlreichen Medienberichten über respektlose Behandlungen und Gewalterfahrungen von Frauen im Rahmen ihrer Geburt in Deutschland [42] und zu den Ergebnissen einer Befragung von Hebammenstudierenden, die regelmäßig übergriffiges Verhalten in Geburtsabteilungen beobachten [43]. Auch ist „Zufriedenheit“ nicht allein aussagekräftig und sollte um weitere Items, die die Qualität der Geburtshilfe abbilden, ergänzt werden; man weiß z.B., dass Vertrauen und individuell angepasste Verfügbarkeit Schlüsseldimensionen für die Versorgungsqualität aus Sicht der Frauen [44] darstellt. Es ist ein übersetztes und validiertes Instrument vorhanden, um die

Qualität der Hebammenversorgung bei Müttern zu erfassen, der “Mother-Generated Index (MGI)” [45].

Demzufolge braucht es neben den derzeit ausschließlich medizinischen Qualitätsindikatoren in der Perinatalerhebung auch Qualitätskriterien, die sich direkt an den Bedürfnissen der Frauen und Familien orientieren. Diese Qualitätskriterien sollten von den Frauen und Familien auch bewertet werden. Dazu gehören z. B. die Berücksichtigung von Wünschen, die Wahl der Gebärposition, die Unterstützung beim Bonding und Stillen und eine gewaltfreie und respektvolle Begleitung sowie die Wahrung der Intimsphäre. Das BMG sollte eine Ausschreibung für ein hochschulinitiiertes, hebammenwissenschaftliches Forschungsvorhaben veranlassen, das eine aussagekräftige und forschungsmethodisch angemessene Entwicklung von Qualitätskriterien [46] für die klinische geburtshilfliche Versorgung inkl. Zertifikat sowie dessen Pilotierung in Kliniken unterschiedlicher Größe und Versorgungsstufe und dessen Evaluation beinhaltet.

Weiterhin ist eine grundlegende Strategie der Qualitätsentwicklung der bestehenden hochwertigen, geburtshilflichen Versorgung in Deutschland aus Sicht der DGHWi bedeutsam: der Ausbau und die Weiterentwicklung qualitätsfördernder Maßnahmen in Kliniken passend zu den Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft [47]. Hierbei sind

1. die Weiterentwicklung der gesetzlich festgelegten datengestützten, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (DeQS-RL 2023) [41],
2. die Durchsetzung von Qualitätsanforderungen sowie auch
3. die Vorbereitung und Umsetzung einer qualitätsabhängigen Vergütung zu nennen.

Die DGHWi sieht es als geboten an, zusätzlich zu den bestehenden Qualitätsindikatoren der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) Perinatalmedizin [41] weitere, insbesondere auch prozessbezogene Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die eine vor allem aus Elternsicht aussagekräftige Beurteilung der Qualität der geburtshilflichen Versorgung in Kliniken ermöglicht, etwa in welchem Ausmaß die Klinik eine Eins-zu-Eins-Betreuung während der Geburt realisieren kann, ob Hebammengespräche zur Aufklärung und Beratung zur Geburt angeboten werden, ob einrichtungsinterne Handlungsanweisungen zur evidenzbasierten Betreuung in Entscheidungssituationen (SOPs) existieren, ob ein internes, identitätsstiftendes Leitbild zur respektvollen Betreuung [48] vorliegt und Angebote existieren für Frauen mit negativen Geburtserfahrungen. Hebammen sollten in die Entwicklung dieser Qualitätsindikatoren einbezogen werden.

3.2 Qualität in der Hebammenversorgung

Im stationären Bereich ist das gesundheitsfördernde Potenzial von Hebammen gemäß dem NGZ bei Weitem nicht ausgeschöpft. Hebammen möchten allen Frauen eine positive Geburtserfahrung ermöglichen [48-50]; die geburtshilflichen Rahmenbedingungen (strukturell, personell, arbeitsorganisatorisch) in Kliniken müssen dies ermöglichen. Dies beinhaltet insbesondere die Schaffung von Arbeitsstrukturen, in denen eine kontinuierliche

hebammengeleitete Betreuung („Midwife-led Continuity of Care“) realisiert werden kann. Nach diesem Modell wird die Betreuung während der Schwangerschaft, der Wehen und der Geburt sowie in der Zeit nach der Geburt durch dieselbe Hebamme oder ein kleines Hebammenteam geleitet, wobei bei Bedarf eine Überweisung an Spezialist*innen erfolgt [17]. In Studien, die in Ländern mit hohem Lebensstandard ähnlich Deutschland durchgeführt wurden, wurde in diesem Modell eine geringere Frühgeburtenrate (24 %) und eine geringere Anzahl Fehl- und Totgeburten sowie neonatalen Todesfällen (16 %) beobachtet im Vergleich zu ärztlich geleiteten Versorgungsmodellen; Frauen mit geringem und gemischtem Komplikationsrisiko hatten eine geringere Wahrscheinlichkeit, ihr Baby zu verlieren [17]. Darüber hinaus war die Rate an medizinischen Interventionen wie Schmerzmittel- oder Wehenmittelgabe geringer und Frauen berichteten häufiger über positive Erfahrungen mit der Betreuung [17]. Die eindeutigen Evidenzen der kontinuierlichen Betreuung [17] gehören in überfälliger Weise flächendeckend in den Strukturen der Gesundheitsversorgung implementiert.

Im Nationalen Aktionsplan sollte das Versorgungsziel aufgenommen werden, kontinuierliche Betreuungsmodelle der Hebammenversorgung von der Schwangerschaft bis zum Wochenbett als Normalform in der Versorgung rund um die Geburt einzurichten und mit Begleitforschung zu evaluieren. Da der Hebammenberuf nicht in der Selbstverwaltung angesiedelt ist, sollte die kontinuierliche Betreuung in gesundheitlichen Versorgungsstrukturen, z.B. in einer Klinik plus Annex (Hebammenzentren, -abteilungen) für den ambulanten Bereich, stattfinden. In Kliniken können nur Begleit-Beleghebammen eine solche Betreuung anbieten; dies ist jedoch nur in geringem Umfang verfügbar. Derzeit werden Hebammen in die Freiberuflichkeit gedrängt, wenn sie kontinuierliche Hebammenbetreuung anbieten wollen.

Es sollten außerdem flächendeckend Hebammensprechstunden mit ausreichendem Zeitkontingent in Kliniken eingerichtet werden, in denen Hebammen werdende Eltern zur bevorstehenden Geburt aufklären und beraten, bspw. zur Nutzung von nicht-medikamentösen Methoden zum Umgang mit Wehen, zur Förderung der Mutter/Eltern-Kind-Bindung und zum Stillbeginn. Dies sollte gemäß BGB § 630e ff. rechtzeitig in der Schwangerschaft erfolgen und kann ggf. die Anzahl an Interventionen rund um die Geburt reduzieren. Diese qualitativ hochwertigen gesundheitsfördernden Leistungen dienen auch der Erlösgenerierung in Kliniken. Die aktuelle Darstellung des Versorgungsangebots in den Qualitätsberichten der Kliniken sollte für Eltern barrierefreier gestaltet werden.

3.3 Förderung der Entwicklung von Leitlinien

Die DGHWi begrüßt, dass die Bundesregierung die Forschung und Leitlinienentwicklung weiter fördert, etwa durch ein Forschungsvorhaben des BMEL zum Status Quo der Ernährungsbildung (inkl. Stillen) oder durch die Unterstützung von Leitlinien durch das Max Rubner-Institut. Die S3-Leitlinien „Sectio Caesarea“ und „Vaginale Geburt am Termin“ (beide aus 2020) sind sehr wichtige Errungenschaften zur Grundlegung einer evidenzbasierten geburtshilflichen Versorgung.

Zur Fundierung einer evidenzbasierten Betreuung in der reproduktiven Lebensphase werden weitere interprofessionelle Leitlinien unter Beteiligung der Hebammenwissenschaft (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft – DGHWi) benötigt. Da diese Themenbereiche eine hohe Relevanz besitzen, ist die Verstetigung der Ausschreibung der Förderlinie „Medizinische Leitlinien“ des Innovationsfonds mit jährlich 200 Millionen Euro zu begrüßen. Aufgrund der Dringlichkeit ist das kompetitive Verfahren als nicht zielführend anzusehen und es sollte aus Sicht der DGHWi durch die Bundesregierung ein vereinfachter Weg zur Finanzierung eingerichtet werden, um weitere Leitlinien für den mit 738.000 Lebendgeborenen jährlich [3] epidemiologisch besonders wichtigen Bereich zu fördern. Es fehlen Leitlinien u.a. zu den Themen „Interprofessionelle Schwangerenbetreuung“, „Fehl-/Totgeburt“, „Wochenbett“ und „Psychische Beeinträchtigungen im Wochenbett“.

Die stabile, hohe Rate an Frühgeburten in Deutschland – sie war 2019 mit 8,2% die dritthöchste in Europa [51, S. 64] – begründet vertiefte Präventionsanstrengungen. Die vorhandene S2k-Leitlinie (LL) „Prävention und Therapie der Frühgeburt“ aus dem Jahr 2022 sollte eine Evidenzrecherche erhalten und eine S3-LL werden, da bislang die potenziell positiven Effekte von psychosozialen Interventionen und einer kontinuierlichen Hebammenbetreuung, die sich in internationalen Studien zeigten [17], in der LL nicht enthalten sind. Eine internationale Übersichtsarbeit zeigte, dass kontinuierliche Hebammenbetreuung zu einer Verringerung der Rate an Frühgeburten [17] beitragen kann. Die Unterstützung durch eine Hebamme kann das subjektive Erleben einer Frühgeburt [52] verbessern, daher sollte eine hochschulinitiierte, hebammenwissenschaftliche Studie in Deutschland durchgeführt werden, die den Einfluss von Hebammenbetreuung auf Frühgeburten untersucht. Das BMG sollte eine passende Ausschreibung entwickeln.

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans sollte mittels Studien erfasst werden, welche Herausforderungen bestehen, dass LL in den praktischen Alltag gelangen. Es wäre bspw. wichtig, Factsheets, Handlungsalgorithmen und konsistente Patient*inneninformationen zu entwickeln, die Hebammen, Ärzt*innen zur Aufklärung bei Behandlungsentscheidungen verwenden können. Auch muss Personal geschult werden, werdende Eltern mittels angemessener Risikokommunikation über Behandlungsalternativen gemäß der gemeinsamen bzw. partizipativen Entscheidungsfindung („Shared Decision Making“, SDM) aufzuklären, wie es nach dem BGB §630e ff. geboten ist.

Die DGHWi spricht sich für folgende 7 Empfehlungen für das dritte Handlungsfeld aus:

- 1. Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die geburtshilfliche Versorgung in Kliniken:** Wissenschaftliche Entwicklung von validen Instrumenten zur Bewertung der Qualität in der klinischen Geburtshilfe (z.B. Betreuungskontinuität).
- 2. Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die geburtshilfliche Versorgung in Kliniken aus Sicht der Nutzer*innen:** Wissenschaftsbasierte Entwicklung von validen

Instrumenten zur Bewertung der Versorgungsqualität in der klinischen Geburtshilfe aus Sicht der Nutzer*innen (z.B. Berücksichtigung von Wünschen).

3. **Eins-zu-Eins-Betreuung in der Geburtshilfe:** Flächendeckende Implementierung einer Eins-zu-Eins-Betreuung von Gebärenden durch Hebammen in Kliniken.
4. **Schaffung von Hebammenzentren /-abteilungen:** Flächendeckende Implementierung von Modellen der kontinuierlichen Hebammenversorgung auch in Kliniken.
5. **Implementierung von Hebammensprechstunden:** Einrichtung von Sprechstunden durch Hebammen in geburtshilflichen Abteilungen in Kliniken für Frauen, z.B. mit Angst vor der Geburt oder zum Nachgespräch.
6. **Förderung von geburtshilflichen Leitlinien:** Finanzielle Förderung von Leitlinien für die Versorgung in der Schwangerschaft und im Wochenbett.
7. **Förderung der Umsetzung von Leitlinien in der Versorgung:** Finanzielle Förderung von hochschulinitiierten, hebammenwissenschaftlichen Studien sowie von Maßnahmen zur Umsetzung von Leitlinien in der geburtshilflichen Versorgung.

4. Information, Aufklärung und Gesundheitskompetenz rund um die Geburt

Die DGHWi pflichtet der Bundesregierung bei, dass qualitätsgesicherte und verständliche Information, Aufklärung und Verbesserung der Gesundheitskompetenz grundlegend ist, dass werdende Eltern und Familien aktiv in ihre Gesundheitsversorgung einbezogen werden, was die Gesundheit fördert und ihre Selbstwirksamkeit und das Sicherheitsgefühl verbessert.

4.1 Gesundheitsinformationen für Familien

Die DGHWi begrüßt die Absicht der Bundesregierung, die eigenen Materialien sowie die Materialien der Geschäftsbereichs-Behörden zu Information und Aufklärung rund um die Geburt weiterzuentwickeln. Dabei sollte stets auch die hebammenwissenschaftliche Perspektive einbezogen werden, wie dies schon in Broschüren [53] und im Portal Familienplanung der BZgA (Referat Familienplanung und Verhütung) erfolgte.

Hebammen als Fachpersonen für die umfassende und eigenständige Begleitung und Betreuung von gesunden Frauen mit physiologischen Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufen – sowie bei Risiken und Komplikationen in ärztlicher Kooperation – sind bislang in der Schwangerenvorsorge nur marginal vertreten, wie die Auswertung von Versichertendaten der BARMER Ersatzkasse von 2015-2019 zeigt; bei 75 % der Schwangeren wurde keine Vorsorgeuntersuchung durch eine Hebamme abgerechnet und lediglich 1,2% der Schwangeren erhielten mehr als 4 Vorsorgeuntersuchungen durch eine Hebamme [54]. Dadurch bleibt bei fast allen Schwangeren ein großes gesundheitsförderndes Potenzial ungenutzt.

Es sollten Anreize geschaffen werden, dass mehr Hebammen in der Schwangerenvorsorge tätig werden und dieses Versorgungsmodell sollte durch die Kostenträger bei werdenden Eltern bekannter gemacht werden, insbesondere auch bei Familien mit psychosozialen Belastungen und/oder schwacher Sozialstruktur, da diese aktuell besonders schlecht erreicht werden, wie nicht nur die BARMER-Studie [54] sondern auch Daten aus Hamburg zeigen [55].

Werdende Eltern sollten über das NGZ und die Bedeutung einer physiologischen Geburt, Bindung und Stillen sowie auch über Versorgungsoptionen in der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt und deren Evidenzen sowie über die Rollen der beteiligten Berufsgruppen besser informiert werden. Vorstellbar wäre eine Informationskampagne der relevanten Akteure (Gesundheitsportale wie "familienplanung.de" der BZgA, das Nationale Gesundheitsportal "gesund.bund.de" und über das Portal "gesundheitsinformation.de" des IQWiG) sowie über die gesetzlichen und privaten Krankenkassen, die öffentlich-rechtlichen Medien und die Tagespresse. Dabei sollten Informationen besonders auch gemäß der Grundsätze für leichte Sprache angewendet werden.

4.2 Beratung zur Entscheidungsfindung

Das Konzept der gemeinsamen bzw. partizipativen Entscheidungsfindung (“Shared Decision Making”, SDM) hat in der Medizin heute eine hohe Bedeutung. Es beinhaltet die Nennung aller Handlungsoptionen unter korrekter, angemessener Nennung von Nutzen und Schaden und ein Gespräch über die Werte und Wünsche der Person. Hierbei werden besondere kommunikative Kompetenzen benötigt sowie Statistikverständnis für die angemessene Risikokommunikation [56]. Es ist bekannt, dass es besonders im Fachgebiet der Geburtshilfe, in der i.d.R. gesunde Schwangere oder Mütter mit ihren Kindern betreut werden, besondere Herausforderungen gibt, die die Umsetzung des SDM erschweren [57]. Es werden daher in der Praxis unterstützende Maßnahmen wie etwa interprofessionelle Schulungen und Anreize zur Anwendung des SDM wie der Einsatz qualitätsgesicherter Entscheidungshilfen benötigt, um eine evidenzbasierte geburtshilfliche Gesundheitsversorgung gemäß dem NGZ zu realisieren. Diese sollten unter Beteiligung hebammenwissenschaftlicher Expertise erstellt werden. Hier kann auf Vorarbeiten des innovationsfonds-geförderten Share-to-Care-Projekts [58] aufgebaut werden, in welchem eine evidenzbasierte Entscheidungshilfe zum Geburtsmodus bei Beckenendlage entwickelt wurde.

Die DGHWi betont nachdrücklich, dass ein großer Bedarf an evidenzbasierten Entscheidungshilfen für Entscheidungssituationen in der Schwangerschaft, wie etwa zur Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik oder zur Wahl des Geburtsorts, und für geburtshilfliche Interventionen (wie etwa zur Geburtseinleitung bei Terminüberschreitung, zur Periduralanästhesie oder zur Episiotomie) besteht. Die DGHWi begrüßt die Absicht des GBA, vorhandene evidenzbasierte Entscheidungshilfen, wie etwa die im Rahmen des Share-to-Care-Projekt [58] zum Geburtsmodus bei Beckenendlage entwickelt, nach Prüfung zur Nutzung in Deutschland freizugeben; es sollten berufsgruppenübergreifende Schulungen zu deren Anwendung im praktischen Alltag entwickelt werden.

4.3 Gesundheitskompetenz von Familien

Wie im Nationalen Aktionsplan bereits erwähnt, sind Hebammen berufsrechtlich und aufgrund der Art ihrer Betreuung diejenige Berufsgruppe, die die Gesundheitskompetenz von werdenden bzw. jungen Eltern – vom Kinderwunsch bis zum Ende des ersten Lebensjahrs bzw. bis zum Ende der Stillzeit – in besonderem Maße stärken kann. Hebammen können qualitativ hochwertige, evidenzbasierte gesundheitliche Aufklärung und Beratung zum gesunden Lebensstil, zu physiologischen Veränderungen in der Schwangerschaft und zur Vorbereitung auf die Geburt, auf das Stillen, auf die Elternschaft und das Leben mit dem Kind anbieten; und zwar in der gesamten reproduktiven Lebensphase. Diese Beratungen sind an das Verständnis und die Bedürfnisse des Gegenübers anzupassen, besondere Belastungen der Zielgruppe müssen ebenso wie Ressourcen erkannt und genutzt werden [25]. Eine jüngste Erhebung ergab allerdings, dass nahezu 70% von 583 befragten Berufsanwärterinnen und -anwärter in Gesundheitsberufen über eine problematische oder sogar inadäquate Gesundheitskompetenz

verfügen [59]. In hebammenwissenschaftlichen Studiengängen muss daher besonders die Gesundheits- und Beratungskompetenz der Studierenden gefördert werden.

Die Gesundheitskompetenz stellt auch eine Ressource für das persönliche Gesundheitsverhalten und adäquate Selbstfürsorge von Hebammenstudierenden dar; ein Faktor, der die langfristige Gesundheit und damit auch den Verbleib im Beruf beeinflussen kann, was eine Relevanz für eine nachhaltige und flächendeckende Hebammenversorgung hat. Aus dem Grund werden Maßnahmen in der Fort- und Weiterbildung benötigt, die darauf abzielen, die Gesundheitskompetenz von praktisch tätigen Hebammen zu verbessern. Auch dies sollte hochschulisch wissenschaftlich geplant, begleitet und evaluiert werden. Im Nationalen Aktionsplan sollte dies aufgenommen und monitoriert werden. Ergänzend sollten gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen und Arbeitsumwelt als verhältnispräventive Maßnahmen für angestellte Hebammen entwickelt werden.

Hochwertige, qualitätsgesicherte evidenzbasierte Aufklärung und Beratung von Hebammen haben einen hohen Wert für die Gesundheit der Bevölkerung und sollten dementsprechend vergütet werden.

Die DGHWi spricht sich für folgende 6 Empfehlungen für das vierte Handlungsfeld aus:

1. **Förderung der Hebammentätigkeit in der Schwangerenvorsorge:** Schaffen von Anreizen für Hebammen in die Tätigkeit der Schwangerenvorsorge einzusteigen.
2. **Informationen zu geburtshilflichen Versorgungsmodellen:** Kampagnen für werdende Familien zum gesetzlichen Anspruch der geburtshilflichen Versorgung sowie zu Modellen der Schwangerenvorsorge und verschiedenen Geburtsorten entwickeln.
3. **Entwicklung von Entscheidungshilfen und deren Anwendung in der Praxis:** Förderung von Entscheidungshilfen zu Themen wie Pränataldiagnostik, Geburtsort, Periduralanästhesie etc.
4. **Einbeziehung der Hebammenperspektive:** Hinzuziehung von Hebammenwissenschaftler*innen bei der Entwicklung von Aufklärungs- und Informationsmaterialien für Familien rund um die Geburt.
5. **Förderung der Gesundheitskompetenz von Eltern:** Finanzielle Honorierung der Tätigkeit von Hebammen bei der Förderung der Gesundheitskompetenz von Familien.
6. **Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Hebammen:** Förderung von Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Hebammen(studierenden).

Literatur:

1. Bundesanzeiger, *Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt*. 2017.
2. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, *Gesundheit rund um die Geburt – Der Aktionsplan als Schlüssel für einen Kulturwandel*. 2023: Berlin.
3. Statistisches Bundesamt. *Bevölkerung Geburten 2023*; Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html.
4. Geraedts, M., et al., *DNVF-Memorandum III „Methoden für die Versorgungsforschung“, Teil 3: Methoden der Qualitäts- und Patientensicherheit*. Gesundheitswesen, 2017. **79**(10): p. e95-e124.
5. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. 2018.
6. Deutscher Ethikrat, *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus*. 2016.
7. Bundesärztekammer, *Thesen zur Ökonomisierung der ärztlichen Berufstätigkeit*. 2022.
8. ebm Netzwerk, *Fünf Forderungen für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik*, Krones T (Hrsg.) 2021.
9. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) e.V. *Außerklinische Geburtenzahlen*. 2023; Available from: <https://www.quag.de/quag/ausserklinische-geburtenzahlen.htm>.
10. Weiße Liste. *Krankenhäuser zum Behandlungsgrund Geburt - deutschlandweit*. 2023 [20.08.2023]; Verfügbar unter: <https://www.weisse-liste.de/krankenhaus/s/deutschlandweit/i/Geburt--Z38>.
11. Wissenschaftlicher Dienst des Bundestags, *Überblick über Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe Deutschland, Dänemark, Schweden und Norwegen*. 2019.
12. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, *Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe*. 2022.
13. Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). *Perinatalmedizin (QS PM)*. 2023 30.08.2023]; Available from: <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pm/>.
14. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, *Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung*. 2023.
15. Osterloh, F. *Hebammengeleitete Kreißsäle: Gutes Angebot bei geringem Risiko*. Ärzteblatt, 2023. **120**.
16. Land Nordrhein-Westfalen Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen, *20 neue Hebammenkreißsäle für Nordrhein-Westfalen* 2022.
17. Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D., et al., *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database Syst Rev, 2016. **4**(4): p. Cd004667.
18. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), *Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe*. 2022.
19. Osterloh, F., *Die Fehlsteuerungen beheben*. Ärzteblatt, 2020. **117**.
20. Wille, A., *Kritik der Frauenärzte: DRG-System fördert Frühgeburten*, in *Medscape*. 2014.
21. Schneider, U., H. Botson, and Linder, R., *Ökonomische Fehlanreize in der Geburtshilfe nach Anpassung des DRG-Systems in 15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 05.-07.10.2016*. 2016, German Medical Science GMS Publishing House: Berlin.

22. Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S.I., Spyridou, A. et al., *Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis*. *BMJ Open*, 2018. **8**(10): p. e020347.
23. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, *Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens*. 2022.
24. Edmonds, J.K., J. Ivanof, and U. Kafulafula, *Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally*. *Ann Glob Health*, 2020. **86**(1): p. 44.
25. Bundesministerium der Justiz, *Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV)*. 2020.
26. Bundesministerium der Justiz, *Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen*. 2019.
27. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung (DNQP), *Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt*. 2015.
28. IGES Institut, *Stationäre Hebammenversorgung*. 2019.
29. Scheiwe, H. and L. Wittenberg *Hebammenmangel in Deutschland: Verbandspräsidentin im Interview „Dass Kinder so geboren werden, können wir als Land nicht wollen“*. 2023.
30. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi), *S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin*. AWMF 015-083. 2020.
31. Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM), *Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland S2k-Leitlinie*. 2021.
32. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*, International Education Collaborative (Hrsg.)2011: Washington, D.C.
33. MFT Medizinischer Fakultätentag e.V., *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin Version 2.0*. 2021.
34. Tauscher, A., Stepan, H., Todorow, H., Rotzoll, D., *Interteam PERINAT - interprofessionelle Team-Zusammenarbeit von Hebammenschülerinnen und PJ Studierenden im Zusammenhang mit geburtshilflichen Notfällen: Vorstellung von Simulationsszenarien und empirischen Auswertungsergebnissen*. *GMS Journal for Medical Education*, 2021. **40**.
35. Bloxsome, D., Ireson, D., Doleman, G., Bayes, S., *Factors associated with midwives' job satisfaction and intention to stay in the profession: An integrative review*. *Journal of Clinical Nursing*, 2019. **28**: p. 386-99.
36. Stahl, K. and C.J. Agricola, *Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht von Hebammen*. *Public Health Forum*, 2021. **29**(2): p. 166-169.
37. Cornthwaite, K., S. Edwards, and D. Siassakos, *Reducing risk in maternity by optimising teamwork and leadership: an evidence-based approach to save mothers and babies*. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2013. **27**(4): p. 571-581.
38. Bundesärztekammer. *Zentren und Zertifizierung 2023*; [23.08.2023]Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/zentren-und-zertifizierung>.
39. Gemeinsamer Bundesausschuss, *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. § 110a Absatz 2 Satz 1 SGB V*. 2022.
40. Gemeinsamer Bundesausschuss, *Richtlinie zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 SGB V – QFD-RL*. 2019.
41. Gemeinsamer Bundesausschuss, *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)*. 2023.

42. Südwestrundfunk (SWR), *Gewalt auf der Geburtsstation "Stellen Sie sich nicht so an. Geburten tun halt weh."*. 2023.
43. Schoene, B.E.F., Oblasser, C., Stoll, K., Gross, M. M., *Midwifery students witnessing violence during labour and birth and their attitudes towards supporting normal labour: A cross-sectional survey*. *Midwifery*, 2023. **119**: p. 103626.
44. Stahl, K. *Prädiktoren der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung: Schlüsseldimensionen einer guten Betreuung aus Sicht der Gebärenden und Wöchnerinnen* eGMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft, 2019. **6**, DOI: 10.3205/zhwi000012.
45. Grylka-Baeschlin, S., van Teijlingen, E., Stoll, K., Gross, M. M., *Translation and validation of the German version of the Mother-Generated Index and its application during the postnatal period*. *Midwifery*, 2015. **31**(1): p. 47-53.
46. Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), *Methodische Grundlagen V 2.0*. 2022.
47. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), *Qualität und Patientensicherheit: Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft*. 2019.
48. Bohren, M.A., Ö. Tunçalp, and S. Miller, *Transforming intrapartum care: Respectful maternity care*. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2020. **67**: p. 113-126.
49. Oladapo, O.T., Tunçalp, Ö., Bonet, M., Lawrie, T. A., Portela, A., Downe, S. et al., *WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing*. *Bjog*, 2018. **125**(8): p. 918-922.
50. Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Karlsdottir, S. I., Ekstrom-Bergstrom, A., Nilsson, C., Stramrood, C. et al., *Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper*. *Birth*, 2023. **50**(2): p. 362-383.
51. Peristat, E., *European Perinatal Health Report 2015-2019*. 2022.
52. Fernandez Turienzo, C., Silverio, S. A., Coxon, K., Brigante, L., Seed, P. T., Shennan, A. H. et al., *Experiences of maternity care among women at increased risk of preterm birth receiving midwifery continuity of care compared to women receiving standard care: Results from the POPPIE pilot trial*. *PLoS One*, 2021. **16**(4): p. e0248588.
53. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), **Rundum Schangerschaft und Geburt**. 2022.
54. Hertle, D., B. Blomeier, and D. Tormann, *Interprofessionelle Schwangerenvorsorge: Vorstellung eines Kooperationsmodells und Analyse von Routinedaten einer großen Krankenkasse zur Versorgungslage*. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 2021. **225**(S 01): p. P 116.
55. Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) Amt für Gesundheit, *Hebammenversorgung in Hamburg - Stand 2018*. 2020.
56. Bieber, C., Gschwendtner, K., Muller, N., Eich, W., *Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team*. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2016. **66**(5): p. 195-207.
57. Begley, K., Daly, D., Panda, S., Begley, C., *Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters*. *J Eval Clin Pract*, 2019. **25**(6): p. 1113-1120.
58. Share to Care. Patientenzentrierte Versorgung GmbH. *Share to Care - Gemeinsam entscheiden*. 2023; Available from: <https://share-to-care.de/>.
59. Simon, A., M. Ebinger, and E. Holoch, *Die Gesundheitskompetenz von angehenden Ärzt*innen Pflegenden, Hebammen, Therapeut*innen und Gesundheitsmanager*innen in Deutschland – Explorative Pilotstudie*. *Gesundheitswesen*, 2021. **84**(11): p. 1039-1049.