

Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
(Sektion respektvolle Geburtshilfe)

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze
in der gesetzlichen Krankenversicherung

Autorinnen: Julia Leinweber¹ , Dorothea Tegethoff²

Datum: Mai 2026

¹ Charité Universitätsmedizin Berlin

² Universität Rostock

1. Einordnung

Die Sektion Respektvolle Geburtshilfe nimmt mit großer Sorge zum Referentenentwurf Stellung. Aus hebammenwissenschaftlicher und hebammenpraktischer Perspektive dürfen gebärende Frauen, ihre Kinder und Familien keine Nachteile aus Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze erfahren. In der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland sind zentrale internationale evidenzbasierte Empfehlungen bislang nicht ausreichend umgesetzt – etwa die hebammengeleitete Betreuung von Frauen mit unkomplizierter Schwangerschaft und Geburt. Hier liegt ein erhebliches Potenzial, Versorgung qualitativ zu verbessern und Ressourcen sinnvoller einzusetzen. Beitragssatzstabilität darf daher nicht durch Einsparungen an den Voraussetzungen sicherer und Respektvoller Geburtshilfe erreicht werden, sondern muss durch den Ausbau evidenzbasierter, bedarfsgerechter und hebammengeleiteter Versorgungsmodelle unterstützt werden.

Respektvolle Geburtshilfe ist zentral für die Qualität der geburtshilflichen Versorgung. Sie umfasst verständliche Kommunikation, emotionale Verfügbarkeit, gemeinsame Entscheidungsfindung, informierte Einwilligung, die Wahrung körperlicher und emotionaler Grenzen, diskriminierungssensible Begleitung und kontinuierliche Unterstützung. Damit entspricht sie dem Anspruch an eine positive Geburtserfahrung und an Respektvolle, frauen- und familienzentrierte Versorgung. [1,2]

Geburt ist eine körperlich, emotional und sozial hoch bedeutsame Lebenserfahrung. Frauen sind während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in besonderer Weise darauf angewiesen, dass Fachpersonen Sicherheit vermitteln, Vertrauen aufbauen und die Gebärende als handelnde Person ernst nehmen. Die Qualität der Interaktion zwischen Frau und Fachperson prägt wesentlich, ob Geburt als stärkend, sicher und selbstbestimmt oder als belastend, entwürdigend oder traumatisch erlebt wird. [2,3]

2. Konkrete Forderung: Artikel 3, Nr. 1–3 streichen

Konkrete gesetzgeberische Forderung:

Die Deckelung des Pflegebudgets (Artikel 3, Nr. 1–3) ist in der klinischen Geburtshilfe nicht anwendbar, ohne die Versorgungsqualität für gebärende Frauen und ihre Kinder erheblich zu gefährden. Die Sektion Respektvolle Geburtshilfe fordert daher, diese Änderung ersatzlos zu streichen.

Die Deckelung des Pflegebudgets würde in der klinischen Geburtshilfe unmittelbar zu einem Qualitätsabbau führen. Geburtshilfe **kann nicht mit anderen stationären Versorgungsbereichen gleichgesetzt werden**. Sie erfordert kontinuierliche Präsenz,

Beziehungskontinuität, Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt und die Möglichkeit, auf unvorhersehbare Situationen unmittelbar zu reagieren.

Wird das Pflegebudget gedeckelt, entstehen direkte Versorgungsrisiken für gebärende Frauen und ihre Kinder:

- Einschränkung des Hebammenpersonals und damit der Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt
- Zunahme von Mehrfachbetreuungen, Personalwechseln und Schnittstellen, die Beziehungskontinuität gefährden
- Verkürzung von Kommunikations-, Aufklärungs- und Einwilligungsprozessen in einer besonders vulnerablen Lebensphase
- erhöhtes Risiko verzögerter Reaktionsfähigkeit bei Komplikationen von Mutter oder Kind
- strukturelle Benachteiligung besonders schützbedürftiger Gruppen

Die vorgesehene Änderung wäre auch gesundheitsökonomisch kontraproduktiv. Vermeidbare Komplikationen, traumatische Geburtserfahrungen und längerfristige psychische Belastungen erzeugen Folgekosten für das Gesundheitssystem, für Familien und für die Gesellschaft, die die kurzfristig angestrebten Einsparungen deutlich übersteigen können. [8]

Die Sektion Respektvolle Geburtshilfe fordert deshalb mit Nachdruck: Artikel 3, Nr. 1–3 ist ersatzlos zu streichen.

3. Geburtserleben: Die Qualität der Begleitung entscheidet

Forschungsergebnisse zeigen, dass das Geburtserleben von Frauen nicht allein durch den medizinischen Verlauf oder durch Interventionen geprägt wird. Entscheidend ist auch, wie Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett angesprochen, informiert, berührt, beteiligt und begleitet werden. [2,3]

Gute geburtshilfliche Versorgung braucht daher zusätzlich zu medizinischer Sicherheit emotionale Sicherheit durch Interaktionen, die Sicherheit, Selbstwirksamkeit und Vertrauen stärken. Fachpersonen können durch ruhige, klare und Respektvolle Kommunikation, empathische Präsenz, achtsame Berührung, verständliche Information und gemeinsame Entscheidungsfindung entscheidend dazu beitragen, dass Frauen sich während der Geburt sicher, beteiligt und respektiert fühlen. [1,2]

Umgekehrt können Interaktionen, die Frauen nicht einbeziehen, abwerten, objektivieren oder unter Druck setzen, Angst, Kontrollverlust und Ohnmacht verstärken. Gerade in der Geburtshilfe ist dies bedeutsam, weil Frauen während der Geburt besonders sensibel auf Umgebung, Sprache, Tonfall, Körperhaltung und Berührung reagieren. Niedrigwertige Interaktionen mit Fachpersonen können negative und traumatische Geburtserfahrungen begünstigen. [2,4]

Finanzierungsfragen sind deshalb immer auch Fragen von Würde, emotionaler, psychischer und körperlicher Sicherheit sowie von Menschenrechten in der Geburtshilfe.

4. Eins-zu-eins-Betreuung: unverzichtbar für sichere Geburtshilfe

Die Sektion Respektvolle Geburtshilfe der DGHWi hält am Ziel einer Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt fest. Nur eine kontinuierlich anwesende Hebamme kann Ängste wahrnehmen, Entscheidungen erklären, Grenzen schützen, Übergänge begleiten und in belastenden Situationen Halt geben. Sie schafft Beziehungskontinuität und ermöglicht dadurch eine sichere, traumasensible und selbstbestimmungsorientierte Begleitung für Frauen und Familien. Kontinuierliche Unterstützung während der Geburt ist zudem mit besseren geburtshilflichen Outcomes und einer höheren Wahrscheinlichkeit positiver Geburtserfahrungen verbunden. [5]

Wenn gesetzliche Vorgaben den Personalaufbau erschweren oder Kliniken in starre finanzielle Grenzen gedrängt werden, wird Respektvolle Geburtshilfe strukturell gefährdet. Mehrfachbetreuung, Zeitdruck und häufige Wechsel der Betreuungspersonen widersprechen dem Anspruch, Frauen unter der Geburt verlässlich, aufmerksam und selbstbestimmt zu begleiten.

5. Vulnerable Gruppen besonders schützen

Finanzielle Sparvorgaben treffen nie alle Frauen gleich. Besonders gefährdet durch den geplanten Qualitätsabbau sind:

- Frauen mit Gewalterfahrungen und Traumatisierungen: Frauen mit Adverse Childhood Experiences (ACEs), sexualisierter Gewalt, Partnerschaftsgewalt, Flucht- oder Kriegserfahrungen sind besonders gefährdet, die Geburt als traumatisch zu erleben. Situationen von Kontrollverlust, körperlicher Exponiertheit, Schmerzen, Untersuchungen oder Interventionen können frühere Traumata reaktivieren. Traumasensible Begleitung durch eine kontinuierlich anwesende Hebamme ist für diese Frauen kein Luxus, sondern medizinische Notwendigkeit. [2,4]
- Migrantinnen und Frauen mit Sprachbarrieren: Diese Frauen sind auf verlässliche, kultursensible und diskriminierungskritische Hebammenbegleitung angewiesen. Wenn Verständigung nicht ausreichend gesichert ist oder soziale und kulturelle Erfahrungen nicht berücksichtigt werden, steigen Angst, Unsicherheit und das Risiko negativer Geburtserfahrungen erheblich. Verständliche Kommunikation, Dolmetschstrukturen und Beziehungskontinuität sind hier zentrale Schutzfaktoren.
- Frauen mit komplexen psychosozialen oder medizinischen Belastungen: Frauen mit psychischen Belastungen, Behinderung, Armut, sozialer Isolation oder komplexen

Schwangerschaftsverläufen benötigen besonders verlässliche Strukturen, ausreichend Zeit und gut koordinierte interprofessionelle Zusammenarbeit.

Sparmaßnahmen im Pflegebereich treffen vulnerable Gruppen überproportional. Eine gesetzliche Regelung, die strukturell dazu beiträgt, dass diese Frauen schlechter versorgt werden, ist mit dem Gleichbehandlungsgebot und dem Schutzauftrag des Staates nicht vereinbar.

6. Perinatale psychische Gesundheit und Folgekosten

Traumatische Geburtserfahrungen können die perinatale psychische Gesundheit erheblich beeinträchtigen. Geburtsbezogene posttraumatische Belastungssymptome treten häufig gemeinsam mit depressiven Symptomen und Angst auf. Diese Komorbidität ist besonders relevant, weil sie den Übergang in die Elternschaft erschwert und Belastungen verstärken kann. [4,6]

Folgen können intrusive Erinnerungen, Vermeidung, Übererregung, Schlafprobleme, Schuldgefühle, emotionale Distanz, Stillprobleme und Schwierigkeiten im Bonding sein. Damit betreffen traumatische Geburten nicht nur die Frau selbst, sondern auch die Eltern-Kind-Beziehung, die Partnerschaft, das Familienleben und die kindliche Entwicklung. [6,7]

Prävention durch gute Hebammenbegleitung ist deshalb auch gesundheitsökonomisch sinnvoll. Vermeidbare psychische Belastungen erzeugen langfristige Kosten für das Gesundheitswesen, Familien und die Gesellschaft. Die Folgekosten traumatischer Geburtserfahrungen dürfen bei der Folgenabschätzung dieses Gesetzes nicht ignoriert werden. [7,8]

7. Schlussstatement

Frauen brauchen und verdienen eine Respektvolle Geburtshilfe, um den Übergang zur Elternschaft gestärkt, sicher und selbstbestimmt meistern zu können.

Deshalb müssen gesetzliche Regelungen die Bedingungen stärken, die Respektvolle Geburtshilfe ermöglichen: genügend Hebammen für eine kontinuierliche Betreuung, Zeit für Kommunikation, und traumasensible Versorgung. Wer an diesen Voraussetzungen spart, gefährdet nicht nur die Qualität der Geburtshilfe, sondern auch den gesunden Beginn der Elternschaft und des frühen Familienlebens. [1,2,5]

Literatur:

1. Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, 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):918-922. doi:10.1111/1471-0528.15237.
2. Leinweber J, Stramrood C. Improving birth experiences and provider interactions: Expert opinion on critical links in maternity care. *Eur J Midwifery*. 2024;8(September):53. doi:10.18332/ejm/191742.
3. Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Karlsdottir SI, Nilsson C, Ekström-Bergström A, Olza I, Hadjigeorgiou E, Stramrood C. Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: a discussion paper. *Birth*. 2023;50(2):362-383. doi:10.1111/birt.12666.
4. Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Thomson G, Karlsdottir SI, Nilsson C, Ekström-Bergström A, Olza I, Hadjigeorgiou E, Stramrood C. Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*. 2022;49(4):687-696. doi:10.1111/birt.12634.
5. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7):CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6.
6. Frankham L, Thorsteinsson EB, Bartik W. Birth-related PTSD and its association with the mother-infant relationship: A meta-analysis. *Sex Reprod Healthc*. 2023;38:100920. doi:10.1016/j.srhc.2023.100920.
7. Reshef S, Mouadeb D, Sela Y, Weiniger FC, Freedman SA. Childbirth, trauma and family relationships. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(1):2157481. doi:10.1080/20008066.2022.2157481.
8. Zivin K, Christensen A, Garlow E, Staatz C, Margiotta C, Luca DL. Financial toll of untreated perinatal mood and anxiety disorders among 2017 births in the United States. *Am J Public Health*. 2020;110(6):888-896. doi:10.2105/AJPH.2020.305619.