

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2021

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Dagmar Hertle, Eva Schindele, Ulrike Hauffe

Es ist nicht egal, wie wir geboren werden und wie Frauen gebären.

Ein Plädoyer für einen Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung,
Seite 220–249

doi: 10.30433/GWA2021-220

Dagmar Hertle, Eva Schindele, Ulrike Hauffe

Es ist nicht egal, wie wir geboren werden und wie Frauen gebären. Ein Plädoyer für einen Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung

Der Beitrag nimmt Bezug auf den gesundheitsfördernden Ansatz des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“. Ausgehend von der historischen Entwicklung zeichnet er nach, wie sich der Blick auf die Schwangerschaft und die Geburt in den zurückliegenden Jahrzehnten in Deutschland verändert hat. Dies führte zu einer zu starken Fokussierung auf mögliche Risiken bei Schwangerschaft und Geburt, die den Versorgungsalltag prägt. Dabei werden auch gesunde Frauen mit unkompliziertem Schwangerschaftsverlauf mit einer Vielzahl von Risiken belegt und unnötigen Interventionen ausgesetzt. Ausgehend von den Defiziten in der Versorgung von Frauen und ihren Kindern rund um die Geburt wird ein Perspektivwechsel angemahnt, der an den Fragen orientiert ist: Was brauchen Frauen rund um die Geburt und welche konkreten Schritte sind nötig, um eine an den Frauen und ihren Kindern orientierte Versorgung umzusetzen? Die Antworten darauf zeigen die Richtung für den notwendigen Kulturwandel auf.

Einleitung

Die Defizite in der Versorgung von Frauen und ihren Kindern rund um die Geburt in Deutschland sind nicht zu übersehen: Viele schwangere Frauen finden keine Hebamme; es kommt immer wieder vor, dass Kliniken Gebärende abweisen müssen, Hebammen betreuen viel zu oft vier oder noch mehr Frauen während der Geburt. Frauen berichten in den letzten Jahren vermehrt, dass sie im Kreißaal Übergriffe und Gewalt erlebt haben. Schwangere haben ein gesetzlich verbrieftes Anrecht auf die Wahl zwischen Hebammenvorsorge und ärztlicher Vorsorge; den Geburtsort frei zu wählen ist ein Menschenrecht, aber sie können von ihrem Wahlrecht keinen Gebrauch machen, weil die Angebote fehlen und Hürden im System dies verhindern. Dem steht eine zunehmende Medikalisierung und Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt gegenüber: Auch gesunde Frauen mit unkompliziertem Schwangerschaftsverlauf werden mit einer Vielzahl von Risiken belegt und unnötigen Interventionen ausgesetzt. Immer mehr Frauen und Elternorganisationen geben ihrer Unzufriedenheit Ausdruck, sie fühlen sich in einer Lebensphase von zentraler Bedeutung im Stich gelassen (beispielsweise Motherhood e.V., Greenbirth e.V., Roses Revolution).

Betroffen sind in Deutschland jährlich etwa eine Million Frauen und ihre Familien. Schwangerschaft und Geburt gehören stationär und ambulant zu den häufigsten Behandlungsanlässen (Destatis 2020). Die kritische Reflektion des Versorgungsalltags ist also gesellschaftlich, gesundheitspolitisch und gesundheitsökonomisch relevant.

Im Jahr 2017 hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) das Nationale Gesundheitsziel (NGZ) „Gesundheit rund um die Geburt“ herausgegeben, dessen Umsetzung nichts weniger als einen Kulturwandel in der Geburtshilfe darstellt. Erarbeitet wurde das Gesundheitsziel durch den Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, einen breiten Zusammenschluss von Entscheidungsträgern, der den Bund, die Länder und die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen umfasst. Die praktische Umsetzung obliegt den mehr als 120 Einzelakteur:innen des Netzwerks. Aufgrund ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung sind die Gesundheitsziele Teil des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz).

Dieser Beitrag nimmt Bezug auf den gesundheitsfördernden Ansatz des NGZ „Gesundheit rund um die Geburt“ und geht dabei ausgehend von der historischen Entwicklung den folgenden Fragen nach: Wie wird aktuell auf Schwangerschaft und Geburt geblickt, und welche Auswirkungen hat dieser Blick auf die Versorgung? Was brauchen Frauen rund um die Geburt, und welche konkreten Schritte sind nötig, um eine an den Frauen und ihren Kindern orientierte Versorgung umzusetzen?

Der Weg der Geburtshilfe seit den 1950er Jahren

Der Versorgungsalltag in der Geburtshilfe wird vom herrschenden gesellschaftlichen Blick auf Frauen, Schwangerschaft und Geburt geprägt. Derzeit ist dieser Blick sehr stark auf mögliche Risiken gerichtet. Dabei wird vergessen, dass sich die Schwangerenversorgung und Geburtshilfe von anderen Versorgungsbereichen fundamental unterscheidet, weil die hier „versorgten“ Frauen überwiegend gesund sind. Der Blick auf Schwangerschaft und Geburt hat sich in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts grundlegend verändert: Ein in erster Linie soziales Ereignis und eine natürliche

Lebensphase wurden in einen risikobelasteten Zustand umgedeutet, der – so wird es nahegelegt – permanenter medizinischer Kontrolle und Intervention bedarf (Schindele 1995).

Wie das Risikokzept die Schwangerschaft eroberte

Der Wechsel der Perspektive hin zu einem medizinischen und risikoorientierten Umgang mit Schwangerschaft und Geburt erfolgte schleichend und basiert auf den hohen Erwartungen, die in den (medizin-)technischen Fortschritt und die Beherrschung und Optimierung der „Natur“ gesetzt wurden. Der daraus folgende fundamentale Wandel in der Versorgung verlief weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit und ohne dass die Frauen als Hauptbetroffene eine Chance der Mitsprache hatten. Zwar hat der Wissenszuwachs in der Medizin unbestritten viele Verbesserungen gebracht, etwa die Erkennung und Behandlung der Rhesusfaktor-Unverträglichkeit oder der Schwangerschaftsgestose. Diese Erfolge trugen aber gleichzeitig zu einer vorher nie dagewesenen Fokussierung auf potenzielle Risiken bei. Die Versorgung wurde entsprechend umorganisiert: In den 1950er und 1960er Jahren wurde die öffentliche Gesundheitsfürsorge, zu der bis dahin die Schwangeren- und Mütterberatung einschließlich Säuglingssprechstunden gehörten, zugunsten der niedergelassenen Kassenärzt:innen nach und nach abgebaut (Baumgärtner und Stahl 2005). 1965 wurde die Schwangerenvorsorge in Form der Mutterschaftsrichtlinien in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen und damit in die Hände der damals meist männlichen Gynäkologen und praktischen Ärzte gelegt. Die Vertreter:innen der Ärzteschaft waren aber von Anfang an auch diejenigen, die gemeinsam mit den Krankenkassen, inzwischen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die Ausgestaltung der Mutterschaftsrichtlinien verantworten – bis heute übrigens ohne Beteiligung von Hebammen.

Die Mutterschaftsrichtlinien stärken einseitig ärztliches Handeln, indem sie die Hebammenvorsorge unter einen Delegationsvorbehalt stellen, der besagt, dass eine Schwangere erst zur Hebamme zur Vorsorge gehen dürfe, „wenn der Arzt dies im Einzelfall angeordnet hat oder wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat und daher seinerseits keine Bedenken gegenüber weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme bestehen“ (G-BA 2020). Schwangere erhielten

ab 1968 einen sogenannten Mutterpass und bis in die 1980er Jahre ein Belohnungsgeld von seinerzeit 100 DM als Anreiz, die ärztliche Schwangerenvorsorge aufzusuchen (§198 Reichsversicherungsordnung).

Die Körperhistorikerin Barbara Duden fasst diesen Umbruch so zusammen: Die Geburtshilfe wurde in das ärztlich dominierte Medizinsystem transferiert, das sich schwerpunktmäßig auf das Pathologische konzentriert und gekennzeichnet ist von Überwachung, Steuerung und dem Heilsversprechen, alle Risiken beherrschen zu können (Duden 1998).

Mit der Neufassung der Mutterschaftsrichtlinien von 1975 wurde das Risikofaktorenmodell eingeführt und die „frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten“ zum vorrangigen Ziel ärztlicher Schwangerenvorsorge erklärt (Baumgärtner und Stahl 2005). Die Risikofaktoren wurden seit dieser Zeit immer mehr ausgeweitet: Waren es 1975 noch 17, so sind im aktuellen Mutterpass 56 Schwangerschafts- und 98 Geburtsrisiken aufgelistet. Bei fast 80 Prozent der Schwangeren wurden im Jahr 2019 ein oder mehrere Geburts- und/oder Schwangerschaftsrisiken angekreuzt. 34 Prozent der Schwangeren wurden 2017 laut der Bundesauswertung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Geburtshilfe als risikoschwanger eingestuft (IQTIG 2018). Im Jahr 2009 waren es noch 25,8 Prozent (AQUA 2010). Eine solche Steigerung ist auch durch die tatsächliche Zunahme mancher Risiken, beispielsweise durch höheres Lebensalter der Mütter, Schwangerschaften bei Vorerkrankungen oder Mehrlingsschwangerschaften nach Kinderwunschbehandlung, nicht erklärbar.

Die Frage nach dem Nutzen der Risikoerhebungen und Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft wurde überhaupt erst nach der Jahrtausendwende in den Blick genommen, und die Evidenz ist weiterhin dünn (Lüdemann 2015; Rath et al. 2010; Schild und Schling 2009). Angesichts des in weiten Teilen fehlenden Nutznachweises ist es erstaunlich, dass das Risikofaktorenkonzept trotz seiner Grenzen so umfassend akzeptiert und im Versorgungsalltag zur Selbstverständlichkeit geworden ist, denn „jede medizinische Vorsorge“ – so auch die Schwangerenvorsorge – „muss auf den

Prüfstand, bevor sie an großen Bevölkerungsgruppen angewendet werden soll. Der Nutzen muss nachweislich überwiegen“, schreibt die Hamburger Ärztin und Gesundheitswissenschaftlerin Ingrid Mühlhauser (Mühlhauser 2017). Es ist wichtig, Gefahren zu erkennen. Aber es wird „ein anderer Gesichtspunkt bei der Entfaltung des Risikofaktorenkonzepts leicht übersehen: Die Schwangere, die gebärende Frau wird per definitionem zur Patientin, das heißt zur Kranken“ gemacht (Lenzen 1993), was nicht ohne subjektiv erlebte und objektive Auswirkungen bleibt.

Standardisierung und Normierung von Geburten im Klinikalltag

Ein weiterer Paradigmenwechsel vollzog sich in der Geburtshilfe: Bis in die 1960er/70er Jahre war das anerkannte professionelle Vorgehen bei der Geburt die „begründete Nichtintervention“, solange der Geburtsverlauf einen normalen Gang nahm (Sayn-Wittgenstein 2007). Dieses Vorgehen wurde abgelöst von der medizinischen Vorstellung, dass jede Geburt riskant ist und deshalb möglichst frühzeitig interveniert werden muss. Die Medizin misstrauete den physiologischen Fähigkeiten von Frauen zu gebären. Bewährtes geburtshilfliches Wissen ging vielerorts verloren, zum Beispiel wie man Geburten aus Beckenendlage ohne Schnittentbindung durchführt (Lütje et al. 2014).

Noch in den 1950er Jahren bekamen in Deutschland die meisten Frauen ihre Kinder zu Hause, meist mithilfe von Hebammen, zum Teil in Zusammenarbeit mit praktischen Ärzten und Geburtshelfern. Diese Form der Geburtshilfe kritisierten die meist männlichen Gynäkologen zunehmend als riskant und unzeitgemäß. Sie propagierten die Klinikgeburt als moderner, hygienischer und sicherer und warben mit der schmerzfreien Geburt. Viele – zunächst vor allem Erstgebärende – folgten dieser Empfehlung. Bereits im Jahr 1965 fanden 83,3 Prozent der Geburten in der Klinik statt, zehn Jahre später waren es fast 99 Prozent (Loytved 2011).

Unter den Bedingungen des Krankenhausbetriebs wurde die Geburt zur Entbindung. Der Geburtsverlauf wurde „optimiert“, „effizienter“ gemacht und normiert, zum Beispiel mithilfe der sogenannten Friedman-Kurve, benannt nach seinem Erfinder, dem US-amerikanischen Gynäkologen Friedman. Sie legte fest, in welchem Tempo eine normale Geburt voranschreiten muss: Ein Zentimeter Muttermundöffnung pro Stunde

wurde damit jahrzehntelang weltweit zum Standard. Wenn Geburten anders verliefen, die einzelnen Geburtsphasen länger dauerten, wurde aus „Sicherheitsgründen“ interveniert, beispielsweise mit wehenfördernden Mitteln (Schreiber 1980). Doch Geburtsverläufe sind individuell und vielfältig. Sie können nicht geplant werden „wie die Produktion von Automobilen: standardisiert, durchgetaktet, beschleunigt“ (Interview Duden, Schindele 2017). Dies betrifft auch die frühe Eröffnungsphase (Latenzphase) der Geburt, deren Bedeutung in den letzten Jahren auch in Deutschland diskutiert wird. In diesem Zeitraum reagieren die Frauen besonders stark auf Stress und Störungen. Eine zu frühe Aufnahme in den Kreißsaal, weil Kliniken die räumliche Ausstattung für diese Situation fehlt, hat negative Auswirkungen auf den Geburtsverlauf (Krahl et al. 2016).

Der „Kipp-Punkt“: Noch mehr Kontrolle erzeugt nicht mehr Sicherheit

Es gibt ein Ausmaß an Überwachung und Kontrolle, das weder objektiv, also im Hinblick auf die erzielten Outcomes, noch subjektiv, also im Hinblick auf das individuelle Sicherheitsgefühl, einen Zusatznutzen hat, sondern – im Gegenteil – auch schaden kann.

Die Risikofokussierung kann Ängste erzeugen und verstärken

Das dichte Untersuchungsnetz, das in Deutschland in der Schwangerschaft aufgespannt ist, könnte Schwangere eigentlich beruhigen. Doch sie scheinen durch die Risikofokussierung der medizinisch orientierten Vorsorge beunruhigter denn je. Befragungen Erstgebärender in Berlin (Ost- und Westberlin), die zwischen 1950 und 1990 geboren hatten, und von Frauen, die ihr erstes Kind zwischen 1990 und 2010 bekamen, fanden eine über die Jahre „signifikant zunehmende Angst vor der ersten Geburt“, die zu einem „weniger schönen Geburtserlebnis“ führte, und zwar unabhängig vom Alter oder der Ausbildung der Mütter (Rupp 2018). Die Erfassung und Kommunikation von Risiken, die keinen Vorhersagewert für wirkliche Gefahren haben, sind also auch vor diesem Hintergrund kritisch zu hinterfragen.

Der Sozialpsychologe Hartmut Rosa beschreibt, wie die medizinisch orientierte Vorsorge „das Vertrauen in die eigene Wirksamkeit und in die Fähigkeit, angemessen hören und

reagieren zu können, untergräbt, indem es ebendiese Fähigkeit auf die Apparate und Experten überträgt“ (Rosa 2020). Es findet gleichsam eine Enteignung des Gefühls für sich selbst und der eigenen Wahrnehmung statt, die Angst und Ohnmachtsgefühle verstärkt. Macht und Ohnmacht waren bereits in den 1970er Jahren die wesentlichen Themen von Frauenpolitik und Frauengesundheitsbewegung. Bereits damals ging es um die „Entmedikalisierung von Schwangerschaft und Geburt“, um „Ermächtigung statt Entmachtung“, um Autonomie und Selbstbestimmung über den eigenen Körper und um die „Wiederaneignung des weiblichen Ur-Könnens, schwanger zu sein und zu gebären“ (Hauffe 2020).

Aktuelle Studien zeigen, dass die Haltung, die Frauen gegenüber Schwangerschaft und Geburt haben, das Geburtsgeschehen beeinflusst. Die Bonner Psychologin Lisa Hoffmann konnte zeigen, dass Frauen, die der Überzeugung waren, dass die Geburt als physiologischer Vorgang in der Regel von der Gebärenden bewältigt werden kann, eine niedrigere Wahrscheinlichkeit für Interventionen unter der Geburt hatten (Hoffmann und Banse 2021). Große Angst vor der Geburt ist gehäuft mit einer Wochenbettdepression verbunden und kann die Bindung zum Kind negativ beeinflussen (Nilsson et al. 2012). Die Fokussierung auf Risiken kann also negative Erwartungshaltungen erzeugen oder verstärken und im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung eine Interventionsspirale in Gang setzen, die die negativen Erwartungen zu bestätigen scheint (Watzlawick et al. 1995). Dies ist in Betracht zu ziehen, wenn ein Risiko-Narrativ, das nur für Wenige eine wirkliche Gefahr vorhersagt, vielen, auch den Gesunden, übergestülpt wird und die Versorgungsmodalitäten prägt. Die Probleme, die daraus entstehen, können auch langfristig sein: Unsicherheit und fehlendes Erleben von Selbstwirksamkeit während Schwangerschaft und Geburt können negative Auswirkungen auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit, die Haltung gegenüber dem Kind und die Erziehung und Verantwortungsübernahme haben. Hingegen kann eine stimmige Geburtserfahrung das Gefühl vermitteln, dass auch andere Lebensherausforderungen bewältigt werden können (Sayn-Wittgenstein 2007).

Risikofixierung führt zu mehr unnötigen Interventionen

Der Risikoblick verunsichert nicht nur die Schwangeren und Gebärenden, sondern auch die Behandelnden. Mehr Ängste führen zu vermehrtem Eingreifen. Inzwischen findet kaum mehr eine Geburt ohne Interventionen statt, wobei nicht selten eine Intervention die nächste nach sich zieht. Laut IQTIG wurde in Deutschland im Jahr 2019 bei jeder fünften Schwangeren die Geburt medikamentös eingeleitet (21,9 Prozent). Jede vierte Frau bekam ein wehensteigerndes Mittel (25,03 Prozent) und ebenfalls jede vierte eine Rückenmarksnarkose. Fast jedes dritte Kind wird derzeit mit einem Kaiserschnitt geholt (2019: 30,85 Prozent) und damit doppelt so viele wie 1991 (IQTIG 2020). Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe schreibt aber in der Einleitung zur „S3-Leitlinie zum Kaiserschnitt“, dass eine Kaiserschnitttrate über 15 Prozent „keinen günstigen Einfluss auf die mütterliche und neonatale Morbidität und Mortalität hat und deshalb gut begründet sein muss“ (AWMF 2020a).

Studien zeigen, dass Kaiserschnitte häufiger als vaginale Geburten schwere mütterliche Komplikationen mit sich bringen. Dabei müssen nicht nur die kurzfristigen Outcomes, wie Komplikationen bei der Anästhesie, Schmerzen oder Wundinfektionen berücksichtigt werden. Ein Kaiserschnitt kann sich auch auf weitere Schwangerschaften und Geburten negativ auswirken. So sind Infertilität, Störungen der Einnistung des Embryos in der Gebärmutter, Plazentafehllagen, intrauteriner Fruchttod und eine Ruptur der Gebärmutter bei der Geburt nachweislich häufiger, wenn ein Kaiserschnitt vorausging. Auch für die Kinder kann eine Kaiserschnittgeburt mit Langzeitfolgen wie Übergewicht, Asthma und Diabetes mellitus verbunden sein (AWMF 2020a).

Geburtshelfer:innen schlagen deshalb inzwischen Alarm. Der US-amerikanische Gynäkologenverband ACOG ruft die Kolleg:innen zu mehr Gelassenheit unter der Geburt auf. Frauen sollte mehr Zeit in der Geburt zugestanden werden (ACOG 2019). Auch die im Jahr 2021 veröffentlichte „S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin“ und das NGZ „Gesundheit rund um die Geburt“ (siehe dazu auch das Ziel 2: „Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert“) unterstützen eine weniger invasive Geburtshilfe und die Förderung der physiologischen Geburt (AWMF 2020b; BMG 2017).

Was Frauen während der Schwangerschaft und Geburt brauchen

Die Bedürfnisse von Frauen rund um die Schwangerschaft und Geburt sind in zahlreichen Studien untersucht worden (beispielsweise Downe et al. 2018). Schwangere wünschen sich ein „vertrauensvolles Verhältnis zur Betreuungsperson, partnerschaftlichen Umgang, sich gut aufgehoben zu fühlen, die Wahrnehmung der individuellen Situation, ernst genommen zu werden, Bestätigung der Normalität, Beruhigung, Information, Aufklärung, Beratung, Gespräch, Zeit, Kontinuität der Betreuungsperson, Berührung“ (Baumgärtner und Stahl 2005), kurz: professionelle, kompetente Information, Beratung und Betreuung durch Fachpersonen und Stärkung von Selbstvertrauen und Zuversicht (Sayn-Wittgenstein 2007).

Die Bedürfnisse von Schwangeren und Gebärenden in der Versorgung ernst zu nehmen, heißt, konkrete Handlungsoptionen für die Versorgung daraus abzuleiten. Die im Folgenden dargestellten Bedarfe sind nicht abschließend, nicht überschneidungsfrei und auch nicht neu. Sie orientieren sich an den Zielen des NGZ „Gesundheit rund um die Geburt“ und haben mit diesem gemeinsam, dass sie die Frau und ihr Kind und nicht das Risiko in den Mittelpunkt stellen.

Frauen brauchen eine individuelle Begleitung, die ihre Lebensumstände berücksichtigt

Schwangerschaft und Geburt werden in der derzeitigen Versorgung überwiegend als medizinische statt als biopsychosoziale Ereignisse gesehen. Die Begleitung in einer Umbruchphase, die den Übergang in eine neue soziale Rolle darstellt, hat innerhalb der ärztlichen Zuständigkeit nur wenig bis gar keinen Raum. Interviews mit Frauen zeigen, dass zwar 90 Prozent mit der Beratung durch ihre Fachärzt:in zufrieden waren, jedoch berichteten 75 Prozent der Frauen, mit der Ärzt:in nie über ihre allgemeine Lebenssituation gesprochen zu haben (Sayn-Wittgenstein 2007). Der Fokus der ärztlichen Betreuung liegt auf den medizinischen Aspekten (Baumgärtner und Stahl 2005), der Beratungswunsch bei lebensweltlichen Fragen wird vorzugsweise an die Hebammen gerichtet (Sayn-Wittgenstein 2007).

Frauen in Deutschland müssen jedoch ihre Hebamme – anders als in anderen Ländern – selber suchen und finden. In einer Studie zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen gaben 24 Prozent der Frauen an, keine Hebamme gefunden zu haben, die ihnen über einen Geburtsvorbereitungskurs hinaus ein Betreuungsangebot machen konnte. 14 Prozent der Frauen riefen sechs bis zehn und 16 Prozent mehr als zehn Hebammen an, um eine Betreuung zu finden (Bauer et al. 2019). Die HebAB-Studie aus NRW kam zu ähnlichen Ergebnissen (Bauer et al. 2020). Diese Erhebungen differenzierten nicht nach sozio-ökonomischem Hintergrund. Für sozial benachteiligte Frauen dürfte es noch schwieriger sein, eine Hebamme zu finden. Analysen von Abrechnungsdaten der BARMER aus den Jahren 2015 bis 2019 zeigen, dass 31 Prozent der Frauen mit geringem Einkommen gar keinen Hebammenkontakt während der Schwangerschaft hatten gegenüber elf Prozent der Frauen mit hohem Einkommen. Dies ist problematisch, weil die Lebensumstände bei vulnerablen Gruppen besonders gesundheitsrelevant sind (Phelan et al. 2010) und die Begleitung durch Hebammen, zum Beispiel auch Familienhebammen, an dieser Stelle von besonderem Nutzen sein kann (McRae et al. 2018).

Viele Frauen befinden sich in Situationen, die eine spezielle Betreuung erfordern, beispielsweise aufgrund von Migrationshintergrund, Sprachschwierigkeiten, traumatisierenden Erfahrungen, ungeplanter Schwangerschaft, Trennung, Arbeitslosigkeit, Armut, Wohnumgebung, besonderen medizinischen Bedingungen wie Behinderungen oder chronischen Erkrankungen, aber auch durch herrschende Rollenbilder (Simoes und Kunz 2011). Es braucht niederschwellige, kultur- und traumasensible Angebote (siehe dazu NGZ, Teilziele 1.3: „Belastungen und Risiken sind identifiziert und verringert“ und 1.6: „Besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert, und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt“). Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) hat in seinem Forschungszyklus „Zusammen für Familien“ eine Reihe von Studien durchgeführt und publiziert, die sich mit Hilfen für psychosozial belastete Frauen und Familien sowie der Entwicklung von Unterstützungsangeboten befassen (www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/kooperations-und-schnittstellenforschung/publikationen-zum-zufa-monitoring).

Eine besondere Rolle kann in diesem Zusammenhang den Geburtsvorbereitungskursen zukommen, die neben der Informationsvermittlung vor allem auch Kontakte zu anderen

Frauen bieten (siehe dazu NGZ, Teilziel 1.1: „Gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden sind gestärkt“). Die Gruppe kann Vernetzung schaffen bis hin zu ersatzfamilienähnlichen Strukturen, die auch nach der Geburt dauerhaft unterstützend wirken können. Die Kurse können von Hebammen, aber auch von qualifizierten Geburtsvorbereiter:innen durchgeführt werden (Gesellschaft für Geburtsvorbereitung GfG: <https://gfg-bv.de/weiterbildung/konzept.html>). Damit das Potenzial der Geburtsvorbereitungskurse in allen Aspekten zum Tragen kommen kann, ist es aber wichtig, dass diejenigen, die Geburtsvorbereitung anbieten, eine qualitätsgesicherte Ausbildung durchlaufen und neben der Vermittlung von Körperkompetenzen auch Kenntnisse in Gruppenleitung und im Umgang mit gruppendynamischen Prozessen erworben haben.

Frauen brauchen Versorgungskontinuität

Versorgungskontinuität bezieht sich auf den gesamten Betreuungsbogen von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und erstem Lebensjahr des Kindes (siehe dazu NGZ, Teilziel 1.7: „Die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine kontinuierliche Betreuung“; BMG 2017). Da die Wochenbettbetreuung praktisch ausschließlich bei den Hebammen liegt, ist ein Betreuungskontinuum über den gesamten Betreuungsbogen nur mit den Hebammen möglich. Studien aus einem Cochrane Review, der sich mit kontinuierlicher Hebammenbetreuung beschäftigt hat, verzeichnen verbesserte Outcomes: Die Frauen brauchten weniger Analgesie und hatten weniger Interventionen während der Geburt, sie hatten häufiger spontan vaginale Geburten und seltener Früh- und Fehlgeburten (Sandall et al. 2016). Die meisten der eingeschlossenen Studien berichteten über eine höhere Zufriedenheit im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen.

Betreuungskontinuität bezieht sich dabei nicht zwingend auf die Begleitung durch eine einzige Person oder eine Berufsgruppe. Frauen profitieren von einer gemeinsamen Versorgung durch Frauenärzt:innen und Hebammen und erleben diese als kontinuierlich, wenn eine zuverlässige, reibungslose Zusammenarbeit und Kommunikation in gut funktionierenden Kooperationsmodellen gegeben ist. Frauen können so von den unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkten von Hebammen und Frauenärzt:innen profitieren (Hoope-Bender et al. 2014; Renfrew et al. 2014).

In anderen Ländern, wie beispielsweise Schweden, England oder den Niederlanden, sind Hebammen die ersten Ansprechpartnerinnen für die Schwangeren und begleiten sie durchgängig in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, auch dann, wenn ärztliche Mitbetreuung nötig wird. In Deutschland ist die durchgängige Begleitung durch Hebammen in der Schwangerschaft und während der Geburt derzeit nur in der außerklinischen Geburtshilfe und bei Klinikgeburten nur durch sogenannte „Begleit-Beleghebammen“ möglich. Nur Begleit-Beleghebammen können die Sektorengrenze überwinden und zur Begleitung der Geburt mit ins Krankenhaus kommen. Eine kontinuierliche Begleitung über den gesamten Betreuungsbogen ist bisher die Ausnahme: In Hessen werden vier Prozent der Geburten von Begleit-Beleghebammen begleitet, zwei Prozent finden außerklinisch statt (Bauer et al. 2019). Die HebAb-Studie NRW ergab, dass sich viele Frauen eine Begleit-Beleghebamme gewünscht hatten, aber keine gefunden haben. Dies betraf 24,7 Prozent, also jede vierte Frau (Bauer et al. 2020).

Frauen brauchen mehr Wahlmöglichkeiten

Die Wahlfreiheit der Frauen wird in der aktuellen Versorgung viel zu wenig berücksichtigt (Selow 2015). Frauen haben das Recht, sowohl die Art ihrer Begleitung während der Schwangerschaft und während der Geburt als auch den Geburtsort frei zu wählen. Diese Wahlfreiheit steht im SGB V in den Paragraphen 24d und 24f, sodass ein Anspruch auf die entsprechenden Versorgungsangebote einschließlich der für eine Entscheidungsfindung notwendigen Informationen besteht (siehe dazu NGZ, Maßnahmenempfehlungen im Teilziel 1.1: „Transparenz und nutzerfreundliche Daten zu allen Geburtsorten sowie Orientierungshilfen und evidenzbasierte Beratungsangebote zur geburtshilflichen Betreuung“). Es kann also aufgrund der aktuellen gesetzlichen Vorgaben keine Diskussion darüber geben, welche dieser Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden sollen, sondern nur darüber, wie dies am besten geschehen kann.

Eine bedeutsame formale Beschränkung der Schwangerenvorsorge durch Hebammen besteht derzeit durch den Delegationsvorbehalt, der fälschlich und im Widerspruch zum Hebammengesetz und den Berufsordnungen der Hebammen in den Mutterchaftsrichtlinien verankert ist (HebBO NRW 2017; BMJ 2020; G-BA 2020). Daraus leiten viele Gynäkolog:innen fälschlicherweise ab, sie müssten im weiteren Verlauf für

alle etwaigen Fehler von Hebammen haften. Hinzu kommt die pauschalierte Abrechnung der ärztlichen Schwangerenvorsorge, die – ebenfalls fälschlicherweise – so interpretiert wird, dass alle Vorsorgeuntersuchungen von den Frauenärzt:innen selbst durchgeführt werden müssten. Viele Frauenärzt:innen sehen sich deshalb und auf Anraten ihres Berufsverbandes (BVF 2015) veranlasst, von einer Hebammenvorsorge abzuraten. Statt die Vorteile beider Berufsgruppen nutzen zu können, werden die Schwangeren, die sich Hebammenvorsorge wünschen, in die Konflikte der Berufsgruppen, die aus den widersprüchlichen und unklaren Regelungen entstehen, hineingezogen. Ein Formular der Elternorganisation Greenbirth, das die Meldung solcher Konfliktfälle ermöglicht, wurde bereits 4.490-mal aufgerufen (Mitteilung Greenbirth, Stand 23.06.2021) (<https://www.greenbirth.de/de/geburts-abc/a/590-aerger-mit-der-arztpraxis>). Es verwundert nicht, dass eine Analyse von BARMER-Abrechnungsdaten der Jahre 2015 bis 2019 ergeben hat, dass eine Schwangerenvorsorge mit mindestens fünf Vorsorgeterminen bei einer Hebamme („Wechselmodell“) nur bei 1,2 Prozent der Schwangerschaften stattgefunden hat. Damit Frauen wählen können, ist es dringend erforderlich, den Delegationsvorbehalt aus den Mutterschaftsrichtlinien zu streichen und im EBM-Katalog durch einen entsprechenden Vermerk klarzustellen, dass die Abrechnung der Quartalspauschale nicht durch die Inanspruchnahme von Hebammenvorsorge beeinträchtigt wird (Hertle et al. 2021).

Ebenso wie die Schwangerenvorsorge können Frauen auch den Geburtsort wählen (SGB V und The British Institute of Human Rights). Diese Wahlmöglichkeit betrifft nicht nur die Frage einer klinischen oder außerklinischen Geburt. Auch innerhalb der Kliniken brauchen Frauen ein binnendifferenziertes Angebot, das die Möglichkeit einer hebammengeleiteten Geburt umfasst.

Derzeit ist die Art der Versorgung im Krankenhaus mehr vom Zufall als von einer selbstbestimmten Wahl der Frau abhängig. Frauen wissen, wenn sie das Krankenhaus betreten, in der Regel nicht, von wem sie durch die Geburt begleitet werden, und auch nicht, wie viele weitere Geburten die zuständige Hebamme zeitgleich betreuen muss. Einer Befragung des IGES-Instituts zufolge kümmert sich durchschnittlich „eine Hebamme während einer normalen Schicht um drei Frauen gleichzeitig“. Zwei Prozent der

Hebammen müssen mehr als drei aktiv Gebärende gleichzeitig betreuen. An besonders regen Tagen mit überdurchschnittlich vielen Geburten – dies betrifft durchschnittlich gut jede vierte Schicht – versorgen 85 Prozent der Hebammen mehr als drei Frauen parallel im Kreißaal; selbst nach Beginn der aktiven Geburtsphase ist immer noch ein Drittel der Hebammen für mehr als drei Frauen verantwortlich. Dies kommt vor allem in Großstädten und in großen Kliniken vor und weniger in ländlichen Regionen oder kleineren Kliniken“ (IGES 2020). In der Hektik, der angespannten Personalsituation und den Routinen im Kreißaal kann es dann auch schnell zu einem als entwürdigend empfundenen Umgang und zu traumatisierenden Geburtserfahrungen kommen (Mundlos 2015).

Aktuell wird also nicht einmal die mit dem GKV-Spitzenverband vereinbarte 1-zu-2-Betreuung (Deutscher Bundestag 2019) flächendeckend umgesetzt. Dabei empfiehlt die aktuelle S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ sogar eine 1-zu-1-Betreuung als evidenzbasierte Versorgung (AWMF 2020b; Sayn-Wittgenstein et al. 2019). Hinzu kommt, dass mittlerweile „mehr als jede dritte befragte Geburtsklinik mindestens einmal eine Schwangere mit Wehen wegen Personal- oder Rummangels abweisen musste“. Hochgerechnet betraf dies bundesweit knapp 9.000 werdende Mütter, rund 1,1 Prozent aller Geburten im Jahr 2018 (Albrecht et al. 2019). All dies ist nicht nur weit entfernt von Wahlfreiheit, sondern auch von Versorgungskontinuität und kein Beitrag zu einer entspannten und vertrauensvollen Atmosphäre während der Geburt.

Das Konzept des Hebammenkreißaals (Sayn-Wittgenstein und Bauer 2007) bietet eine Möglichkeit der Erweiterung von Inhouse-Angeboten und ermöglicht die Wahl einer hebammengeleiteten Geburt in den Kliniken. Derzeit gibt es in Deutschland jedoch nur in 24 von 682 geburtshilflichen Abteilungen einen Hebammenkreißaal. England geht noch einen Schritt weiter: Die dort etablierten Midwifery Units sind eigenständig von Hebammen geleitete Einheiten mit eigenem Team und eigenen Räumlichkeiten innerhalb eines Krankenhauses (Walsh et al. 2018). Die Wahlfreiheit durch entsprechende Angebote zu ermöglichen, war in England ausdrückliches gesundheitspolitisches Ziel (NHS 2020). Die Nachfrage nach einer hebammengeleiteten, möglichst interventionsarmen Geburt wird in Deutschland deutlich unterschätzt. Wenn es solche Angebote

gibt, übersteigen die Anfragen nach kurzer Zeit das Angebot (Mitteilung Netzwerk Hebammenkreißaal des DHV). Die Nachfrage ist auch bei den Hebammen hoch: Auf freie Stellen im Hebammenkreißaal bewerben sich deutlich mehr Hebammen, weil der Arbeitsplatz als attraktiv angesehen wird und die Zufriedenheit dort hoch ist. Insofern können solche Angebote auch dem Ausstieg unzufriedener Hebammen aus dem Beruf und damit dem Hebammenmangel entgegenwirken (Ramsell und Jahn-Zöhrens 2020). Auch die Geburtshäuser müssen aus Kapazitätsgründen regelmäßig anfragende Frauen abweisen. Hierzu führt die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) derzeit eine Erhebung durch, um den Bedarf zu erfassen.

Frauen brauchen Information und Unterstützung bei der Entscheidungsfindung

Damit Frauen wählen können, brauchen sie zuverlässige und verständliche Informationen zu den in den Mutterschaftsrichtlinien empfohlenen Untersuchungen und zu IGeL-Leistungen, aber auch zu den verschiedenen Versorgungsoptionen (siehe dazu auch NGZ, Teilziel 1.2: „Evidenzbasierte Grundlagen zu Information, Beratung und Versorgung sind entwickelt und werden einheitlich in der Praxis eingesetzt“). Insbesondere zur Möglichkeit einer Schwangerenvorsorge bei der Hebamme oder einer Schwangerenvorsorge im Wechselmodell gibt es derzeit fast nur Informationen auf dem Wege der „Mund-zu-Mund-Propaganda“, und es kursieren viele Fehlinformationen (siehe oben). Dementsprechend wissen viele Frauen über die Hebammenversorgung nicht ausreichend Bescheid (Mattern et al. 2017). Insbesondere Migrantinnen finden sich im deutschen Gesundheitswesen oft nicht gut zurecht und brauchen verständliche Informationen in ihrer jeweiligen Muttersprache.

Auch die Wahl des Geburtsortes bedarf einer guten Entscheidungsgrundlage. Nicht jeder Geburtsort ist für jede Schwangere geeignet. Frauen sollten aber nicht durch einseitige Informationen zu bestimmten Entscheidungen gedrängt werden. Dies erfahren schwangere Frauen aber häufig, da ärztlicherseits beispielsweise eine außerklinische Geburt auch bei unauffälligem Schwangerschaftsverlauf oft gar nicht mehr für verantwortlich gehalten wird. Andere Länder, beispielsweise die Niederlande, England oder skandinavische Länder, zeigen jedoch, dass die außerklinische Geburtshilfe keine höheren

Risiken hat, wenn die Frauen im Vorfeld entsprechend beraten wurden (Jonge et al. 2013). Auch einseitige Information und Beratung schränken die Wahlfreiheit ein. Shared decision making ist eine anspruchsvolle kommunikative Aufgabe, die die Selbstreflektion der Beratenden hinsichtlich ihrer eigenen Ängste und Vorstellungen einschließt, um diese nicht auf die zu beratenden Frauen zu übertragen.

Als Beratungs- und Entscheidungsgrundlage braucht es sowohl für die Frauen als auch für die Beratenden professionell erstellte, zuverlässige und verständliche Informationen wie etwa Fact-Sheets und Entscheidungshilfen für geburtshilfliche Entscheidungssituationen. Deren Entwicklung ließe sich beispielsweise gut in den Rahmen der Leitlinien-erstellung oder -überarbeitung integrieren. Wiederholt wurde der Vorschlag gemacht, die Erstellung dieser Materialien direkt mit der Leitlinienentwicklung zu verknüpfen, denn zu diesem Zeitpunkt liegt die aktuelle Evidenz vor und kann effizient und direkt genutzt werden. Der Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. (AKF) hat am Beispiel „Brustkrebs“ die Entwicklung einer neuen Leitliniengeneration (S4-Leitlinie) vorgeschlagen, die standardmäßig die Identifikation von Entscheidungssituationen in die Leitlinienentwicklung einbezieht, inklusive der Bereitstellung von verständlichen Materialien zur Risiko-Nutzen-Abwägung für die Frauen (AKF 2015). Die geburtshilflichen Leitlinien sollten diesbezüglich genutzt und ergänzt werden. Die aktuell verfügbaren Informationen, wie beispielsweise die Krankenhausinformationsportale, Kreißsalführungen oder die Materialien der BZgA, sind nicht zielgerichtet genug auf die jeweiligen Entscheidungssituationen bezogen und liefern die notwendigen Informationen nicht in ausreichender Form.

Kulturwandel und Strukturwandel zusammen denken

Die aktuelle Diskussion um einen Strukturwandel und die Verbesserung von Rahmenbedingungen sollte in der Geburtshilfe dazu genutzt werden, um die Ziele des NGZ „Gesundheit rund um die Geburt“ umzusetzen. Wichtige Einflussfaktoren auf die Versorgungsqualität, die sich über die Veränderung der Rahmenbedingungen steuern lassen, sind beispielsweise die Zusammenarbeit der Berufsgruppen und der beteiligten

Institutionen, die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Versorgung, die Evaluation der Versorgungsqualität, die Schaffung und Sicherstellung adäquater Versorgungsangebote sowie die Finanzierung von Strukturen und Leistungen. Oberste Richtschnur muss bei allen Maßnahmen eine Versorgung sein, die die Frau und ihr Kind in den Mittelpunkt stellt.

Zusammenarbeit der Berufsgruppen und kooperative Versorgungsmodelle (Best Practice)

Alle Berufsgruppen, die an der Betreuung von Frauen in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett beteiligt sind, müssen reibungslos zusammenarbeiten (siehe dazu auch NGZ, Teilziel 1.7: „Die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine kontinuierliche Betreuung“). Besonders eng sind die Berührungspunkte und Zuständigkeitsüberschneidungen in der Schwangerschaftsvorsorge und bei der Geburtsbegleitung.

Damit in der Ausgestaltung der Versorgung und in der Zusammenarbeit die notwendige Augenhöhe zwischen Hebammen und Frauenärzt:innen hergestellt wird, ist die Beteiligung der Hebammen als feste Größe in allen politisch und wissenschaftlich relevanten Gremien, in denen geburtshilfliche Themen entschieden werden, wie beispielsweise im G-BA, bei der Leitlinienerstellung, in den Gremien der Qualitätssicherung wie denen des IQTIG notwendig. Darüber hinaus sollten die Angebote von berufsgruppenübergreifenden Aus- und Weiterbildungsmodulen, insbesondere zur physiologischen Geburt, ausgeweitet werden, um ein gegenseitiges Verständnis zu fördern. Auf die notwendige Änderung der Mutterschaftsrichtlinien zur Umsetzung einer Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Frauenärzt:innen auf Augenhöhe wurde bereits eingegangen.

Gute Kooperationsmodelle zeigen, was möglich ist. Beim 16. Kongress des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) 2021 hat die Hebamme Barbara Blomeier ihre seit über 20 Jahren bestehende interprofessionelle Kooperation zur Schwangerenvorsorge erläutert: Beim Erstkontakt mit der Schwangeren wird das Modell durch die Ärztin vorgestellt. Nach einem anfänglichen Doppeltermin (erst Hebamme, dann Ärztin) kann die Frau alle Vorsorgen im Wechsel (Hebamme/Ärztin) erhalten, wenn sie dies möchte.

Beide bieten darüber hinaus die jeweils berufsspezifischen Leistungen an. Jede Berufsgruppe arbeitet selbstständig, haftet für das, was sie tut, und rechnet die eigenen Leistungen ab. Doppeluntersuchungen finden nicht statt. Für eine reibungslose Zusammenarbeit sorgt die gegenseitige Einsicht in die Dokumentation, eine Terminvergabe über einen gemeinsamen elektronischen Terminkalender und Einsicht für beide Praxen in die Labordaten. Voraussetzung für ein gutes Funktionieren sind – so Barbara Blomeier – die Offenheit gegenüber der anderen Berufsgruppe, die Bereitschaft zu Kommunikation, Reflexion und gemeinsamer Entscheidungsfindung, das Vertrauen in die Professionalität der Kooperationspartner:in, gemeinsame Ziele, eine offene gegenseitige Information und Klarheit über Rechtsfragen und Finanzierung (Vortrag DHV-Kongress 2021). Ähnliche Modelle gibt es in Bremen, Dresden oder Wuppertal bereits seit den 1990er Jahren.

Auch innerhalb der Geburtskliniken und zwischen den verschiedenen Gebärdorten (beispielsweise im Geburtshaus) ist eine reibungslose Zusammenarbeit erforderlich. Insbesondere bei Notfällen ist ein optimales Schnittstellenmanagement unerlässlich. Kristin Seeland, Geschäftsführerin des Geburtshauses Wuppertal, beschreibt die Vorteile einer Kooperation, bei der das Geburtshaus auf dem Klinikgelände liegt und die Geburtshaushebammen einen Belegvertrag mit der Klinik haben: „Die kurzen Verlegungszeiten bestärken mehr Schwangere, ihr Kind auf natürlichem Weg zu gebären, und auch mehr Hebammen, außerklinisch geburtshilflich zu arbeiten. Die Klinik signalisiert damit, dass auch die außerklinische Geburt akzeptiert wird, die physiologische Geburt in Hebammenhand sicher ist und die Klinik im Background für pathologische Geburtsverläufe zur Verfügung steht. Die permanente Begegnung mit anderer geburtshilflicher Arbeit öffnet neue Wege zu fachlichem Austausch auf Augenhöhe. Die besondere Qualität zeigt sich in gemeinsamen Fortbildungen, in regelmäßigen Schnittstellenbesprechungen und der Nachbesprechung von Verlegungssituationen. Die Geburtshaushebammen sind in der Klinik eingearbeitet und betreuen die Frauen bei Verlegung weiter. Dies ist eine hohe Qualität im Sinne von Continuity of Care. Positiv sind die gestiegene Wertschätzung, die bessere Zusammenarbeit, die Chance der klinisch Tätigen, mehr von der außerklinischen Geburtshilfe mitzubekommen (Abbau von Vorurteilen), und der fachliche Diskurs mit mehr Perspektiven“ (Kristin Seeland, mündliche Mitteilung).

Evidenzbasierte Versorgung, Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität

Die derzeitige Versorgung rund um die Geburt zeichnet sich sowohl durch Unter- und Fehlversorgung als auch durch Überversorgung aus. Psychosoziale Aspekte und die Bedürfnisse, die sich aus der individuellen Lebenslage ergeben, kommen zu kurz, die Risikofokussierung führt zu unnötigen medizinischen Eingriffen. Grundlage einer evidenzbasierten Versorgung sind sowohl die Ergebnisse hochwertiger Studien als auch die Expertise geburtshilflicher Fachpersonen und der Einbezug der Wünsche und Präferenzen der Behandelten (Sackett et al. 1996). All dies fließt in Leitlinien und Expert:innenstandards ein. Neben dem „Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt“ (Büscher und Sayn-Wittgenstein 2015) und internationalen Leitlinien, wie beispielsweise den NICE-Guidelines, stehen seit Kurzem die aktuellen deutschen S3-Leitlinien „Vaginale Geburt am Termin“ (AWMF 2020b) und „Sectio caesarea“ (AWMF 2020a) zur Verfügung. Es können und sollen hier nicht die Inhalte der Leitlinien dargestellt werden. Wichtig ist jedoch, dass die S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt das ausdrückliche Ziel hat, nicht nur Orientierung für professionelles Handeln zu bieten, sondern auch „den Frauen eine der Situation angepasste, selbstbestimmte Geburt zu ermöglichen“. Für viele Maßnahmen, insbesondere zu den mittel- und langfristigen Folgen einzelner geburtshilflicher Prozeduren, steht die Schaffung einer fundierten Evidenzgrundlage noch aus, aber an wesentlichen Inhalten der Leitlinie kommt man nun nicht mehr vorbei. Beispielhaft sei erneut auf die 1-zu-1 Betreuung während der Geburt verwiesen oder die Tatsache, dass eine Bewegungseinschränkung der Frau während der Geburt durch eine durchgehende CTG-Überwachung ohne Grund nicht mehr zu rechtfertigen ist. Die vorhandene Evidenz weist eindeutig in Richtung Entpathologisierung, Ressourcenorientierung und Förderung der physiologischen Geburt. Die Leitlinie erteilt somit „tradierten Glaubenssätzen“ eine klare Absage.

Für die Überprüfung, ob die Umsetzung einer evidenzbasierten und qualitativ guten Versorgung in der Praxis auch erfolgt, ist die Qualitätssicherung (QS) zuständig. In Deutschland ist die QS im Gesundheitswesen gesetzlich verpflichtend und im SGB V geregelt. Das IQTIG ist nach Beauftragung durch den G-BA für die Entwicklung zielführender Messinstrumente für die Qualitätsdarlegung zuständig und hat dafür ein

Rahmenkonzept für Qualität erarbeitet. Dort werden als übergeordnete Qualitätsdimension „Wirksamkeit“, „Patientensicherheit“, „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“, „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“, „Angemessenheit“ sowie „Koordination und Kontinuität“ benannt (IQTIG 2019). Diese Aspekte korrespondieren gut mit den Forderungen nach einer frauenzentrierten Versorgung, wie sie hier dargelegt wurden. Wenn Frauen evidenzbasiertes Vorgehen („Wirksamkeit“), Berücksichtigung ihrer individuellen Lebensumstände, Wahlfreiheit und verständliche Informationen („Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen“), Zugang zur Hebamme („Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“), Unterlassen von Pathologisierung und unnötigen Interventionen („Angemessenheit“) und gute Zusammenarbeit der Berufsgruppen („Koordination und Kontinuität“) fordern, dann handelt es sich also nicht um übertriebene Ansprüche, sondern um das, was man von guter Versorgung erwarten kann.

Es wäre also selbstverständlich, dass die QS ihrer Aufgabe nachkommt und ähnlich wie in England („Better Births: Improving outcomes of maternity services in England“ [NHS 2016]) einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität in der Geburtshilfe hin zu einer frauenzentrierten Versorgung leistet. Soweit die Theorie. In der Praxis gibt es zwar seit 2001 ein bundeseinheitlich etabliertes QS-Verfahren zur Geburtshilfe. Dieses erhebt aber auch nach Übernahme des Verfahrens durch das IQTIG im Jahre 2015 weiterhin nur kleinteilige Qualitätsdaten zu einigen Ergebnis- und Prozessparametern, und diese teilweise ohne zielführende Referenzbereiche (Kaiserschnitttrate). Der erhoffte Innovationsschub blieb aus, kreative Impulse sind nicht erkennbar, die vom IQTIG selbst definierten Qualitätsdimensionen werden nicht abgebildet. Somit tragen diese Qualitätsdaten weiterhin kaum zu Transparenz und besserer Information für die betroffenen Frauen und nicht zu einer Weiterentwicklung der Versorgungsqualität bei.

G-BA und IQTIG sind aufgerufen, das enge Korsett langjährig etablierter Verfahrenswesen zu verlassen. Die Inhalte des NGZ „Gesundheit rund um die Geburt“ und deren Umsetzung müssen in die gesetzlich verpflichtende QS einfließen. Die Qualitätssicherungsverfahren zur Perinatalmedizin sind unter Beteiligung aller Berufsgruppen und der Betroffenen grundlegend zu überarbeiten, einschließlich der Etablierung von Befragungen der Betroffenen (Patient reported Outcome Measures, PROMS).

Differenzierte Angebote schaffen

Die Verlagerung von Geburten in größere Kliniken ist bereits im Gange. Zahlreiche kleinere geburtshilfliche Abteilungen wurden in den letzten Jahren aus Effizienzgründen geschlossen. Gerade in der Geburtshilfe ist jedoch eine besonders differenzierte Betrachtung angebracht. Es müssen die Notwendigkeit, ein Angebot zur Verfügung zu stellen, das die Wahlfreiheit der Frauen ermöglicht, und die Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität berücksichtigt werden. Die eingeschränkte Planbarkeit der physiologischen Geburt ist eine für diesen Leistungsbereich spezifische Herausforderung. Für eine Versorgungsplanung, die die Frau in den Mittelpunkt stellt, ist die Akzeptanz dieser Planungsunsicherheit unerlässlich. Dies bedeutet besondere Anforderungen an das Vorhalten von Personal und Räumen sowie deren Erreichbarkeit und Finanzierung.

Wenn man berücksichtigt, dass die meisten Frauen und ihre Kinder gesund sind und keine medizinischen Interventionen brauchen, dann bedarf es einer gründlichen Analyse der jeweiligen Gegebenheiten, bevor geburtshilfliche Abteilungen geschlossen werden. Es erscheint – insbesondere im Hinblick auf die Erreichbarkeit – nicht angemessen, im ganzen Land nur noch Geburtskliniken mit hohen Fallzahlen anzustreben. Mindestmengen für die Begleitung physiologischer Geburten sind nur personenbezogen zielführend. Auf Einrichtungs- oder Abteilungsebene führen sie die außerklinische Geburtshilfe ad absurdum und auch die Wahlfreiheit der Frauen. Es kommt auf die Erfahrung der begleitenden Hebamme beziehungsweise der ärztlichen Geburtshelfer:in an. Personenbezogene Mindestmengen sollten daher für beide geburtshilflichen Berufsgruppen, die Hebammen und die Ärzt:innen, gelten. Aktuell gilt die Vorgabe, dass für jede Frau innerhalb von 40 Minuten eine geburtshilfliche Abteilung erreichbar sein muss. Kleine Kliniken können die Grundversorgung vergleichbar zur Inneren Medizin und der Chirurgie in einem angemessenen Umfang sicherstellen, wenn sie selektiv Frauen mit niedrigem Risiko betreuen. Unter Einhaltung der entsprechenden Qualitätsanforderungen an die Beratung und Begleitung können gesunde Frauen mit unkompliziertem Schwangerschaftsverlauf ihr Kind dort bekommen, wo sie leben, sofern sie dies möchten.

In den meisten geburtshilflichen Einrichtungen fehlt ein binnendifferenziertes Angebot, das auch eine hebammengeleitete Geburtsbetreuung umfasst. Damit ist gemeint,

„in der Klinik hebammengeleitete Geburtshilfe in verschiedener Form anzubieten und nicht nur eine Abteilung der Maximalversorgung, die bei Bedarf minimaler versorgt“ (Ramsell und Jahn-Zöhrens 2020). Es braucht daher einen Ausbau der Hebammenkreißsäle beziehungsweise ähnliche Strukturen wie die Midwifery Units in England (EMA 2020). Darüber hinaus müssen adäquate Lösungen für die Zeit vor der aktiven Geburtsphase (Latenzphase) geschaffen werden, gerade wenn längere Anfahrtswege in Kauf genommen werden sollen. Schwangere suchen immer früher Unterstützung in der Klinik. Erhebungen zur Muttermundöffnung zeigen, dass bei mehr als der Hälfte der Frauen der Muttermund bei der Ankunft in der Klinik kaum geöffnet war (IQTiG 2020). Die Kliniken sind aber meist weder personell noch räumlich darauf ausgerichtet, dass die Schwangeren die besonders sensible Latenzphase vor der Geburt in angenehmer Atmosphäre ohne Zeitdruck verbringen können. Eine zu frühe Aufnahme in den Kreißsaal hat negative Auswirkungen auf den Geburtsverlauf. Es kommt dann häufiger zu einer protrahierten Eröffnungsperiode, zum Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode und zu einer sekundären Wehenschwäche (Krahl et al. 2016) und in der Folge zu einem Kaiserschnitt.

Wenn ineffiziente Abteilungen mit unzureichender Versorgungsqualität geschlossen werden, sollten Nachnutzungskonzepte für die Versorgung von Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt vorliegen. Dies kann Versorgungslücken schließen, einen Wandel hin zu mehr Versorgungskontinuität befördern und die Akzeptanz für einen Strukturwandel erhöhen. Es wäre vorstellbar, Medizinische Zentren, auch hebammengeleitet, mit Beratungsmöglichkeiten zum gesamten Themenspektrum der reproduktiven Phase (Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Kinderwunsch, Schwangerschaftsbetreuung, frühe Hilfen, außerklinische Geburten, Wochenbettbetreuung etc.) einzurichten, die eine kontinuierliche multiprofessionelle Versorgung vor Ort ermöglichen. Eine Zusammenarbeit mit spezialisierten Einrichtungen ist dabei sicherzustellen. Für kompliziertere Fälle sind Spezialisierung und besondere Erfahrung in diesen Bereichen erforderlich und nur in größeren Einheiten erreichbar. Mindestmengen für die physiologische Geburt aus Beckenendlagen oder Mehrlingsgeburten, einrichtungs- und personenbezogen, sind hier denkbar.

Versorgungsauftrag für Hebammen

Die Akademisierung des Hebammenberufs passt nicht nur die Ausbildungsmodalitäten an europäische Standards an, sondern hat auch Auswirkungen auf die Rolle und das Selbstverständnis der Hebammen im Versorgungssystem. Der Berufsstand definiert sich gerade neu. Dieser Prozess sollte genutzt werden, um eine klare Positionierung im Gefüge der Berufsgruppen vorzunehmen und die Aufgabenverteilungen zu definieren. Dies sollte nicht nur auf der Ebene der individuellen Zusammenarbeit, sondern auch auf der Ebene der Sicherstellung der Versorgung geschehen. Anders als in der ärztlichen Versorgung gibt es für die Hebammen bisher keinen Sicherstellungsauftrag. Im Gegensatz zur gynäkologischen Versorgung ist die genaue Anzahl an Hebammen, und vor allem, in welchem Umfang sie welche Leistungen erbringen, für Deutschland nicht verfügbar. Zahlen dazu wären aber dringend erforderlich, um den erwiesenermaßen schlechten Zugang zur Hebammenversorgung verbessern zu können. Auch für die Umsetzung bestimmter Betreuungsschlüssel muss klar sein, wie viele Hebammen dafür aktuell und zukünftig gebraucht werden und wie viele in welchem Umfang zur Verfügung stehen. Die Hebammen sind derzeit nicht verpflichtet, einen bestimmten Leistungsumfang zu erbringen, sie können sich die Art, die Menge, den Zeitpunkt und den Ort ihrer Leistungserbringung völlig frei aussuchen. Eine zuverlässige Versorgungsplanung ist auf dieser Grundlage nicht möglich. Wenn Augenhöhe zur ärztlichen Versorgung angestrebt wird, beispielsweise in der Schwangerenversorgung, dann müssen zukünftig Organisationsformen gefunden werden, die eine planbare und in Art und Umfang verlässliche Leistungserbringung sicherstellen.

Keine finanziellen Fehlanreize

Die Leistungserbringung folgt der Finanzierung. Der Satz „You get what you pay for“ ist nicht mit „Gute Qualität kostet eben mehr“ zu übersetzen, sondern gilt in mehrere Richtungen: Auch ein schädliches „Zuviel“ wird häufiger erbracht, wenn es sich für die Anbieter finanziell lohnt. Die Vergütung geburtshilflicher Leistungen darf keine finanziellen Fehlanreize setzen. Aktuell wird ein Kaiserschnitt mit etwa 3.000 Euro vergütet, wohingegen eine „normale“ Geburt nur etwa 2.000 Euro erbringt. Dies setzt einen Anreiz, eine langwierige vaginale Geburt mit einem Kaiserschnitt zu beenden, weil je nach Personal und Platz die Geduld fehlt, die Frau im physiologischen Geburtsverlauf

zu begleiten und zu ermutigen. Grauzonen in der Indikationsstellung kippen dann leicht in eine bestimmte Richtung. Um solche Fehlanreize, die seit Langem bekannt sind, zu entschärfen, wird als ein erster Schritt gefordert, den Geburtsmodus aus dem Fallpauschalensystem zu entfernen (DÄB 2020; Osterloh 2020), also für eine physiologische Geburt genauso viel zu bezahlen wie für einen Kaiserschnitt. Denkbar wären aufgrund der deutlich schlechteren Planbarkeit der physiologischen Geburt und der damit verbundenen Vorhaltekosten sowie als Anreiz, die Geduld für physiologische Geburten aufzubringen, auch eine höhere Vergütung der physiologischen Geburt oder fallzahlunabhängige Finanzierungsmodelle, beispielsweise bevölkerungsbezogene, regionale Budgets.

Fehlanreize entstehen auch durch Unklarheiten in den Vergütungsmodalitäten. Wie dargestellt, bestehen diese bei der ärztlichen Abrechnungspauschale der Schwangerenversorgung. Hier ist, wie bereits dargelegt, eine Klarstellung im EBM-Katalog erforderlich.

Ein Nationaler Geburtshilfegipfel als staatliche Aufgabe

Die Problemlagen der geburtshilflichen Versorgung werden in den letzten Jahren zunehmend öffentlich diskutiert – auch weil Eltern- und Frauengruppen, zahlreiche Runde Tische, Bündnisse für die physiologische Geburt und andere Netzwerke auf kommunaler Ebene und Länderebene die großen Defizite anprangern und ein Umdenken einfordern. Auch das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ hat die Problematik dargestellt und Ziele formuliert.

Was bisher jedoch fehlt, ist eine nationale Strategie, die den notwendigen Kulturwandel koordiniert und zur Umsetzung bringt. Der AKF, der Deutsche Hebammenverband (DHV), die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die Gesellschaft für Geburtsvorbereitung, der Berufsverband für freiberufliche Hebammen, die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften, „Wir von Anfang an“ und die Erzähl-Café-Aktion fordern daher in einem gemeinsamen Strategiepapier einen Nationalen Geburtshilfegipfel (AKF 2021). Auch der Deutsche Frauenrat unterstützt in seinen Beschlüssen 2021 ausdrücklich die Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels und einen Nationalen Geburtshilfegipfel (DF 2021).

Was ist mit einem Nationalen Geburtshilfegipfel gemeint? Zunächst beinhaltet er die Forderung, dass die Gestaltung der Geburtskultur als staatliche Aufgabe begriffen werden muss und nicht nur als Verhandlungsgegenstand von Kostenträgern und Leistungserbringern. Der Staat ist somit aufgefordert, seine Gestaltungs- und Koordinationsmöglichkeiten ins Spiel zu bringen für eine nationale Strategieentwicklung über alle betroffenen Ministerien (BMG, BMFSFJ, BMBF etc.) und alle Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) hinweg, ähnlich wie bei der Nationalen Stillstrategie (BMG, BMFSFJ, BMEL 2020).

Der Geburtshilfegipfel ist also keine Eintagsfliege, sondern ein Prozess, der aus dem Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ konkrete Versorgungsziele, also Struktur-, Prozess- und Ergebnisziele ableitet und die zur Erreichung dieser Ziele notwendige umfassende Anpassung der Rahmenbedingungen systematisch umsetzt.

„Geburt geht uns alle an. Wie der Tod betrifft sie ausnahmslos jeden Menschen. Die Bedingungen, die eine Schwangerschaft und Geburt begleiten, prägen unser Leben. Geburtskultur ist die Art und Weise, wie der Start ins Leben von einer Gesellschaft gestaltet wird und welche Rahmenbedingungen sie dafür schafft“ (FMH 2020).

Beim Kongress des Deutschen Hebammenverbands im Mai 2021 haben die anwesenden Gesundheitspolitiker:innen von CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN und FDP zugesagt, die Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ nach der Bundestagswahl zu befördern und gegebenenfalls in den Koalitionsvertrag aufzunehmen. Das lässt hoffen.

Literatur

- ACOG (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG Committee Opinion No. 766. In: *Obstet Gynecol*, 133 (2).
- AKF (2015). Patientinnenorientiert, evidenzbasiert, modular und digital: Frauengesundheitsnetzwerke fordern S4-Leitlinien für bessere Entscheidungsfindung in der Brustkrebsversorgung: Offener Brief an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.
- AKF (2021). Zeit für einen Nationalen Geburtshilfegipfel! Strategiepapier des Runden Tisches Elternwerden. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.
- Albrecht, M., Bock, H., Heiden, I. an der, Loos, S., Sander, M. und Temizdemir, E. (2019). Stationäre Hebammenversorgung. Berlin.
- AQUA (2010). Bundesauswertung 2009 16/1 Geburtshilfe.
- AWMF (2020a). S3-Leitlinie Sectio caesarea.
- AWMF (2020b). S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin.
- Bauer, N., Villmaer, A., Peters, M. und Schäfers, R. (2020). HebAB.NRW – Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen. Hochschule für Gesundheit Bochum.
- Bauer, N., Blum, K., Löffert, S. und Luksch, K. (2019). Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen für das Hessische Ministerium für Soziales und Integration.
- Baumgärtner, B. und Stahl, K. (2005). Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risiko-orientierung in der ärztlichen Schwangerenvorsorge? Bücher für Hebammen Band 3.
- BMG (2017). Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt.
- BMG, BMFSFJ, BMEL (2020). Die nationale Strategie zur Stillförderung.
- BMJ (2020). Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG).
- The British Institute of Human Rights. Midwifery and Human Rights. A practitioners' Guide: Supporting Women's Choices on Place of Birth.
- Büscher, A. und Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2015). Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt: Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück.
- BVF (2015). Gemeinsame Schwangerenvorsorge durch Frauenärzte und Hebammen – Informationen zur Abrechnung. Newsletter Nr. 11.

- DÄB (2020). Der Geburtsmodus muss aus dem DRG-System gestrichen werden: Fünf Fragen an Frank Louwen, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Dtsch Ärztebl, Ausgabe vom 10. Februar 2020.
- Destatis (2020). Krankenhausentbindungen in Deutschland.
- Deutscher Bundestag (2019). Sachstand zum Betreuungsschlüssel von Hebammen in der klinischen Geburtshilfe: WD 9–3000–039/19.
- DF (2021). Beschlüsse des Deutschen Frauenrats 2021: Beschluss 21: Kulturwandel in der Geburtshilfe; Beschluss 22: Prävention von Gewalt in der Geburtshilfe.
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M. und Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. In: PloS one, 13 (4). e0194906.
- Duden, B. (1998). Die Ungeborenen. Vom Untergang der Geburt im späten 20. Jahrhundert. In: Rituale der Geburt – Eine Kulturgeschichte, Bd. 1280. S. 149–167.
- EMA (2020). Midwifery Unit Standards: Version 4. European Midwives Association.
- FMH – Frauenmuseum Hittisau (2020). 20 Jahre Frauenmuseum Hittisau Jubiläumsausstellung: geburtskultur. vom gebären und geboren werden. <https://www.frauenmuseum.at/geburtskultur> (Download am 30. August 2021).
- G-BA (2020). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung: Mutterschaftsrichtlinien.
- Hauffe, U. (2020). Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“: Eine Sensation in vielerlei Hinsicht. In: Gyne 5.
- HEbBO NRW (2017). Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger, Gesetz- und Verordnungsblatt (GV.NRW), Heftnummer 22, S. 595–636.
- Hertle, D., Wende, D. und Schmitt, N. (2021). Schwangerschaftsvorsorge im Spannungsfeld der Berufsgruppen. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 75 (2). S. 60–63.
- Hoffmann, L. und Banse, R. (2021). Psychological aspects of childbirth: Evidence for a birth related mindset. In: European Journal of Social Psychology, 51 (1). S. 124–151.
- Hoope-Bender, P. ten, Bernis, L. de, Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., Homer, C. S. E., Kennedy, H. P., Matthews, Z., McFadden, A., Renfrew, M. J. und Lerbeghe, W. van (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. In: The Lancet, 384 (9949). S. 1226–1235.

- IGES (2020). Gutachten zur Hebammenversorgung. In: Die Hebamme, 33 (02). S. 6–8.
- IQTIG (2018). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 Geburtshilfe. Berlin.
- IQTIG (2019). Methodische Grundlagen v1.1. Berlin.
- IQTIG (2020). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019 Geburtshilfe. Berlin.
- Jonge, A. de, Mesman, J. A. J. M., Manniën, J., Zwart, J. J., Dillen, J. van und Roosmalen, J. van (2013). Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. In: BMJ (Clinical research ed.). 346. f3263.
- Krahl, A., Schnepf, W. und Sayn-Wittgenstein, F. zu (2016). Die Bedeutung der Latenzphase der Geburt – eine historische Analyse. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 220 (4). S. 155–165.
- Lenzen, D. (1993). Krankheit als Erfindung: Medizinische Eingriffe in die Kultur (5. Auflage). Band 10559. Frankfurt.
- Loytved, C. (2011). Bauet mehr Wöchnerinnenasyle. In: Hebammenforum, 8.
- Lüdemann, K. (2015). Sinn und Unsinn von Untersuchungen in der Schwangerenvorsorge. In: Die Hebamme (28). S. 84–89.
- Lütje, W., Krause, M. und Schwarz, C. (2014). US-amerikanische Empfehlungen zur Senkung der Kaiserschnitttrate. In: Die Hebamme, 27 (03). S. 208–212.
- Mattern, E., Lohmann, S. und Ayerle, G. M. (2017). Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. In: BMC pregnancy and childbirth, 17 (1). S. 389.
- McRae, D. N., Janssen, P. A., Vedam, S., Mayhew, M., Mpofu, D., Teucher, U. und Muhajarine, N. (2018). Reduced prevalence of small-for-gestational-age and preterm birth for women of low socioeconomic position: a population-based cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care. In: BMJ open, 8 (10). e022220.
- Mühlhauser, I. (2017). Unsinn Vorsorgemedizin: Wem sie nützt, wann sie schadet, Bd. 63255. Hamburg.
- Mundlos, C. (2015). Gewalt unter der Geburt: Der alltägliche Skandal. Baden-Baden.
- NHS (2016). Better Births. Improving outcomes of maternity services in England: A Five Year Forward View for maternity care.
- NHS (2020). The Maternity Transformation Programme: Better Births Four Years On: A review of progress.

- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A. und Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. In: *Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 25 (3). S. 114–121.
- Osterloh, F. (2020). Geburtshilfe: Die Fallsteuerungen beheben. In: *Deutsches Ärzteblatt Int.* 2020, 117. S. 465–471.
- Phelan, J. C., Link, B. G. und Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. In: *Journal of health and social behavior*, 51 Suppl. S. 28–40.
- Ramsell, A. und Jahn-Zöhrens, U. (2020). Die Zukunft beginnt jetzt: Zukünftige Modelle der Hebammenversorgung. In: *Deutsche Hebammenzeitschrift* (7).
- Rath, W., Gembruch, U., Schmidt, S., Martius, G. et al. (Hrsg.). (2010). *Geburtshilfe und Perinatalmedizin*. Stuttgart.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. und Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. In: *The Lancet*, 384 (9948). S. 1129–1145.
- Rosa, H. (2020). *Unverfügbarkeit*. Frankfurt und Berlin.
- Rupp, F. (2018). *Subjektive Erfahrung der Geburt von Müttern in West- und Ost-Berlin vor (1950–1989) und nach (1990–2015) der Wiedervereinigung: Dissertation*. Medizinische Fakultät der Charité Berlin.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J. et al. (1997). Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 139(44). S. 644–645.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. und Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 4, CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu, Krahl, A., Knape, N. und Schepp, W. (2019). Die Effektivität der Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 217 (05). S. 161–172.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu und Bauer, N. (Hrsg.) (2007). *Handbuch Hebammenkreißaal: Von der Idee zur Umsetzung*. Verb. Hebammenforschung.

- Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland; Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit (1. Auflage).
- Schild, R. L. und Schling, S. (2009). Evidenzlage des Anamnesekatalogs im deutschen Mutterpass. In: *Der Gynäkologe*, 42 (2). S. 87–92.
- Schindele, E. (1995). Schwangerschaft zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko. Hamburg.
- Schindele, E. (2017). Der beste Weg ins Leben? Die Geburtsmedizin braucht neue Antworten – Deutschlandfunk 2017.
- Schreiber, M. (1980). Unendliches Vergnügen, unendlicher Schmerz. In: *Der Spiegel* (31/1980).
- Selow, M. (2015). Praktisch keine freie Wahl. In: *DHZ 7/2015 und DHZ 8/2015* (7 und 8).
- Simoës, E. und Kunz, S. K. (2011). Der leise Confounder – Armut macht krank: Gesundheitliche Ungleichheit in der geburtshilflichen Versorgung. In: *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 2011 (46). S. 629–635.
- Walsh, D., Spiby, H., Grigg, C. P., Dodwell, M., McCourt, C., Culley, L., Bishop, S., Wilkinson, J., Coleby, D., Pacanowski, L., Thornton, J. und Byers, S. (2018). Mapping midwifery and obstetric units in England. In: *Midwifery*, 56. S. 9–16.
- Watzlawick, P., Freese, I. und Henschen, H. (Hrsg.). (1995). Die erfundene Wirklichkeit: Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus (9. Auflage), Band 373. München.