



**Positionspapier**  
**des Deutschen Hebammenverbandes e. V.**  
**zur Zentralisierung der Versorgung mit stationärer Geburtshilfe im**  
**Rahmen der Krankenhausreform**

Berlin, den 19.01.2023

**Deutscher**  
**Hebammenverband e. V.**  
**Lietzenburger Straße 53**  
**10719 Berlin**

T.+49 (0) 30 3940 677 0

[info@hebammenverband.de](mailto:info@hebammenverband.de)

[www.hebammenverband.de](http://www.hebammenverband.de)

**Zentralisierung der Geburtshilfe:** Seit Jahren verschärft sich der Trend, dass sowohl in Metropolen als auch im ländlichen Raum immer mehr Geburtsstationen schließen und dadurch immer weniger Kliniken die gleiche Anzahl Geburten betreuen. Bislang wurde diese Entwicklung politisch befördert, um sowohl Kosten zu sparen, als auch eine flächendeckende Grundversorgung in kleineren Kliniken zugunsten umfassenderer Versorgungsleistungen in Krankenhäusern der Versorgungsstufen (alt) 1 oder 2 (Maximalversorgern) abzubauen. Dies hat den Effekt, dass in ländlichen Räumen die Anfahrtszeiten zum nächsten Kreißaal immer länger werden und gleichzeitig die Aus- und Überlastung der verbliebenen Krankenhäuser stetig zunimmt. Auch in Metropolregionen ist es mittlerweile keine Seltenheit mehr, dass Kreißäle aufgrund von Überlastung vorübergehend abgemeldet oder sogar für längere Zeiträume geschlossen werden.

Der Deutsche Hebammenverband sieht diese Entwicklung sehr kritisch, da die negativen Folgen für die Versorgungssicherheit von Mutter und Kind erheblich sind. Nicht nur widerspricht die starke Zentralisierung dem gesetzlich geregelten Grundsatz, dass Frauen den Geburtsort frei wählen können müssen. Ebenso führt die hohe Belastung der verbliebenen Kliniken dazu, dass Fachkräfte aufgrund der Überlastung die Tätigkeit in der klinischen Geburtshilfe einstellen oder sogar den Beruf komplett niederlegen. In der Praxis ist zudem immer häufiger zu beobachten, dass auch schwangere Frauen mit hohen Risikofaktoren wie Frühgeburtlichkeit o.ä. von großen Kliniken mit Maximalversorgungsstufe abgewiesen und an kleinere Häuser verwiesen werden müssen. Dies dürfte nicht passieren, ist aber gerade in Metropolregionen zu oft Realität.

Durch den resultierenden Personalmangel in den verbleibenden geburtshilflichen Abteilungen und die zu langen Anfahrtswege ist die Versorgungssicherheit von Frau und Kind massiv bedroht. Die Zentralisierung der klinischen Geburtshilfe war in den vergangenen Jahren kein gesteuerter Prozess, da häufig nicht die Versorgungslage, sondern die Wirtschaftlichkeit ausschlaggebender Faktor der Schließung einzelner Stationen ist.

Die aktuellen Empfehlungen der Regierungskommission zur Krankenhausreform stellen die Notwendigkeit heraus, eine bessere und passgenaue Versorgung mit Gesundheitsleistungen flächendeckend wiederherzustellen - und dabei auch den ambulanten Sektor systematisch mit einzubeziehen. Diese umfassende Krankenhausreform bedingt, dass auch die Frage der flächendeckenden geburtshilflichen Versorgung und die Wiederherstellung der Versorgungssicherheit neu betrachtet werden muss. Bei der Umstellung von Versorgungsstufen auf die neuen Level ist zu bedenken, dass die Geburtshilfe einen Sonderfall im Gesundheitswesen darstellt. Eine Geburt ist ein natürlicher - wenn auch betreuungsintensiver - Prozess, meist gesunder Menschen und keine Krankheit oder Verletzung. Dabei ist eine schnelle Erreichbarkeit professioneller Hilfe vor Ort essentiell, verbunden mit einem belastbaren Verlegungs- und Notfallkonzept, falls es zu Komplikationen kommen sollte.

Der DHV empfiehlt daher dringend, bei der anstehenden Reform des Gesundheitswesens und der Frage der Versorgung mit Geburtshilfe nicht nur die klinische Versorgung ab Level 2 (neu) zu betrachten, sondern auch die hebammengeleitete Geburtshilfe in Level In und Level Ii sowie die ambulante außerklinische Versorgung einzubeziehen, um den negativen Effekten der ungesteuerten Zentralisierung entgegenzuwirken. Wir begrüßen die Empfehlung der Kommission, die sektorenunabhängige und ggf. auch sektorenübergreifende Regelversorgung auszubauen und sehen die Geburtshilfe als einen wichtigen Teil dieser Regel- oder auch Grundversorgung.

**Hinweis:** Im Dokument verwenden wir die Definitionen der 3. Stellungnahme der Regierungskommission zu Versorgungsleveln von Kliniken (1-3) anstelle der bisher geltenden Versorgungsstufen.

Der DHV fordert:

1. Gute geburtshilfliche Versorgung muss flächendeckend rund um die Uhr schnell erreichbar sein. Dies setzt eine wohnortnahe Grundversorgung über Level 1 Kliniken und außerklinische Angebote voraus, ergänzt durch ein Netz von Kliniken mit pädiatrischer und intensivmedizinischer Versorgung (neu Level 2 -3). Der weitere Abbau von Kapazitäten in der klinischen Geburtshilfe ist zu verhindern. Lücken sind zu schließen.
2. Das Recht der Frau auf die freie Wahl des Geburtsortes muss gewährleistet sein. Daher sind bei der Sicherstellung der Grundversorgung neben Kliniken auch qualitätsgesicherte Hebammengeleitete Einrichtungen wie Geburtshäuser oder Hausgeburtshilfe mit zu berücksichtigen.
3. Die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit zur geburtshilflichen Versorgung muss flächendeckend durch Bund und Länder geplant und gewährleistet werden. Dazu sind demografische Berechnungen zu Geburtenzahlen und Hebammenbedarf notwendig, um die bedarfsgerechte Versorgung langfristig zu planen. Dabei ist die kontinuierliche Einbeziehung der in der Geburtshilfe tätigen Professionen in die Planung der geburtshilflichen Versorgung der Bevölkerung sowohl auf der Bundes- als auch auf der Landesebene notwendig.
4. Die flächendeckende Versorgung setzt ein belastbares Verlegungskonzept für Risiko- und Notfälle voraus. Dafür muss die Geburtshilfe in die Grund- und Regelversorgung der Krankenhausplanung aufgenommen und die maximale Wegezeit zur nächsten geburtshilflichen und pädiatrischen Versorgung (neu: Kliniken Level 2 und Level 3) auf 30 Minuten angepasst werden.
5. Für die klinische Geburtshilfe sind Mindestmengen von Geburten kein sinnvolles Qualitätskriterium. Regelmäßige Notfallschulungen und kurze Verlegezeiten zu Level 2 und 3 Kliniken mit pädiatrischer und intensivmedizinischer Betreuung sind geeignete Instrumente, die Maximalversorger von betreuungsintensiven, aber interventionsarmen natürlichen Geburtsverläufe zu entlasten.
6. Die Vorhaltekosten für die Geburtshilfe müssen unabhängig von der Größe der geburtshilflichen Klinik vollumfänglich erstattet werden. Ein neues, leistungsbezogenes Finanzierungssystem muss so ausgestaltet werden, dass eine Steuerungswirkung hin zur Förderung der Physiologie bewirkt wird und die Kostendeckung aller Leistungen der Geburtshilfe erfolgt. Wenn zur Sicherung der Versorgungssicherheit qualitätsgesicherte außerklinische Einrichtungen in die Versorgungsplanung eingerechnet werden, müssen sie analog zur klinischen Geburtshilfe auskömmlich finanziert werden.
7. Die Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ und der S3 Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ muss bundeslandübergreifend vorangetrieben werden. Dafür muss insbesondere die physiologische Geburt gefördert und bei der Planung der flächendeckenden Versorgung mit Geburtshilfe priorisiert werden.

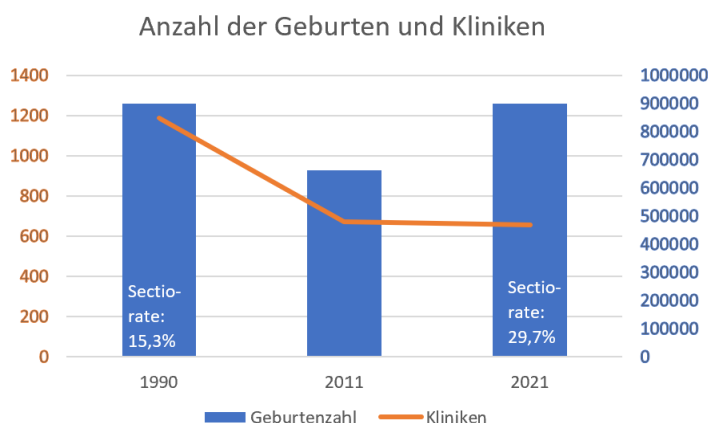
## Hintergrund:

Der DHV setzt sich für eine hochwertige flächendeckende frauenzentrierte Geburtshilfe mit vielfältiger Versorgungsstruktur ein. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind physiologische Vorgänge. Vor diesem Hintergrund müssen gesunde Schwangere grundsätzlich Zugang zu einer möglichst interventionsfreien Geburtshilfe erfahren. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass eine Geburt natürlich verläuft. Erst wenn ein Risiko bei der Schwangeren festgestellt ist, bedarf es einer geburtshilflichen Versorgung in einer spezialisierten Klinik oder Abteilung. Die Interventionsrate bei Geburten ist in Deutschland im europäischen Vergleich seit Jahren auf sehr hohem Niveau, was zum Teil durch Fehlanreize in der Krankenhausfinanzierung zu erklären ist.

Frauen haben ein gesetzlich geregeltes Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes (§24f SGB V). Durch die Debatte um Spezialisierung und Standortreduzierungen stationärer Geburtshilfeeinrichtungen tritt dieses Recht zu oft in den Hintergrund. Ein weiteres Problem ist der Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen, welcher auch geburtshilfliche Fachärzt\*innen und Hebammen betrifft.

Um diesen Rechtsanspruch auf Versorgung mit spezifischen Gesundheitsleistungen garantieren zu können, müssen geburtshilfliche Gesundheitsleistungen wohnortnah erreichbar sein. Den Bedarfen der Frauen und ihren Familien muss durch einen sinnvollen Mix von qualitätsgesicherten ambulanten und klinischen Angeboten entsprochen werden. Dabei müssen sowohl die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit gewährleistet sein als auch die Kriterien der Effektivität und Effizienz erfüllt werden. Die hebammengeleitete Geburtshilfe in *Level II* oder *Level III* Häusern sowie die außerklinische Geburtshilfe sind valide Optionen für die Sicherung einer flächendeckenden Basisversorgung, die durch eine verbesserte interdisziplinäre Vernetzung und ein durchdachtes Verlegungskonzept zu spezialisierten Kliniken mit Maximalversorgungsstruktur flankiert werden muss. Ebenso sind kleine Kliniken mit Grundversorgungsauftrag (Neu: Level 1) sehr gut in der Lage, ein wohnortnahes Angebot qualitativ hochwertiger Geburtshilfe zu leisten, wenn es ein gutes Verlegungs- und Notfallkonzept zu Maximalversorgern gibt.

## Geburtenentwicklung und die Entwicklung der Anzahl Standorte stationärer Versorgung mit Geburtshilfe-Leistungen



Seit dreißig Jahren geht die Zahl der geburtshilflichen Stationen in Deutschland kontinuierlich zurück, wobei es regional starke Unterschiede bei der Versorgungsdichte und Qualität gibt. Während die Geburtenzahlen nach einem Tief in den 2010er Jahren wieder gestiegen sind und 2020 fast das Niveau von 1990 erreicht haben, wurde die Zahl der geburtshilflichen Abteilungen um gut 40% verringert. Gab es 1991 noch 1186 Krankenhäuser mit Geburtshilfe,

Quelle: Eigendarstellung, Daten Statistisches Bundesamt, Stand August 2022

<sup>1</sup> Definition nach der 3. Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, S. 11 ff, vgl.: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausesreform/3te\\_Stellungnahme\\_Regierungskommission\\_Grundlegende\\_Reform\\_KH-Verguetung\\_6\\_Dez\\_2022\\_mit\\_Tab-anhang.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausesreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf)

waren es 2018 nur noch 655. Seitdem haben weitere Kliniken ihr Angebot eingestellt.

Dies führt dazu, dass in den verbliebenen Geburtshilfeabteilungen doppelt so viele Geburten betreut werden, wie vor 30 Jahren.

### **Versorgungsauftrag und Aufgabenprofil**

Geburtshilfliche Stationen nehmen einen essentiellen Versorgungsauftrag für die Bevölkerung wahr. Im Vergleich zu den 1990 Jahren umfasst die klinische Geburtshilfe ein deutlich erweitertes Aufgabenprofil. Ihre Leistungen beinhalten neben der Begleitung von Geburten zusätzlich die stationäre Versorgung und ambulante Leistungen für Schwangere, Wöchnerinnen und Kinder sowie konsiliarische Untersuchungen. Hinzu kommt ein Mehraufwand durch Veränderungen der Aufgaben und der Betreuungssituation in den Kreißsälen, wie beispielsweise die Intervention der Einleitung, durch den medizinischen Fortschritt und strukturelle Vorgaben in Behandlungs- und Betreuungsablauf.

Ebenso erfüllen Kreißsäle die Funktion der Notfallversorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen in den Abend, Nacht und Wochenendzeiten. Diese wichtige Funktion muss insbesondere bei der Festlegung von maximalen Anfahrtszeiten berücksichtigt werden.

### **Kurze Wege als Sicherheitskriterium**

Immer weitere Wege zum nächsten geburtshilflichen Angebot gefährden die Sicherheit von Kind und Mutter<sup>2</sup>. Weite Wege unter Wehen stören den Prozess der Geburt. Dies ist nicht nur ein Kriterium der Zugangsgerechtigkeit, sondern insbesondere der Sicherheit. Die Familien sind auf ihrer Fahrt zum Kreißsaal in der Regel ohne fachliche Begleitung auf sich allein gestellt. Es besteht die Gefahr, dass Abweichungen vom normalen Geburtsverlauf nicht oder zu spät erkannt werden und in Notfällen zu spät reagiert werden kann. Darüber hinaus ist durch lange Anfahrtswege davon auszugehen, dass Schwangere zur Geburt vermehrt zu früh aufgenommen werden und als Folge häufiger Interventionen erleben und Komplikationen daraus entstehen. Daher fordern Hebammen und Elternverbände, dass die Gebärende eine geburtshilfliche Abteilung dann aufsuchen können muss, wenn sie es braucht. Zudem braucht sie die Sicherheit, bei ihrem gewählten Geburtsort nicht aus Kapazitätsmangel abgewiesen zu werden. Gerade Frauen, die ihr zweites oder drittes Kind erwarten, laufen sonst Gefahr, bei zu langen Fahrzeiten oder bei Abweisung aus Kapazitätsmangel eine aufnahmebereite Klinik nicht mehr vor der Geburt zu erreichen.

### **Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit muss gewährleistet werden**

Der GBA hat ein "Erreichbarkeitsmaß" festgelegt, welches Frauen und Kinder beim Zugang zu stationären Gesundheitsleistungen der Geburtshilfe und Pädiatrie anderen stationären Gesundheitsleistungen gegenüber benachteiligt. Während für die Erreichbarkeit stationärer Krankenhausversorgung mit Chirurgie und Innerer Medizin eine maximale Fahrzeit von 30 Minuten vorgesehen ist, ist die Fahrzeit zur Erreichbarkeit von Geburtshilfeabteilungen und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin auf 40 Minuten ausgeweitet. Diese willkürliche Festlegung auf 40 Minuten wurde bereits in der Vergangenheit von Elterninitiativen und dem DHV kritisiert. Ebenso legt die aktuelle S2k-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der

---

<sup>2</sup> vgl.: Association between travel time to delivery unit and unplanned out-of-hospital birth, infant morbidity and mortality: A population-based cohort study - Örtqvist - 2021 - Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica - Wiley Online Library

perinatologischen Versorgung in Deutschland“ Kriterien fest, durch die die für die Sicherheit von Mutter und Kind erforderliche Entscheidungs-Entbindungszeit („E-E-Zeit“) unter 20 Minuten jederzeit garantiert werden soll. Diese innerklinische Vorgabe lässt die akzeptierte Fahrzeit von 40 Minuten bis zur nächsten Geburtshilfe noch kritischer erscheinen.

Mit der Festlegung der längeren Fahrzeit, im Gegensatz zum Erreichbarkeitsmaß für chirurgische und internistische Fachabteilungen, wird diese Fahrzeit nicht nur in den bereits benachteiligten Regionen manifestiert, sondern auch für andere Regionen als Maßstab gesetzt. Aufgrund der erschwerten Erreichbarkeit erhöhen sich die Kosten für die werdenden Eltern durch aufwendigere Logistik, was für vulnerable Familien eine Benachteiligung durch die finanzielle Mehrbelastung bedeutet. Dadurch wird die in der Vergangenheit entstandene Benachteiligung der betroffenen Bevölkerungsgruppen weiter fortgesetzt. Die regionalen Strukturprobleme im ländlichen Raum werden verstärkt und treiben die Urbanisierung voran.

### **Mehrbelastung „großer“ Häuser durch Schließung „kleiner“ Abteilungen**

Die Kreißsaalschließungen erfolgen mehrheitlich ohne vorherige Erstellung von geburtshilflichen Konzepten zur Übernahme der zu betreuenden Geburten mit den benachbarten Kliniken. Die verbleibenden Kreißsäle sehen sich aufgrund der resultierenden akut höheren Geburtenrate mit räumlichen und personellen Kapazitätsengpässen konfrontiert. Daraus resultiert ein erhöhtes Gefährdungspotential für die Frauen und Kinder. Die ohnehin bestehende Überlastung führt zu einem schlechten Betreuungsschlüssel und dies führt zu einer hohen Abwanderung der Hebammen aus dem Beruf. Es entsteht ein Teufelskreis von Kreißsaalschließungen und Personalmangel.

Die S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ ist dadurch kaum umsetzbar. Der sich verschärfende Fachkräftemangel hat gezeigt, dass das Personal nicht der Zentralisierung folgt und einen Ortswechsel vornimmt. Hebammen wechseln vermehrt aus der klinischen Geburtshilfe in die Freiberuflichkeit oder verlassen endgültig den Beruf.

Auch Kliniken mit Maximalversorgungsauftrag müssen aufgrund von Personalmangel und dem Mangel räumlicher Kapazitäten immer öfter Schwangere abweisen, da es an kleineren Geburtshilfeabteilungen mangelt, die die betreuungsintensiven aber interventionsarmen natürlichen Geburtsverläufe auffangen können. Dies trifft immer wieder auch Risikoschwangerschaften oder Verlegungsanfragen aufgrund von Komplikationen. Um die Kapazitäten der Maximalversorger für diese Notfälle freizuhalten, ist eine komplementäre Ausstattung mit qualitätsgesicherter geburtshilflicher Basisversorgung unumgänglich.

### **Versorgungsqualität ist nicht mit Mindestmengen gleichzusetzen**

Die IGES Studie zur stationären Hebammenversorgung 2019<sup>3</sup> sieht keine stichhaltigen Beweise in den gesichteten Studien für eine Mindestgeburtenzahlen in deutschen Geburtskliniken. Die Studienlage zum Verhältnis zwischen Geburtenzahl je Krankenhaus und Versorgungsqualität stellt sich uneinheitlich dar, die Ergebnisse zeigen gleichermaßen Vor- und Nachteile auf. Auch kann allein auf Basis der ausgewerteten Literatur keine Empfehlung für die Festlegung einer Mindestmenge für „low-risk“-Geburten abgegeben werden.

---

<sup>3</sup>vgl.: [https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr\\_obis24976/IGES\\_station\\_aere\\_Hebammenversorgung\\_092019\\_ger.pdf](https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_obis24976/IGES_station_aere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf)

Eine Mindestmenge bedeutet nicht automatisch eine bessere Qualität, vielmehr verbessern fundierte Schulungen und ein gesichertes Notfallmanagement die Qualität<sup>4</sup>. Der DHV plädiert eindringlich dafür, dass durch die interdisziplinäre Vernetzung und Verzahnung von Versorgungsstrukturen und durch die Kooperation von Kliniken mit unterschiedlichen Levels in einer Region der Bedarf an adäquaten Geburtsorten gedeckt wird. Somit wäre auch die freie Wahl des Geburtsortes gewährleistet und die Maximalversorgung für die Fälle gesichert, die sie brauchen.

### **Geburtshilfe muss zur medizinischen Grundversorgung in Deutschland zählen**

In der medizinischen Grundversorgung wird die Geburtshilfe bislang nicht mitgedacht oder mitgeplant. Dies spiegelt sich auch in den Empfehlungen der Regierungskommission zur Krankenhausstrukturreform wieder: Selbst mit der dritten Empfehlung der "Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung" ist die Geburtshilfe in Deutschland nicht flächendeckend sicherzustellen. Dafür sind weitere Schritte notwendig, die eine sektorenübergreifende Versorgung über Hebammen, Fachärzte und klinische Geburtshilfe ermöglichen und fördern. Grundsätzlich ist eine wohnortnahe Betreuung durch Fachkräfte wie Hebammen oder Fachärzt\*innen notwendig, das Vorhalten einer Klinik Level (neu) 2 jedoch nicht zwingend.

Nur durch das Einbeziehen der Geburtshilfe in die medizinische Grundversorgung besteht die Möglichkeit, Versorgung sinnvoll zu planen sowie Unter- Über- oder Fehlversorgung zu vermeiden, die durch Steuerungsdefizite entstehen. So können selbst kleinere Kommunen für die Versorgung mit Geburtshilfe ein Grundversorgungsangebot sicherstellen. Der DHV fordert daher, die Aufnahme der Hebammenhilfe in die medizinische Grundversorgung zügig voranzutreiben.

### **Hebamme als Primärversorgerin**

Bislang wird auch die Hebammenhilfe in Schwangerschaft, Wochenbett und unter der Geburt - anders als in anderen europäischen Ländern - nicht der medizinischen Grundversorgung zugeordnet. Wie beschrieben ist die Vorhaltung einer wohnortnahen Geburtshilfe essentiell und ein gesamtgesellschaftliches Anliegen. Dies wird auch durch das Nationale Gesundheitsziel "Gesundheit Rund um die Geburt" gestützt.

Die Chancen der Hebamme als Primärversorgerin für die Förderung einer komplikationsarmen Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettverlaufs werden in Deutschland bislang nicht ausreichend ausgeschöpft. Hebammen können hierbei, wie in anderen europäischen Staaten üblich, eine wichtige Rolle neben den Fachärzt\*innen und Geburtskliniken bei der Grundversorgung übernehmen. Gesetzlich ist es vorgesehen, dass bei jeder Geburt eine Hebamme anwesend sein muss. Ärztliche Versorgung ist nur bei Komplikationen oder Notfällen vorgeschrieben. Dies deckt sich mit den Empfehlungen der WHO<sup>5</sup> und der Grundsatz, dass Schwangerschaft und Geburt als physiologische, nicht pathologische Prozesse behandelt werden sollen.

---

<sup>4</sup>vgl.: The effects of obstetric emergency team training on patient outcome: A systematic review and meta-analysis (wiley.com)

<sup>5</sup> vgl.: Technical Working Group, WHO(1997): Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. In: Birth 24 (2)

### **Kostendeckende Finanzierung gewährleisten**

Das Ziel der geburtshilflichen Betreuung ist laut WHO <sup>6</sup>die Sicherstellung der Gesundheit von Mutter und Kind mit einem möglichst geringen Eingriff, welches es unter dem Aspekt der Sicherheit für Mutter und Kind abzuwägen gilt. Aus diesem Ansatz resultiert, dass bei einer Geburt nur aus triftigem Grund in den natürlichen Prozess eingegriffen werden sollte. In Deutschland erleben jedoch nur 8,2% aller Niedrig-Risiko Frauen unter der Geburt in den Kliniken keine invasiven Interventionen wie z.B. Wehenmittel und Episiotomie<sup>7</sup>. Im jetzigen DRG-System werden Fehlanreize für Interventionen gesetzt. Durch die Interventionen wird eine bessere Vergütung erzielt. Bei der angekündigten Reform der Krankenhausfinanzierung muss sichergestellt werden, dass diese Fehlanreize für Interventionen beseitigt werden und stattdessen eine Steuerungswirkung hin zur Förderung der Physiologie erfolgt. Insbesondere muss dabei die Eins-zu-eins-Betreuung berücksichtigt werden. Die Kostendeckung aller Leistungen der Geburtshilfe muss erfolgen.

### **Fazit:**

Die Zentralisierung der Versorgung mit klinischer Geburtshilfe ist in den vergangenen Jahren ungesteuert und aus rein wirtschaftlichen Erwägungen erfolgt, wodurch die Versorgungssicherheit von Frau und Kind nicht mehr flächendeckend gewährleistet werden kann. Dieser Zustand muss schnellstmöglich behoben werden. Dafür braucht es eine bundesweite Versorgungsplanung mit regional passenden Maßnahmen. Insgesamt dürfen keine weiteren Kapazitäten der klinischen Geburtshilfe abgebaut werden. Im Gegenteil, ein regional angepasster Aufbau von zusätzlichen Kapazitäten sowie die Einbeziehung qualitätsgesicherter außerklinischer Angebote wie Geburtshäuser oder Hausgeburtshilfe erscheinen sinnvoll. Maximalversorger mit Pädiatrischer und Intensivmedizinischer Betreuung müssen durch den Wiederaufbau von geburtshilflicher Grundversorgung sowohl auf klinischer als auch außerklinischer Ebene wieder für die Not- und Risikofälle freigehalten werden. Die Geburt eines Kindes ist ein natürlicher Prozess und muss daher möglichst interventionsfrei begleitet werden. Dafür braucht es wohnortnahe, frauenzentrierte Angebote.

---

<sup>6</sup>vgl.: Technical Working Group, WHO(1997): Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. In: Birth 24 (2),

<sup>7</sup>vgl.: Schwarz, Clarissa M.(2008): Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen; genehmigte Dissertation, Berlin.