

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen aktuell 2025

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Christine Bruhn, Magdalena Habrik, Kristin Seeland, Nancy Stone
Geburtshäuser als wichtige Säule der Gesundheitsversorgung
rund um Schwangerschaft, Geburt und Eltern-/Familie-Werden
Seite 118–136

doi: 10.30433/GWA2025-118

Christine Bruhn, Magdalena Habrik, Kristin Seeland, Nancy Stone

Geburtshäuser als wichtige Säule der Gesundheitsversorgung rund um Schwangerschaft, Geburt und Eltern-/Familie-Werden

Der Beitrag beschreibt die Rolle der Geburtshäuser rund um die Schwangerschaft. Trotz umfangreicher Reformbestrebungen der Krankenhausstruktur und eines Aktionsplans der Ampelregierung zur Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ gibt es in Deutschland keine politische Diskussion, die die geburtshilfliche Versorgung aus der Sicht Betroffener ausreichend in den Blick nimmt. In der vorherrschenden, meist medizinischen Betrachtung ist die Geburt von einer hohen Risikoorientierung geprägt. Die Tatsache, dass die meisten Schwangeren und Gebärenden gesund sind, wird in der gegenwärtigen Versorgungsstruktur zu wenig wahrgenommen und diskutiert.

Geburtshilfliche Versorgung in Deutschland

Zentralisierung und Mindestmengen scheinen auch für die geburtshilfliche Versorgung das Gebot der Stunde zu sein. Bessere Qualität wird vor allem dann erwartet, wenn eine hohe Quantität der Fallzahlen und Behandlungszahlen vorliegt, wie die zwölfte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung fordert (Bschor 2024).

Aus der Perspektive der Gebärenden und betreuenden Hebammen zeigt sich Qualität an ganz anderen Kriterien, und Qualitätsprobleme sind nicht über die Erhöhung von Fallzahlen zu lösen. 30 Prozent der Frauen berichten über ein gewaltvolles Geburts-erleben (Hartmann und Kruse 2022). Viele der Frauen, die im Krankenhaus gebären, dürfen ihre Geburtsposition nicht aussuchen und müssen in Rückenlage gebären (Scholten, Strizek et al. 2024; Volkert et al. 2024) und eine leitliniengerechte 1-zu-1-Betreuung kann häufig nicht gewährleistet werden.

Fakt ist, dass ein großer Teil der schwangeren, gebärenden und im Wochenbett befindlichen Personen weitgehend gesund ist. Deren qualitätvolle Begleitung ihrer physio-

logischen Schwangerschaften und Geburten benötigt etwas anderes, als es beispielsweise bei komplexen operativen Eingriffen der Fall ist. Das wird in der gegenwärtigen Versorgungsstruktur zu wenig wahrgenommen und diskutiert. Bei Vorliegen eines physiologischen Verlaufs ist der Bedarf der Schwangeren oder Gebärenden auf die Begleitung und Versorgung im individuellen Setting ausgerichtet: auf Vertrautheit mit der begleitenden Hebamme und den Räumlichkeiten, auf Beziehungsaufbau, auf Verstehen und das Ermöglichen von Entscheidungsfindung in Ruhe und mit Zeit. Hingegen sind Mindestmengen und damit Zentralisierung begründbare Forderungen bei komplexen Eingriffen, die hochspezialisierte Ausrüstung und Teams benötigen. Die Forderungen von Elterngruppierungen und Hebammen beinhalten genau dies: eine Betreuungsqualität, die ein tiefes Verständnis der grundsätzlichen Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als Grundlage der Begleitung vorsieht (Motherhood 2025).

Grundsätzlich unterscheidet man in Deutschland zwischen klinischen und außerklinischen Geburtsorten. Außerklinische Geburten werden entweder zu Hause oder in einem Geburtshaus, auch hebbammengeleitete Einrichtung (HgE) genannt, von Hebammen begleitet (Schäfers und QUAG 2024). Im Jahr 2023 wurden in Deutschland insgesamt 695.996 Kinder geboren, hiervon 13.799 in einem außerklinischen Setting, dies entspricht einem Prozentsatz von 1,98 Prozent. Diese Geburtsorte unterscheiden sich deutlich in ihren Angeboten an die Gebärenden, deren Begleitpersonen und Familien; und zwar sowohl für die Phase der Geburt, die davor und danach wichtigen Angebote zur Begleitung der Schwangerschaft als auch des an die Geburt anschließenden Wochenbetts. Gleichzeitig unterscheiden sie sich auch darin, welche Bilder und Vorstellungen von Sicherheit oder Unsicherheit mit ihnen verbunden werden (Stone 2019; Stone und Downe 2023).

Die Ausdifferenzierung des heute bestehenden Angebots ist einerseits eine Folge des medizinischen Fortschritts, der mit dem Wunsch nach mehr Machbarkeit und der Möglichkeit von Interventionen einherging, und andererseits geprägt von den Narrativen von Sicherheit beziehungsweise Unsicherheit und vom Ringen der beteiligten Professionen um das „richtige“ Vorgehen. Seit den 1980er Jahren werden die Wirkung und die Berechtigung von Maßnahmen der Geburtsmedizin vermehrt hinterfragt.

Kriterien zur Beurteilung von Angeboten rund um die Geburt

Geburtskliniken werden in unterschiedliche Versorgungsstufen unterteilt, die den Grad ihrer Spezialisierung und die Betreuungsmöglichkeiten der verschiedenen medizinischen Bedürfnisse der Schwangeren und Neugeborenen kategorisieren. Die Unterscheidung der Versorgungsstufen graduiert die Möglichkeiten der Behandlung von Frühgeborenen oder die Möglichkeiten einer adäquaten Versorgung bei kranken und high-risk Schwangeren und Geburten (IQTiG 2024).

Grundlage dafür ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Qualitätssicherung der Früh- und Neugeborenen durch Zuweisung je nach vorliegendem konkreten medizinischen Risiko in das entsprechende Versorgungslevel festlegt. Ziel ist die Verringerung von Säuglingssterblichkeit und frühkindlich entstandenen Behinderungen. Es geht um die risikoadaptierte Versorgung Schwangerer und Frühgeborener, wobei sich die Risiken auf das Ungeborene oder Neugeborene fokussieren. Das Ausmaß der medizinischen Vorkehrungen für Risikogruppen ist hier das Kriterium für ein allgemeingültiges, standardisiertes Vorgehen. Betrachtet man das Betreuungsspektrum über die Geburt hinaus, so sind die Stärkung und der Schutz der physiologischen Prozesse von Schwangerschaft und Geburt als vulnerable, aber gleichzeitig kraftvolle und wichtige Lebensphasen ein wesentlicher Faktor und völlig anders geartetes Kriterium. Die zugehörigen Betreuungsangebote umfassen im Kern alle Angebote von der Schwangerschaft bis zum Abschluss des Wochenbetts und können entweder durchgängig von Hebammen oder abwechselnd mit Gynäkologinnen und Gynäkologen durchgeführt werden und entweder in Teilen oder vollständig im häuslichen oder klinischen Bereich stattfinden.

Warum und seit wann gibt es Geburtshäuser?

Die Gründung der Geburtshäuser in den späten 1980er Jahren resultierte aus der Frauenbewegung. Zu dieser Zeit war die Praxis der Geburtsbegleitung vor allen Dingen medikaliert und technisiert. Die Geburt wurde in erster Linie als ein Krisenmoment verstanden, der der medizinischen (oft patriarchalischen) Kontrolle und Interventionen bedurfte. Der Umbau der Geburtshilfe weg von der hebammengeleiteten Geburt im Zuhause der Frau hin in die Krankenhäuser war vollzogen (Tew 2022). Rückenlage,

zunehmende Interventionen und routinemäßige Dammschnitte wurden als Fortschritte der modernen Medizin gefeiert – die programmierte Geburt etablierte sich (David und Ebert 2020).

Die Entwicklung der Geburtshäuser spiegelte die Gegenbewegung hierzu wider. Die Forderung nach mehr Selbstbestimmung im Geburtsprozess und Wahlfreiheit des Geburtsortes waren der Antrieb für die Gründungsinitiativen erster Geburtshäuser. Die Idee, dass Geburt ein gesunder Akt ist, den eine schwangere Frau aus eigener Kraft bewältigen und mitgestalten kann, veränderte die Haltung der Frauen und der Hebammen zugleich: die Geburt als aktives Erleben im Gegensatz zu einem Ereignis, das einer Frau passiv widerfährt und das zu erdulden ist. Dies war möglich durch ein ausgeprägtes Engagement und die Motivation der Initiatorinnen und Initiatoren, die seit den 1970er Jahren bundesweit selbstorganisierte Frauen- und Gesundheitszentren und von Eltern und Fachfrauen gegründete Schwangerschaftsberatungsstellen ins Leben riefen. Im Jahr 1987 öffnete in Berlin das erste Geburtshaus Deutschlands, in dem Geburten ausschließlich von Hebammen begleitet wurden. Vorbilder waren die Birth Center in den USA und Geburtsaktivistinnen und Geburtsaktivisten wie Michel Odent, Kitty Reid und Sheila Kitzinger (Stone 2019).

Der Widerstand und die Angriffe gegen dieses Geburtshaus waren von medizinischer Seite aus enorm. Diese Gegenwehr äußert sich heutzutage zwar moderater, aber die grundlegenden Zweifel und Befürchtungen sind trotz des Nachweises des positiven Outcomes von Mutter und Kind, wie die Zahlen der außerklinischen Geburtsstatistik von der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) jährlich in den Qualitätsberichten zeigen, immer noch vorhanden und brechen sich auch heute noch im Zuge der ärztlichen Schwangerenvorsorge immer wieder emotional und Sorgen verbreitend Bahn. Bezeichnend für die Gründung von Geburtshäusern war es, dass diese Bewegung und Motivation zunächst durch gesundheits- und gesellschaftspolitisch engagierte Frauen und Männern erbracht wurde – erst im zweiten Moment kamen Hebammen und Geburtshelferinnen hinzu, die die Umsetzung dieser Idee mit Fachexpertise unterstützt und dadurch vorangetrieben haben.

Gesetzliche Grundlage: Verankerung der hebammengeleiteten Einrichtungen im Sozialgesetzbuch

Um die Gründung und Arbeit von Geburtshäusern zu stärken, wurde im Jahr 1993 das Netzwerk zur Förderung der Idee der Geburtshäuser in Europa e.V. gegründet. Hebammen aus Italien, Frankreich, der Schweiz, Österreich und Deutschland arbeiteten gemeinsam mit dem Bund Deutscher Hebammen (BDH) und dem Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. an der Entwicklung von Qualitätskriterien für Geburtshäuser. Weitere Beteiligte an der Etablierung dieser Einrichtungen waren alle Hebammenverbände, die Krankenkassen, der Spitzenverband der Krankenkassen, Gerichte und Landes- und Bundesministerien. Im Jahr 1997 wurden erstmals Qualitätskriterien veröffentlicht, in denen Geburtshäuser als wesentliche Einrichtungen eines Gesundheitssystems definiert wurden, welche Selbstverantwortung, Selbstbestimmung und Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt stellen. Nachdem die Geburtshausbewegung viele Menschen mobilisiert und zum Gründungsboom von Geburtshäusern in Deutschland geführt hatte, übernahmen auf Wunsch und Forderung ihrer Versicherten erste Krankenversicherungen die Betriebskosten für eine Geburt im Geburtshaus in Form einer Pauschale. Da es dafür keine Rechtsgrundlage gab – nur die Vergütung der Hebammenleistungen, nicht aber die einer ambulanten Geburt war zu dieser Zeit im Sozialgesetzbuch geregelt –, wurde den Krankenkassen im Jahr 2001 durch das Bundessozialgericht ein Vertragsabschluss mit den Geburtshäusern verwehrt. Die damals gültige Reichsversicherungsordnung (RVO) sah keine Kostenerstattung für ambulante Einrichtungen vor.

Das im Jahr 1999 aus dem europäischen Netzwerk hervorgegangene deutsche Netzwerk der Geburtshäuser als Verband und Interessenvertretung für die Geburtshausbewegung hatte von Anfang an darauf geachtet, ein eigenes Qualitätssicherungssystem zu entwickeln und verbindlich in allen Geburtshäusern zu installieren (ab dem Jahr 2000 lief das achtjährige Pilotprojekt mit dem Ziel, in allen Geburtshäusern Leistungen mit vergleichbarer und verbindlicher Qualität zur Verfügung stellen zu können). Dies war die Grundlage für den nächsten Schritt: Der Spitzenverband der Krankenkassen reichte beim Bundesgesundheitsministerium einen gemeinsamen Gesetzesentwurf zur Aufnahme

der Geburtshäuser in das Sozialgesetzbuch (SGB) ein, der eine Regelung der Betriebskostenerstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen beinhaltete. Ein langwieriges Prüf- und Gesetzgebungsverfahren begann im Jahr 2002. Wenige Jahre später, ab dem Jahr 2005, erstattete die Techniker Krankenkasse – zunächst als einzige Krankenkasse und mittels Einzelfallentscheidung – den Geburtshäusern mit etabliertem Qualitätsmanagementsystem eine Betriebskostenpauschale. Diesem Beispiel folgten weitere Krankenkassen. Ein Jahr später wurde vom Netzwerk der Geburtshäuser (NWGH), der Koordinationsstelle der Berliner Geburtshäuser und den damaligen zwei Hebammenberufsverbänden ein gemeinsamer Gesetzesentwurf eingebracht, um alle leistungsrechtlichen Regelungen bezüglich der Schwangerschaft und der Geburt aus der Reichsversicherungsordnung in das neue Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) zu überführen. Schließlich wurde im Jahr 2007, nach Anhörungen im Gesundheitsausschuss und nach vier Lesungen im Bundesrat, diesem Gesetzentwurf zugestimmt. Der Vertragsteil, die Vergütungsvoraussetzungen und Regelungen zur Erstattung von Betriebskostenpauschalen für Geburtshäuser und hebammengeleitete Einrichtungen wurden im Jahr 2008 verabschiedet. Die Überführung der Hebammenleistungen in das SGB V und die Entlassung der Hebammen in die Selbstverwaltung, ergo die Verantwortung der Verhandlungshoheit der Hebammen- und Krankenkassenverbänden, sind seitdem beschlossen und der erste Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V wurde mühsam und nur unter Inanspruchnahme der im Gesetzestext ebenfalls neu etablierten Schiedsstelle abgeschlossen. In einem zweiten Vertragsteil, dem Ergänzungsvertrag zum § 134a SGB V, wurden fachliche und organisatorische Voraussetzungen und Qualitätskriterien für den Betrieb eines Geburtshauses beziehungsweise HgE gemeinsam verhandelt und vorgegeben.

Diese Qualitätskriterien beinhalten die Voraussetzungen körperlicher Gesundheit sowie die Berücksichtigung der bisherigen Gesundheits- und Krankheitsgeschichte von Schwangeren und Ungeborenen für eine Geburtsbegleitung in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung.

Die Kompetenz und Befugnis der Hebammen ist im Hebamengesetz klar gefasst:

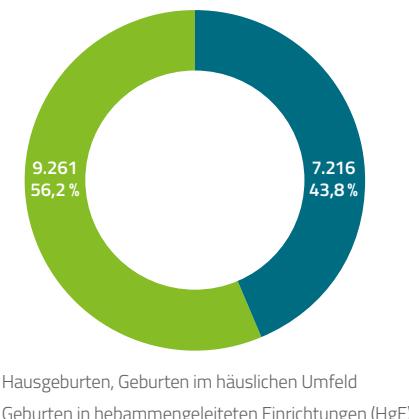
„Der Hebammenberuf umfasst insbesondere die selbständige und umfassende Beratung, Betreuung und Beobachtung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und während der Stillzeit, die selbständige Leitung von physiologischen Geburten sowie die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen und Säuglingen“ (HebG §1 2019).

Innovation von Beginn an: Qualität der außerklinischen Geburtshilfe

Die Sicherstellung einer hohen Qualität der Versorgung in der außerklinischen Geburtsbegleitung war von Beginn an ein zentrales Element. Sie ist die Voraussetzung für die Übernahme von Kosten durch die GKV, sie ist aber gleichzeitig professioneller und transparenter Rahmen für ein Angebot, das so Überprüfungen standhält, Qualität von Betreuung dokumentiert und Arbeitsweisen und Expertise für alle Beteiligten sichtbar macht. Insofern ist es folgerichtig, dass schon früh, nämlich im Jahr 1999, die QUAG gegründet wurde. Ihr Ziel ist es, systematisch und wissenschaftlich fundierte Informationen über die Sicherheit und den Erfolg außerklinischer Geburten bereitzustellen. Die QUAG erhebt in einer außerklinischen Perinataldatenerhebung Daten zur Geburt und zum Outcome bei Mutter und Kind. Alle Hebammen, die außerklinische Geburten begleiten, sind zur Erhebung dieser Daten verpflichtet. Entsprechend hoch ist die Erfassungsrate aller außerklinisch begleiteten Geburten (QUAG 2025).

QUAG stellt diese Daten öffentlich in Form eines jährlichen Perinataldatenberichtes zur Verfügung. Mit dieser Datensammlung kann über die Jahre bis zum heutigen Zeitpunkt die kontinuierlich hohe Qualität nachgewiesen und immer wieder bestätigt werden (Schäfers und QUAG 2024). Das dokumentiert gleichzeitig die hohe Sicherheit für die Gesundheit von Mutter und Kind. Zusammen mit den damaligen Ausschlusskriterien und heute überarbeiteten Kriterien zu Geburten im häuslichen Umfeld (GKV-Spitzenverband 2020), die anhand von Risikoausschluss festlegen, wann eine Geburt in einer HgE oder zu Hause stattfinden kann, gewährleisten sie eine gegenüber der Krankenhausgeburt gleichwertige Sicherheit.

Abbildung 1: Geplant begonnene Geburten zu Hause oder in einer HgE im Jahr 2023



Quelle: Schäfers und QUAG 2024

Obwohl Geburtshäuser nur knapp zwei Prozent aller Geburten in Deutschland betreuen, haben sie einen bedeutenden Einfluss auf die Geburtshilfe insgesamt. Diese Einrichtungen bieten eine Alternative zur klinischen Geburtshilfe und setzten von Beginn an und bis heute wichtige Impulse für den gesamten Bereich der Schwangerschaft und Geburt. Worin unterscheidet sich eine Geburtsbegleitung im Geburtshaus von einer Krankenhausgeburt? Um einige Beispiele zu nennen:

- die 1-zu-1-Betreuung während der Geburt für Sicherheit und Wohlbefinden von Mutter und Kind,
- die individuelle und Störungen vermeidende Betreuung im vertrauten Rahmen,
- die Vertrautheit aus der Betreuung während der Schwangerschaft,
- die Bedeutsamkeit aufrechter Gebärhaltungen,
- die Selbstermächtigung der Familien und
- die Betreuung in der Latenzphase, also eine Betreuung der teilweise langen Phase vor dem eigentlichen Geburtsbeginn. Für viele Gebärende kann diese Phase für den weiteren Geburtsverlauf entscheidend sein, besonders im Fall der ersten Geburt, bei der eine aufmerksame und zugewandte Hebammenbetreuung wichtig ist.

Ein für das hessische Gesundheitsministerium erstelltes Gutachten zeigt, dass die klinisch tätigen Hebammen im Mittelwert parallel zwei bis drei Geburten während eines Dienstes betreuen. Vorübergehende Kreißsaalschließungen wegen Hebammenmangel sind keine Seltenheit (Bauer et al. 2020). Insgesamt ist der klinische routinemäßige, häufig übermäßige Einsatz von Interventionen assoziiert mit oft vermeidbaren schlechteren Outcomes für Mutter und Kind (Betran et al. 2021; Seijmonsbergen-Schermers et al. 2020). Das Betreuungskonzept der Hebammen in den Geburtshäusern hingegen beinhaltet in aller Regel die kontinuierliche Begleitung durch kleine Teams von zwei bis fünf Hebammen. Das bedeutet, dass hier ein Kennenlernen und Vertrautmachen mit den Hebammen und der Familie bereits in der Schwangerschaft stattfindet, während der Geburt wird dann eine bekannte Person dieses kleinen Teams die Geburt begleiten. Die Forschung beschreibt die positive Wirkung einer kontinuierlichen Hebammenbetreuung von Anfang der Schwangerschaft an bis zum Ende der Stillzeit inklusive Geburt mit Blick auf ein besseres Outcome für Mutter und Kind im Vergleich zur klinischen, ärztlich geleiteten Geburtshilfe (Lundborg et al. 2024; Fikre et al. 2023; Palau-Costafreda et al. 2023; Cibralic et al. 2023).

In Geburtshäusern unterstützen und ergänzen sich die Hebammen mit ihrer Erfahrung, ihren unterschiedlichen Persönlichkeiten, unterschiedlichen Perspektiven auf die Schwangeren und können so durch Vertrautheit und Kompetenzbündelung eine sehr hohe Sicherheit bieten (Stone und Downe 2023). Hier gelingt eine Beziehungsleitung in Kleingruppen, um so die Sicherheit und Zufriedenheit positiv zu beeinflussen, wie Sandall et al. (2024) herausstellen.

Auch sind Geburtshäuser Arbeitsorte, an denen Hebammen gesundheitsfördernd arbeiten können. In sich gegenseitig unterstützender Teamarbeit wächst die Arbeitszufriedenheit, nicht zuletzt auch wegen der Erfahrung, einer sinnstiftenden Arbeit in einem kontinuierlichen Betreuungsbogen nachzugehen. Die Selbstbestimmtheit in Schwangerschaft und Geburt zu stärken, gelingt umso leichter, je selbstbestimmter die Begleiterinnen dieses Prozesses sind. Geburtshäuser, die ohne medizinische Hierarchien arbeiten, bieten die idealen Rahmenbedingungen. So verbleiben Hebammen länger im Beruf und sind darüber hinaus weniger von Burnout oder Depressionen betroffen,

was wiederum die Qualität der Arbeit steigert (Dawson et al. 2018; Hansson et al. 2022; Matlala und Lumadi 2019; Moncrieff 2018; Qu et al. 2022).

Was spricht für eine Änderung der Perspektive?

Inzwischen sind Geburtshäuser eine etablierte, wichtige Säule der Gesundheitsversorgung rund um Kinderwunsch, Schwangerschaft, Geburt und Eltern- und Familie-Werden. Hebammen, die außerklinisch arbeiten, verstehen diese Prozesse in aller Regel als zunächst physiologische, biografische Ereignisse im Leben von Menschen. Schwanger zu sein, zu gebären und im Wochenbett zu liegen, geht zwar mit körperlichen Veränderungen und Herausforderungen einher; diese sind jedoch als vollkommen normal und gesund zu betrachten. Gleichzeitig bringt das Mutter- und Familie-Werden auch Veränderungen der persönlichen Rollen der Elternteile mit sich, Selbstbild und Selbstverständnis gestalten sich neu, die eigene Identität und die der Paarbeziehung wandeln sich. Somit ist der Einfluss der Elternschaft auf die psychosoziale Ebene ebenso relevant wie auf die physische. In der rein medizinischen Betrachtung werden diese Veränderungen meist mit einer hohen Risikoorientierung versehen und unter Fehlersuche gestellt und tragen so häufig zu großer Verunsicherung bei (Tew 2022).

Ein Betreuungskonzept der Kontinuität der Begleitung und die salutogenetische Sicht auf das Familie-Werden beziehen alle Bezugssysteme der Betroffenen mit ein und integrieren diesen Prozess mit medizinischen Fakten. Die ganzheitliche Betrachtung und Begleitung der werdenden Familien trägt zu einer Gesundheit bei, die eine solche nicht ausschließlich als die Abwesenheit von Krankheit, sondern als ein Kontinuum betrachtet, als einen Zustand von Gleichgewicht im physischen, psychischen und sozialen Sinne und unterstützt von Ressourcennutzung. Diese Form der Begleitung wird in Geburtshäusern praktiziert. Sie ist das gelingende Konzept, in dem Schwangere, Gebärende und Familien ins Zentrum gestellt werden, wodurch eine Verschiebung der Sichtweise hin zu einem weiter gespannten Bezugsrahmen der Chancen, Potenziale und Ressourcen möglich wird. Im Fokus steht eine Begleitung nach den Prinzipien der partizipativen Entscheidungsfindung, das Gegenüber wird als kompetent und fähig zu Entscheidungen betrachtet und so kann eine Erfahrung der Selbstwirksamkeit gelingen.

Wie wichtig diese Perspektive ist, macht auch das 2017 veröffentlichte Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ deutlich, das unter intensivem Austausch der verschiedenen Professionen errungen wurde und sich dynamisch weiterentwickelt. Diese Perspektive hört sich nicht nur schön und menschenfreundlich an, sie ist nicht nur gesellschaftspolitisch wichtig, sondern auch im Sinne der Gesundheitsförderung und Vermeidung von unter anderem medizinischen und psychischen Risiken wichtig. Die vielfältigen negativen Auswirkungen von Kaiserschnitten auf die mütterliche und kindliche Gesundheit, die in den letzten Jahren vermehrt beschriebenen Gewalterfahrungen oder traumatischen Geburtserlebnisse, iatrogene Interventionskaskaden – alle diese Phänomene sind häufig und aus der Betroffenensicht heraus auch als Begleiterscheinung, wenn nicht sogar Konsequenz, der Fokussierung auf medizinische Risiken zu sehen (Cibralic et al. 2023; Sandall et al. 2024). Es ist also sehr wesentlich, dass Hebammen in Geburtshäusern (aber natürlich nicht nur dort) gemäß den Leitsätzen der Evidenzbasierten Medizin (EBM) arbeiten, die wie folgt lauten:

„Nicht in einen physiologischen Prozess einzugreifen, wenn nicht gesichert ist, dass die Intervention wirkungsvoller (more effective) ist als die Natur, und zweitens sicher zu sein, dass die Nachteile, das heißt die unerwünschten Nebenwirkungen der Intervention nicht den Nutzen (benefit) überwiegen.“ (Schwarz 2008: 52)

Risikoorientierung und die Illusion, dieses Risiko der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbetts durch kontrollierte, programmierte und dadurch scheinbar sichere Geburtsmedizin zu beherrschen, beschreiben das derzeit vorherrschende Paradigma (David und Ebert 2020). Risikovermeidung als Strategie, die die Routinebegleitung rund um wenige außergewöhnliche Fälle etabliert, und die daraus resultierende Hinwendung zu just-in-case-Interventionen (Scamell et al. 2019), die wiederum das Risiko für iatrogene Morbidität erhöhen, fordern einen Paradigmenwechsel. Ein Aspekt des nötigen Paradigmenwechsels besteht darin, dass eine Kontinuität der Hebammen-Begleitung Schwangerer, Gebärender und Wöchnerinnen die gesellschaftliche Normalität werden (Tracy und Page 2019). Kontinuierliche Begleitung mit dem Benefit der Senkung der Kaiserschnittrate einerseits und Senkung des Schmerzmittelbedarfs andererseits

und dadurch eine Verbesserung des Outcomes der Gebärenden stärkt das Selbstwirksamkeitsgefühl der Gebärenden und wirkt so positiv auf die Narrative rund um die Geburt (Tracy und Page 2019; Sandall et al. 2024).

Ein Paradigmenwechsel bedeutet auch, die anderen Wissenschaften wie Psychologie, Soziologie und Anthropologie in den Prozess des Familie-Werdens mit einzubeziehen. Ein salutogenetischer Ansatz, der Ressourcen nutzt und auf das Potenzial blickt, trägt maßgeblich zu einer guten Gesundheitsversorgung und dadurch zu Prävention und Kostensenkung bei. Bei all dem sind Geburtshäuser Vorreiter und Vorbilder. Gleichzeitig muss sich der Paradigmenwechsel auch gesundheitspolitisch vollziehen. Die Implementierung der kontinuierlichen Hebammenbegleitung im Gesundheitssystem wäre eine erste Option, da sie im Vergleich mit der ärztlich geleiteten Standard-Betreuung mit signifikant weniger Interventionen zu gleich guten und überwiegend deutlich besseren mütterlichen und kindlichen Outcomes führt (Cibralic et al. 2023; Fikre et al. 2023; Lundborg et al. 2024; Palau-Costa Freda et al. 2023). Eine gute Kommunikation zwischen den Handelnden sollte hierbei selbstverständlich sein, genauso wie gegenseitige Anerkennung und Transparenz der Entscheidungen, die durch Leitlinien und gemeinsame Absprachen und Handlungsstrategien geprägt sind (Tracy und Page 2019).

Das Leuchtturmprojekt des Geburtshauses Wuppertal und der Helios Frauenklinik

Wie sich ein solch anspruchsvoller Perspektivenwechsel im Laufe eines mehrjährigen, in Deutschland bisher einmaligen Kooperationsprojekts vollziehen kann, zeigt dieses Beispiel: Seit dem Jahr 2019 besteht eine Kooperation zwischen dem Geburtshaus Wuppertal und der Helios Frauenklinik. Eine Kooperation zwischen einem Geburtshaus und einer Klinik hat aufgrund der Unterschiedlichkeit des Klientels und der Arbeitsinhalte immer Reibungspunkte. Dies potenziert sich strukturell bedingt bei einer Zusammenarbeit mit einem Level-1-Haus noch einmal deutlich. Die Diskrepanz bei standardisierten präventiven Maßnahmen könnte nicht größer sein, da Geburtshäuser eine Vorauswahl nach Risikokatalog vornehmen und insofern nur low-risk-Frauen betreuen und Level-1-Kliniken als Maximalversorger für alle Eventualitäten gerüstet sein müssen.

In einer Kooperation treffen also die beiden Enden der geburtshilflichen Praxis aufeinander. Gleichzeitig bedeutet dies aber nicht, dass in Level-1-Häusern nicht auch ganzheitliche natürliche Geburtsbetreuung möglich wäre; hier sollte sich im Idealfall das gesamte Spektrum wiederfinden. Das ist eine große Herausforderung der Kliniken, für die standardisierte Abläufe und Prozessoptimierung ein wesentlicher Managementfaktor sind.

Es ist schwierig, eine natürliche low-risk-Geburt in Strukturen durchzuführen, die für eine high-risk-Geburt geschaffen wurden, weil eine Geburtshilfe, die sich an völlig anderen Parametern orientiert (etwa der intuitiven Gebärfähigkeit der Frau, dem Aspekt „Geburt braucht ihre eigene Zeit“), jede Abweichung des individuellen Ablaufs schon als interventionsbedürftig empfinden muss. Tatsächlich besteht ein Unterschied darin, dass sich in einem Fall die Qualität auch über die Einhaltung von Standards definiert, während sie im anderen Fall aus individuellen, dem jeweiligen Verlauf angepassten Vorgehensweisen resultiert. So kann etwa die vaginale Untersuchung im Verlauf des Geburtsprozesses – eine Routineuntersuchung mit bestimmten Zeitvorgaben im klinischen Setting – den Geburtsprozess je nach individuellem Erleben der Gebärenden (abhängig von Erfahrung, Biografie, Aufklärung, Befinden in der aktuellen Situation etc.) unterschiedlich und durchaus negativ beeinflussen (Buckley und Unväs-Moberg 2019; Kämmerer et al. 2019; Wagner 2019).

Der wichtigste Faktor einer gelingenden Zusammenarbeit ist die gegenseitige Wertschätzung und der Respekt vor der unterschiedlichen Arbeit und insbesondere der Abbau von Vorurteilen. Der Hebammenalltag in der außerklinischen Geburtshilfe ist genauso wichtig, anstrengend, fordernd, verantwortungsvoll und intensiv wie der Hebammenalltag in der klinischen Geburtshilfe, nur inhaltlich anders gefüllt.

Gleich zu Beginn der Kooperation wurden zwei Vereinbarungen getroffen. Zum einen die regelmäßigen Schnittstellenbesprechungen auf zwei verschiedenen Ebenen:

1. Gespräche zwischen der Geburtshaushbamme, der leitenden Hebamme der Klinik und einer Ärztin oder einem Arzt zu Änderungswünschen in der direkten Zusammenarbeit und

2. regelmäßiger Austausch auf Leitungs- und/oder Geschäftsführungsebene, um die Kooperationsbestrebungen in den Blick zu nehmen, ohne unmittelbar in die direkte Arbeit involviert zu sein (Metaperspektive).

Zum anderen wurde vereinbart, Geburten, die auf welcher Seite auch immer Irritationen oder Unzufriedenheiten ausgelöst haben, zeitnah mit möglichst allen direkt Beteiligten nachzubesprechen. Dies ist stets eine Chance für beide Parteien, die gegenseitige Perspektive einzunehmen, das eigene Handeln zu hinterfragen und gemeinsam über Lösungsansätze zu sprechen.

Im Rahmen dieser Besprechungen wurde eine Prozessbeschreibung erarbeitet, die berücksichtigt, dass schwangere oder gebärende Frauen mit einer Geburtshaushebamme an ihrer Seite ein völlig anderes Klientel darstellen, als das in Kliniken üblich ist. Ihre „Überwachung“ innerhalb der Schwangerschaft ist durch eine engmaschige Betreuung gesichert, sie werden schon im Vorfeld umfassend über Risiken aufgeklärt (Terminüberschreitung, Blasensprung, Zustand nach Kaiserschnitt etc.), was das Klinikpersonal entlasten kann. Bei Entlassung nach der Geburt ist eine intensive Wochenbettversorgung sichergestellt, die erste Untersuchung des Neugeborenen (U1) kann auch von der Hebamme durchgeführt werden, eine kinderärztliche Begutachtung kann, muss aber nicht erfolgen. Dadurch kann die Entlassung gegen ärztlichen Rat entfallen. „Geburtshausfrauen“ beschäftigen sich intensiver damit, wie die Geburt ablaufen soll, stellen klarere Forderungen und haben die Erwartung, dass ihr Wille im Entscheidungsprozess des Geburtsverlaufs Berücksichtigung findet.

Diese Aspekte im Detail anzuschauen, ermöglichte die Erarbeitung von klinischen Abläufen speziell für die Arbeit der Geburtshaushebammen mit „ihren“ Frauen, die eine Abweichung von klassischen klinischen Standards vertretbar machten. In der Auseinandersetzung und Diskussion, auch unter der Fragestellung der Verantwortungsübernahme oder Haftungsregelungen, entwickelte sich nicht nur gegenseitiger Respekt vor der jeweiligen Arbeit, sondern auch die Chance der Infragestellung der eigenen Abläufe in Bezug auf ihren Sinn – eine Win-win-Situation für alle Beteiligten:

- Der Input der außerklinischen Perspektive in die klinische Geburtshilfe eröffnet neue Erfahrungsfelder und bringt Bewegung in das System.
- Der Input der klinischen Praxis in die außerklinische Arbeit erweitert die Hebammenkompetenz um einige Betätigungsfelder, die dem Risikoausschluss zum Opfer fallen, und hilft, den Blick für die Welt außerhalb des eigenen Erfahrungshorizonts offen zu halten.
- Den größten Gewinn haben die Schwangeren in dieser Region, die auf gebündelte und kooperative Kompetenz zurückgreifen können und eine qualitativ hochwertige Versorgungssicherheit in der 1-zu-1-Betreuung erhalten, was das Ziel aller Beteiligten ist.

Ausblick

Zu jeder Zeit gebären Schwangere ihre Kinder. Alle sollen das Recht auf eine Geburt haben, die mit Respekt und professioneller Begleitung die Gesundheit der Gebärenden und ihres Kindes im Blick hat. Gleichzeitig sollten sie selbstverständlich auch das Recht auf eine gerechte, diskriminierungsfreie und Integrität wahrende Begleitung haben, die Selbstbestimmung fördert und so eine stärkende Selbstwirksamkeitserfahrung möglich macht. Wenn die Physiologie der Prozesse, Chancen und Potenziale im Vordergrund steht statt das Risiko und die Fehlersuche, dann wird die Basis für ein positives stärkendes Geburtserleben geschaffen. Dass dies in Geburtshäusern beispielgebend gelingt und gefördert wird, wurde oben beschrieben. Um dies zu stärken, braucht es eine Gesundheitsinfrastruktur, in der es Normalität wird, dass Hebammen die Primärversorgerinnen der Schwangeren sind, das heißt die ersten Ansprechpartnerinnen. Hebammen begleiten physiologische Schwangerschaften, eine hebammengeleitete Geburtsbegleitung ist Normalität, an Fachärztinnen und Fachärzte wird verwiesen, wenn der Verlauf von der Physiologie abweicht. Hierzu bedarf es einer flächendeckenden Aufklärungsarbeit und einer Infrastruktur der Geburtshäuser, die von der Politik gefördert und gefordert wird, und Bedingungen, die Arbeiten und Verdienst in Geburtshäusern für Hebammen attraktiv machen.

Für die Zukunft ist eine Erweiterung der Aufklärungs- und Informationspflicht wünschenswert. Festgelegt und gesetzlich gefordert ist bisher nur die Information über bestimmte Risiken, nicht aber die Information über die Vorteile einer natürlichen Geburt. Dies führt zu einer Überbetonung von Risiken und Verunsicherung der Frauen.

Geburtshäuser und andere hebammengeleitete Angebote müssen gezielt gefördert werden, um regionale Versorgungslücken zu schließen. Gleichzeitig muss die Kooperation mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zu einer vorurteilsfreien Normalität werden. Die Krankenhausinfrastruktur muss so bestellt sein, dass an allen Orten realistische Verlegungswände mit den Kooperationskliniken möglich sind. Wenn alle die Kompetenzen und Arbeitsbereiche der anderen Beteiligten respektieren und in einem Selbstverständnis der Kooperation gemeinsam für eine gute Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettbegleitung engagiert sind, dann wirkt das in die Gesellschaft – denn es ist nicht egal, wie wir geboren werden.

Literatur

- Bauer, N., Blum, K., Löffert, S. und Luksch, K. (2020). Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (Hrsg.). Bochum. StB Hebammenwissenschaft, für das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI).
- Betran, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Souza, J. P. und Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. In: BMJ global health, 6 (6), e005671. doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671 (Download am 31. März 2025).
- Bschor, T. (2024). Zwölftes Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Zukunftsfähige flächendeckende geburtshilfliche Versorgung. Bundesministerium für Gesundheit. Online unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_12te_Zukunftsfaehige_Versorgung.pdf (Download am 31. März 2025).
- Buckley, S. und Unväs-Moberg, K. (2019). Nature and consequences of oxytocin and other neurohormones during the perinatal period. In: Downe, S. und Byrom, S. (2019). Squaring the Circle. Normal birth research, theory and practice in a technological age. London.
- Cibralic, S., Pickup, W., Diaz, A. M., Kohlhoff, J., Karlov, L., Stylianakis, A., Schmied, V., Barnett, B. und Eapen, V. (2023). The impact of midwifery continuity of care on maternal mental health: A narrative systematic review. In: Midwifery, 116, 103546. doi.org/10.1016/j.midw.2022.103546 (Download am 31. März 2025).

- David, M. und Ebert, A. (2020). Die „programmierte Geburt“ – Traum oder Albtraum? In: Geburtsh Frauenheilk 80. S. 358–361. doi.org/10.1055/a-1107-1937 (Download am 31. März 2025).
- Dawson, K., Newton, M., Forster, D., McLachlan, H. (2018). Comparing caseload and non-caseload midwives' burnout levels and professional attitudes: A national, cross-sectional survey of Australian midwives working in the public maternity system. In: Midwifery, 63. S. 60–67. doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.026. (Download am 31. März 2025).
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2020). S3-Leitlinie: Vaginale Geburt am Termin. AWMF-Registernummer: 015/051. Stand: 2020.
- Fikre, R., Gubbels, J., Teklesilasie, W. und Gerards, S. (2023). Effectiveness of midwifery-led care on pregnancy outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. In: BMC Pregnancy Childbirth, 23. S. 386. doi.org/10.1186/s12884-023-05664-9 (Download am 31. März 2025).
- GKV-Spitzenverband (2020). Kriterien zu Geburten im häuslichen Umfeld (Anlage 3 QV) (Beiblatt 1 zur Vereinbarung). Online unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/20200401_Hebammen_Anlage_zur_Vereinbarung_-_Beiblatt_1_Kriterien_zu_Geburten_im_haeuslichen_Umfeld_Anlage_3_QV_final.pdf (Download am 31. März 2025).
- Hansson, M., Dencker, A., Lundgren, L., Carlsson, L. M., Eriksson, M. und Hensing, G. (2022). Job satisfaction in midwives and its association with organisational and psychosocial factors at work: a nation-wide, cross sectional study. In: BMC health services research, 22, 436. doi.org/10.1186/s12913-022-07852-3 (Download am 31. März 2025).
- Hartmann, K. und Kruse, M. (2022). Gewalt in der Geburtshilfe: erkennen, reflektieren, handeln. Erste Auflage.
- IQTiG (2024). Bundesauswertung 2024 nach DeQS-RL PM-GEB. DeQS-RL Geburtshilfe EJ 2023 Jahresbericht. Berlin.
- Kämmerer, U., Garnier, Y. und Singer, D. (2019). Sexualfunktionen, Schwangerschaft und Geburt. In: Pape, H.-C., Kurtz, A., Silbernagel, S. und Klinke, R. (2019). Physiologie. Stuttgart und New York.

- Lundborg, L., Äberg, K., Liu, X., Norman, M., Stephansson, O., Pettersson, K., Ekborn, M., Cnattingius, S. und Ahlberg, M. (2024). Midwifery Continuity of Care During Pregnancy, Birth, and the Postpartum Period: A Matched Cohort Study. In: *Birth*, 52 (1). S. 146–156. doi.org/10.1111/birt.12875 (Download am 31. März 2025).
- Matlala, M. S. und Lumadi, T. G. (2019). Perceptions of midwives on shortage and retention of staff at a public hospital in Tshwane District. In: *Curationis*, 42 (1). e1–e10. doi.org/10.4102/curationis.v42i1.1952 (Download am 31. März 2025).
- Moncrieff, G. (2018). Can continuity bring birth back to women and normality back to midwives? In: *British Journal of Midwifery*, 26 (10). S. 642–650. doi.org/10.12968/bjom.2018.26.10.642 (Download am 31. März 2025).
- Motherhood, Desery, K., Utzt, D. und Reitz, D. (2025). Eltern für sichere Geburt. Mother Hood e.V. (Download am 6. Januar 2025).
- Palau-Costafreda, R., Garda Gumiel, S., Eies Velasco, A., Jansana-Riera, A., Orus-Covisa, L., Hermida Gonzalez, J., Algarra Ramos, M., Canet-Velez, O., Obregon Gutierrez, N. und Escuriet, R. (2023). The first alongside midwifery unit in Spain: A retrospective cohort study of maternal and neonatal outcomes. In: *Birth*, 50 (4). S. 1057–1067. doi.org/10.1111/birt.12749 (Download am 31. März 2025).
- Qu, L., Gao, J., Liu, L., Lun, B. und Chen, D. (2022). Compassion fatigue and compassion satisfaction among Chinese midwives working in the delivery room: A cross-sectional survey. In: *Midwifery*, 113, 103427. doi.org/10.1016/j.midw.2022.103427 (Download am 31. März 2025).
- QUAG (2025). Willkommen. QUAG – Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. Online unter www.quag.de/ (Download am 31. März 2025).
- Sandall, J., Fernandez Turienzo, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H. und Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. In: *The Cochrane database of systematic reviews*, 4 (4), CD004667. doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6 (Download am 31. März 2025).
- Scamell, M., Stone, N. und Dahleen, H. (2019). Risk, safety, fear and trust in childbirth. In: Downe, S. und Byrom, S. (2019). *Squaring the circle. Normal birth research, theory and practice in a technological age*. London.

- Schäfers, R. und QUAG e.V. (2024). Qualitätsbericht 2023. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland.
- Scholten, N., Strizek, B. et al. (2024). Birthing positions and mother's satisfaction with childbirth: A cross-sectional study on the relevance of self-determination. In: Archives of Gynecology and Obstetrics, 311. S. 591–598. doi.org/10.1007/s00404-024-07770-1 (Download am 31. März 2025).
- Schwarz, C. M. (2008). Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984–1999 in Niedersachsen, genehmigte Dissertation. Fakultät VII – Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin.
- Seijmonsbergen-Schermers, A. E., Peters, L. L., Goodarzi, B., Bekker, M., Prins, M., Stapert, M., Dahlen, H. G., Downe, s., Franx, A. und de Jonge, A. (2020). Which level of risk justifies routine induction of labor for healthy women? Sexual & reproductive healthcare. In: Official journal of the Swedish Association of Midwives, 23, 100479. doi.org/10.1016/j.srhc.2019.100479 (Download am 31. März 2025).
- Stone, N. I. (2019). Putting the Baby Back in the Body: How Midwives Construct Safety. The re-embodiment of pregnancy to enhance safety in a free-standing birth center. In: Midwifery, 104, 103172. doi.org/10.1016/j.midw.2021.103172 (Download am 31. März 2025).
- Stone, N. I. und Downe, S. (2023). Women's experience of early labour in a free-standing birth centre: Midwifing embodied labour. In: Woman and Birth, 36 (6). S. 538–545. doi.org/10.1016/j.wombi.2023.02.008 (Download am 31. März 2025).
- Tew, M. (2022). Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe. Frankfurt.
- Tracy, S. und Page, L. (2019). Choice, continuity and Control: a clarion call to putting women at the centre of their care, and supporting normal birth. In: Downe, S. und Byrom, S. (2019). Sqaring the circle. Normal birth research, theory and practice in a technological age. London.
- Volkert, A., Bach L., Hagenbeck C., Kössendrup J., Oberröhrmann C., Okumu M. R. und Scholten N. (2024). Obstetric interventions' effects on the birthing experience. In: BMC Pregnancy Childbirth, 24, 508. doi.org/10.1186/s12884-024-06626-5 (Download am 31. März 2025).
- Wagner, C. A. (2019). Neurovegetative Regulation. In: Pape, H., Kurtz, A. und Silbernagel, S. (Hrsg.). Physiologie. Stuttgart und New York. S. 869–887.