

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Öffentlichen Gesundheit

Autorinnen: Univ.-Prof. Dr. rer. medic. Dipl. med. päd. Sabine Striebich, Nina Schurig

Datum: 01.07.2024

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) begrüßt die Errichtung eines *Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit* am Bundesministerium für Gesundheit (BMG), welches als zentrale Instanz zur Wahrnehmung der staatlichen Aufgaben im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz der Bevölkerung (Public Health) dienen soll. Die DGHWi weist zudem darauf hin, dass Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt entsprechend des 9. Nationalen Gesundheitsziels (NGZ)[1] beim Aufbau, der Zielfindung und der Ausstattung des neuen Bundesinstituts besonders priorisiert werden muss. Zu diesem Zweck sollten Expert*innen der Hebammenwissenschaft von Beginn an und kontinuierlich einbezogen werden.

Stellungnahme zum Punkt A „Problem und Ziel“

Im Gesetzesentwurf werden die heute vorherrschende *„Krankheitslast, insbesondere durch Krankheiten, wie Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenzerkrankungen etc. und sozial-, geschlechts- und altersspezifisch unterschiedlichen Gesundheitschancen“* als Herausforderungen für das Gesundheitssystem benannt, die zukünftig stärker durch strukturierte und zielgerichtete Maßnahmen der Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz als Aufgaben der Öffentlichen Gesundheit adressiert werden sollen. Die DGHWi bekräftigt dies und wird im Folgenden erläutern, dass die Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt als ausgewählter Fokus besonders beachtet werden sollte, da in der Lebensphase des Elternwerdens die grundlegende Basis, das Fundament für die Gesundheit der Bevölkerung in der kleinsten Zelle der Gesellschaft – der Familie – gelegt wird. Durch den engen, vertrauensvollen Kontakt zu den Familien, der bereits während der Schwangerschaft und im häuslichen Umfeld stattfindet, kommt Hebammen hierbei eine besondere „Lotsenfunktion“[2] zu, die bisher noch zu wenig beachtet wird (zur Rolle von Hebammen und ihren Aufgaben, siehe S. 6f.).

Schwangerschaft, Geburt und die erste Zeit mit dem Neugeborenen sind vulnerable und weichenstellende Lebensphasen für die lebenslange Gesundheit. Die Lebensphase des Elternwerdens ist gleichzeitig eine sensible Phase, ein „window of opportunity“, für gesundheitsförderndes Verhalten in der Familie (Ernährung, Bewegung, Mundgesundheit, Beziehungs- und Bindungsverhalten sowie Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge wie etwa Impfungen). Es stellt daher eine Schlüsselperiode für die lebenslange Gesundheit von Müttern, Vätern und den heranwachsenden Kindern in Deutschland dar, die später ebenfalls Eltern werden. Aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen wie dem Wegfall haltgebender Familienstrukturen, der zunehmenden Vereinzelung, dem wachsenden Konsum sozialer Medien, dem veränderten Freizeitverhalten und der Zunahme an Migration resultieren komplexere Versorgungsbedürfnisse während Schwangerschaft, Geburt und früher Elternzeit. Psychischer Stress in der Schwangerschaft ist langfristig schädlich. Er beeinträchtigt nicht nur das Wohlbefinden der werdenden Eltern und kann Sorge und Angst auslösen, sondern ist darüber hinaus assoziiert mit Telomerverkürzung, einer biochemischen Veränderung im Erbgut des Neugeborenen, die als Biomarker für schwerwiegende langfristige Gesundheitsprobleme des Kindes angesehen wird [3].

Bei rund 700.000 Geburten pro Jahr [4] ist die bevorstehende Geburt einer der häufigsten (und damit epidemiologisch bedeutsamsten) Anlässe für eine stationäre Klinikaufnahme – sowohl für Frauen im gebärfähigen Alter, als auch in absoluten Zahlen. Mehrere der am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen bei vollstationärer Behandlung stehen in direktem Zusammenhang mit der Perinatalzeit [5;6].

Die gesundheitliche Versorgung rund um die Geburt in Deutschland ist derzeit – wie auch in anderen Ländern mit hochentwickelter Geburtshilfe¹ – durch Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet; Gesundheitsförderung und Prävention sind zwar vorgesehen, aber nicht strukturell verankert, etwa im ambulanten Bereich der Schwangerenvorsorge [7]. Bei Geburten werden in großem Umfang Interventionen wie Geburtseinleitung, Wehenmittelgabe während der Geburt und operative Geburt durch Sectio Caesarea (Kaiserschnitt) eingesetzt (im Jahr 2021 in 21,4%, 26,46% resp. 31,74% aller Geburten [8]), ohne dass dies einen gesundheitlichen Nutzen für Mutter und Kind erbringt, was hohe Kosten verursacht. Dies wird als „too much, too soon“-Phänomen bezeichnet [9].

Ein Kulturwandel hin zu einer stärker gesundheitsfördernden, präventiven geburtshilflichen Versorgungsorganisation und -gestaltung ist bereits seit 2017 mit der Verabschiedung des 9. NGZ „Gesundheit rund um die Geburt“ [1] programmatisches Ziel aller Akteure in Deutschland und soll mit der Priorität eines „Nationalen Aktionsplans“ durch die Regierung umgesetzt werden [10]. Dies hat großes Potenzial, die Gesundheit der Bevölkerung bedeutend und nachhaltig zu verbessern. Hintergrund ist: Eine interventionsarme, physiologische Geburt i.S.d. Nationalen Gesundheitsziels trägt zu einer positiven Geburtserfahrung bei – aus Sicht der WHO das zentrale, stets anzustrebende Gesundheitsergebnis der Geburtsbetreuung [11]. Eine negative Geburtserfahrung wiederum hat zahlreiche nachteilige und potenziell langfristige Auswirkungen auf die Mütter, ihre Familien und Kinder, beispielsweise eine erhöhte Rate an postpartalen Depressionen und Angsterkrankungen bei Müttern und Vätern, geringere postpartale Partnerschaftszufriedenheit, Schwierigkeiten beim Stillen und eine erschwerte Eltern-Kind-Bindung, verstärkte Geburtsangst in der Folgeschwangerschaft und damit verbundene Auswirkungen auf die zukünftige Familienplanung [12-18]. Betrachtet man diese Auswirkungen einzeln, so wird klar, dass jeder Faktor an sich, wiederum negative Auswirkungen auf die Gesamtgesundheit der Familie haben kann. Die Gesundheit rund um die Geburt, mit besonderem Fokus auf eine positive Geburtserfahrung, sollte damit im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit und der Zielsetzung des neuen Bundesinstituts einen besonderen Stellenwert erhalten.

Auch im Rahmen der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung, die im Gesetzesentwurf explizit als Zielsetzung dargestellt wird, spielt dies eine große Rolle. Die DGHWi empfiehlt, das Thema „Gesundheit rund um die Geburt“ in der Gesundheitskommunikation zu priorisieren und den (werdenden) Eltern – wie bisher im Portal Familienplanung der BzGA – nicht nur qualitätsgesicherte (wie bisher), sondern evidenzbasierte Informationen mit Fokus auf die physiologische, interventionsarme Geburtshilfe mit dem Ziel der positiven Geburtserfahrung zu

¹ Geburtshilfe beinhaltet die gesundheitliche Versorgung in der Schwangerschaft, die Hilfe bei den Wehen und der Geburt des Kindes sowie die Betreuung in Wochenbett und Stillzeit

übermitteln, sodass Frauen und werdende Eltern informierte Entscheidungen bezüglich der eigenen Versorgung treffen können. Bezüglich der in Punkt A erwähnten Notwendigkeit eines „Paradigmenwechsels in Bezug auf die Öffentliche Gesundheit“ möchten wir ergänzen, dass eine Vereinheitlichung in den Bereichen der Datenerfassung, Kommunikation und Qualifikation des Personals, ebenso wie eine Standardisierung der Kommunikation und die Notwendigkeit einer einheitlichen und eindeutigen Datenlage auch auf die Frauen- und Familiengesundheit rund um die Geburt angewandt werden sollte. Systematische Datenerhebungen zur peripartalen Frauengesundheit als Teil der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sollte aus Sicht der DGHWi in Deutschland dringend erhoben werden, um die Qualität der Versorgung beurteilen und Maßnahmen zur Verbesserung ableiten zu können. Um dies zu erreichen und nachhaltig zu stärken, sollten innerhalb des neuen Bundesinstituts sowohl zu den Prozessen der Qualitätssicherung als auch der Finanzierung von Gesundheitsleistungen Schnittstellen geschaffen werden. Das in Punkt A erwähnte Ziel der evidenzbasierten Arbeitsweise mit Fokus auf die Generierung wissenschaftlicher Erkenntnisse unterstützt die DGHWi ausdrücklich. Hierzu ist es erforderlich, Forschung in diesen Bereichen zu fördern. Im Bereich der Gesundheit rund um die Geburt besteht hierzu großer Bedarf [19], insbesondere da derzeit hebammenwissenschaftliche Forschungsanträge in öffentlichen Ausschreibungen des BMBF, der DGF und des Innovationsfonds mit anderen hoch-relevanten Themen wie Herz-Kreislauf Erkrankungen, Onkologie, Molekulare Medizin konkurrieren. Es wird eine Forschungsagenda „Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt“ benötigt, die dann im geplanten *Bundesinstitut* unter der Leitung von Expert*innen der Hebammenwissenschaft priorisiert und sukzessive umgesetzt wird.

Stellungnahme zum Punkt B „Lösung“

Die DGHWi begrüßt die Errichtung des neuen *Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin* (BIPAM). Die dort neu gewonnenen Erkenntnisse sollten allerdings nicht ausschließlich im Rahmen von „Empfehlungen und Kommunikationsmaßnahmen“ verarbeitet werden. Um die Gesundheit schwangerer Frauen, Eltern und Familien nachhaltig zu stärken bedarf es einer engen Zusammenarbeit sowohl mit dem IQTIG als auch mit den Kostenträgern, also den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Neben dem Ziel der evidenzbasierten Aufklärung der Bevölkerung und der Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Klient*innen, müssen die gewonnenen Erkenntnisse zielführend und methodisch angemessen mit Hilfe von klinischen Studien in die Praxis gebracht werden. Die DGHWi bekräftigt, dass Translationsforschung gezielt gefördert und ausgebaut werden muss.

In diesem Sinne bleibt auch zu erwähnen, dass Präventionsmaßnahmen nicht für sich alleine stehen können. Gesundheitsförderung, Verhaltens- und Verhältnisprävention und Gesundheitskompetenz müssen zusammengedacht und Familien auf verschiedenen Wegen erreicht werden. Heute erhalten besonders Frauen und Familien in psychosozial belasteten Lebenslagen kaum Hebammenhilfe. Aus eigener Initiative haben Hebammen das Bildungsangebot „Hebammen in Schulen“ [20] ins Leben gerufen. Familienhebammen verfügen über besondere Kompetenzen, um Familien in komplexen Lebenslagen im Kontext der „Frühen

Hilfen“ über einen längeren Zeitraum zu begleiten [21]. Allerdings sind diese Angebote noch in nicht ausreichender Menge verfügbar.

Bezogen auf das eingangs erwähnte Beispiel der Geburtserfahrung: Um effektive Prävention vor den umfangreichen Folgen einer negativen Geburtserfahrung zu erreichen, muss die geburtshilfliche Versorgung in Kliniken im Sinne des 9. NGZ [1] maßgeblich verbessert werden (entsprechend des Konzepts der „präventiven Versorgung“ [22]). Die effektive Prävention liegt folglich – insbesondere im Bereich der Gesundheit rund um die Geburt – nicht überwiegend bei der Aufklärung der Bevölkerung (individuelle bzw. Verhaltensprävention), sondern insbesondere in der Schaffung von Bedingungen im Gesundheitssystem, die die präventive Versorgung stärken (Verhältnisprävention). Eine entsprechende Erweiterung der Zielsetzung des BIPAM ist wünschenswert.

Die Nutzung von Public Health Daten zur Evidenzgenerierung begrüßt die DGHWi, da in der geburtshilflichen Versorgung i.d.R. gesunde Frauen mit ihren Kindern betreut werden und jegliche Interventionen besonderes begründet werden müssen. Weitere evidenzbasierte Leitlinien mit entsprechenden Handlungsempfehlungen zur Umsetzung sowie edukative Materialien für Frauen und Familien werden dringend benötigt. Die rund 700.000 Geburten in Deutschland [4] stellen eine solide Datengrundlage dar, in deren Aufarbeitung investiert werden sollte. Neben der Aufklärung der Bevölkerung muss ebenfalls die Schulung des Gesundheitspersonals durch das BIPAM adressiert werden, um effektive Prävention zu gewährleisten. Im Kompetenzkatalog für die staatliche Prüfung zur Hebamme (Anlage 1, Abschnitt 1, Satz 1 (d) (HebStPrV) [23] wurde die die Edukation durch Hebammen bereits berufsrechtlich verankert.

Wir befürworten das grundsätzliche Ziel der Entwicklung von evidenzbasierten Empfehlungen und Handlungsvorschlägen für alle Zielgruppen, möchten jedoch darauf hinweisen, dass sowohl das Handeln von bestimmten Bevölkerungsgruppen, als auch das Handeln von Akteuren in Gesundheitsinstitutionen komplexe Gründe hat und multiplen Einflüssen unterliegt, sodass es aus unserer Sicht sinnvoll scheint, konkrete Strategien zu entwickeln, wie die gewonnen Erkenntnisse bindend in die Praxis eingebracht werden können. Ob dies mithilfe der auf S.4 erwähnten „Vernetzung auf freiwilliger Basis“ erreicht werden kann, ist aus Sicht der DGHWi fraglich. Es werden darüber hinaus Strategien benötigt, wie Voraussetzungen für die Bevölkerung entwickelt werden können, die erarbeiteten Handlungsempfehlungen entsprechend umzusetzen. Aus Sicht der DGHWi ist es empfehlenswert, Schnittstellen zwischen dem BIPAM und anderen politischen Institutionen des Bundes so zu gestalten, dass die Erkenntnisse dazu beitragen können, Bedingungen für effektive Prävention und Gesundheitsförderung, angepasst an die Lebensrealität der Zielgruppen in der Bevölkerung, zu schaffen (angelehnt an den auf S.3 erwähnten Ansatz „Health in all Policies“). Dies spiegelt sich auch in der im Entwurf unter Punkt B formulierten Lösung wider, indem von „gesundheitsfördernden Ansätzen in den Lebenswelten der Menschen“ gesprochen wird. Hierzu erfolgt von der DGHWi der Hinweis, dass eine Schaffung von Bedingungen, die sich an den Bedürfnissen von Frauen und Familien rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr orientieren, für die Angleichung der geschlechts- und altersbezogen unterschiedlichen Gesundheitschancen unabdingbar ist.

Darüber hinaus ist es des Weiteren aus Sicht der DGHWi sinnvoll, die Gesundheitskompetenz von Frauen und Familien zu stärken. Zielsetzung muss sein, Information so zur Verfügung zu stellen, dass sie von allen gefunden, gelesen, verstanden und angewendet werden kann. Hierbei ist eine individuelle Begleitung, angepasst an die Lebenswelten, erforderlich. Hebammen können hier als Lotsinnen wirken. Voraussetzung für eine passgenaue Gesundheitskommunikation ist eine unabhängige Aufbereitung der Evidenz [24]. In der Geburtshilfe unterscheiden sich jedoch fachliche Einschätzungen mitunter, da sie professionsspezifischen, kulturellen und erfahrungsbezogenen Einflüssen unterliegen, was sich auch in den stark variierenden Interventionsraten weltweit widerspiegelt [1;9;25;26].

Wir möchten an dieser Stelle nochmals darauf hinweisen, dass auch die Entlastung des Gesundheitssystems und der Sozialversicherungen durch eine Implementierung der physiologischen, interventionsarmen Geburtshilfe mit Fokus auf eine positive Geburtserfahrung i.S.d. 9. NGZ [1] erwirkt werden kann, wie bereits oben unter Punkt A „Problem und Ziel“ aufgezeigt wurde.

Stellungnahme zum Punkt F „Weitere Kosten“

Die dargestellte Kostensenkung für die Wirtschaft und die sozialen Sicherungssysteme durch die Gesundheitsaufklärung der Gesellschaft und die damit verbundene Senkung der Krankheitslast muss den Kosten der „Präventiven Versorgung“ gegenübergestellt werden. Während eine Senkung der Interventionsraten unter der Geburt auch mit einer Kostenreduktion einhergehen würde, kann dies nur unter der Bedingung der ausreichenden Finanzierung einer am 9. NGZ [1] orientierten Geburtshilfe stattfinden. Eine besondere Rolle nimmt hierbei die Berufsgruppe der Hebammen ein. Hebammen sind Gesundheitsfachkräfte, die speziell qualifiziert sind, als Primärversorgerinnen Frauen in der reproduktiven Lebensphase von der Familienplanung bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes (bzw. bis zum Ende der Stillzeit) sowie ihre Kinder und Familien eigenständig und eigenverantwortlich zu betreuen; das Ziel der Hebammenbetreuung besteht in der Förderung und dem Erhalt der Physiologie und der Früherkennung von Regelwidrigkeiten und Risiken [27]. Betreuung und Hilfeleistungen bei Wehen, der Geburt und im Wochenbett sind Hebammen vorbehaltene Aufgaben; Ärztinnen und Ärzte müssen zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuziehen. Hebammen arbeiten in enger Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen, vor allem Frauenärztinnen und Frauenärzten zusammen. Bei Regelabweichungen ziehen Hebammen eine Ärztin oder einen Arzt hinzu und setzen gemeinsam mit der Geburtsmedizin ihre Hebammenbegleitung fort [27]. Der Anspruch gesetzlich versicherter Frauen auf Hebammenbetreuung ist sozialrechtlich im SGB V verankert; Hebammenleistungen werden selbstständig nach dem Hebammenhilfevertrag abgerechnet. Hebammen, die nach internationalem Standard ausgebildet sind, die optimal im vollen Spektrum ihrer Tätigkeit ins Gesundheitssystem integriert sind und in interdisziplinären Teams arbeiten, verhindern durch ihre Tätigkeit 80% aller Todesfälle bei Frauen und Neugeborenen und verbessern nachgewiesenermaßen weitere 50 gesundheitsbezogene Outcomes bei Mutter und Kind [28]. Hebammenarbeit ist nachhaltig, denn Hebammenbegleitung verringert nachweislich medizinische Interventionen wie Kaiserschnittentbindungen und Episiotomien (Dammschnitte), die einer Körperverletzung gleichkommen, wenn sie ohne vorherige Aufklärung, ohne

Zustimmung oder verfrüht oder ohne Indikation, also nicht evidenzbasiert, eingesetzt werden. Hebammen fördern aktiv die positive, stärkende Erfahrung im Zuge von Schwangerschaft und Geburt und früher Säuglingszeit inkl. der Eltern-Kind-Bindung und das Stillen. Zudem werden Kosten reduziert: Die Kosten der Betreuung einer Schwangeren ohne besondere Risiken liegen in hebammengeführter Betreuung um 45% niedriger als in einem ärztlich geleiteten Versorgungsmodell, wie eine Auswertung aus Australien zeigt [in: 28]. Schwangere Frauen und werdende Eltern sind eine vulnerable Bevölkerungsgruppe. Hebammen arbeiten im direkten Lebensumfeld der Frauen und Familien, können deren gesundheitliche Lage erfassen und ihre Bedürfnisse unmittelbar einschätzen. Hebammen passen ihre Betreuung an diese Bedürfnisse an und sichern so das Höchstmaß an Gesundheit für alle Frauen, solche ohne Besonderheiten und auch bei bestehenden Risiken und Komplikationen. Hebammen sind besonders effektiv im Gesundheitssystem eingesetzt, wenn sie Frauen und Familien kontinuierlich vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit bzw. bis zum Ende des ersten Lebensjahrs des Kindes betreuen können („Midwife-led-Care“) [28].

Die originäre Rolle von Hebammen als Primärversorgerin vom Kinderwunsch bis Ende der Stillzeit und die Möglichkeit, Frauen und Familien kontinuierlich zu betreuen („Midwife-led-Care“) sollte aus Sicht der DGHWi im ambulanten und stationären Versorgungssektor strukturell und systematisch verankert werden, damit die gesundheitlichen Vorteile wirksam werden und die wertvolle Arbeit von Hebammen in Medizin und Gesellschaft sichtbar wird. Dies deckt sich sowohl mit den Empfehlungen des Wissenschaftsrats [29], der es als geboten ansieht, die Potenziale der Gesundheitsberufe gezielt zu nutzen und zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems Verantwortlichkeiten und Rollen der Gesundheitsberufe neu zu verteilen, als auch mit der Einschätzung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) [30], der sich in seinem jüngsten Gutachten im April 2024 dafür ausspricht, die Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe in Kliniken zu verbessern, um dem Personalmangel entgegenzuwirken. Entsprechende Konzepte der Hebammenwissenschaft zur Weiterentwicklung der Rollen von Hebammen im Gesundheitssystem liegen vor [31].

Des Weiteren ist zu erwarten, im Einklang mit den in Punkt F genannten Ausführungen, dass die Folgekosten für Gesundheitsleistungen nach der Geburt (z.B. für ambulante Kinderwunschbehandlungen, interventionsreiche Folgegeburten, Re-Sectiones, die Behandlung chronischer Schmerzen oder psychotherapeutische Behandlungen [32-34]) erheblich gesenkt werden können. Es sollte dennoch dargestellt werden, dass effektive Prävention und Gesundheitsförderung durch das BIPAM mit erhöhten Kosten in der Wirtschaft und bei den Sozialversicherungen einhergehen kann.

Die DGHWi empfiehlt, die genannten Hinweise in die Gesetzesvorlage aufzunehmen, insbesondere die Zielsetzung der Entwicklung einer präventiven Versorgung und Aufklärung von Gesundheitspersonal (neben der Verhaltensprävention und Aufklärung der Bevölkerung), sowie die Priorisierung der Gesundheit rund um die Geburt. Die DGHWi begrüßt den Gesetzesentwurf und sieht in ihm großes Potential, die Gesundheits- und Versorgungssituation in Deutschland

nachhaltig zu verbessern. Es ist unabdingbar, dass der entsprechende Bereich im BIPAM durch eine Expert*in der Hebammenwissenschaft – analog des in England berufenen „chief midwifery officer“ – geleitet wird.

Literatur:

- [1] Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. 2017. 28.6.2024. Abgerufen von: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf
- [2] zu Sayn-Wittgenstein F (Hrsg.). Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. 2007; Bern: Hans Huber.
- [3] Moshfeghinia, R., Torabi, A., Mostafavi, S. et al. Maternal psychological stress during pregnancy and newborn telomere length: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 23, 947 (2023).
- [4] Statistisches Bundesamt. Bevölkerung. Geburten. 2024. 28.6.2024 Abgerufen von: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html#234040
- [5] Marraffa T, Peters M. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung für die Fraktionen der SPD, von Bündnis 90/Die Grünen und der FDP für ein Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz), 26.08.2023
- [6] Statistisches Bundesamt. Häufigste Fallpauschalen bei vollstationär behandelten Krankenhauspatienten in Deutschland im Jahr 2022. 28.6.2024. Abgerufen von: de.statista.com. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248150/umfrage/die-zehn-haeufigsten-fallpauschalen-bei-krankenhauspatienten>
- [7] Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft. Fachtag: Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Schwangerschaft – Wie sieht eine evidenzbasierte, frauengerechte Schwangerenvorsorge aus? – 21.Okt. 2023. 30.06.2024. Abgerufen unter: <https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2023/02/19/fachtag-ueber-unter-und-fehlversorgung-in-der-schwangerschaft-wie-sieht-eine-evidenzbasierte-frauengerechte-schwangerenvorsorge-aus-21-okt-2023/>
- [8] IQTiG. Bundesauswertung Perinatalmedizin Geburtshilfe. Erfassungsjahr 2021.
- [9] Miller S., Abalos E, Chamillard M et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. Lancet. 2016; 388: 2176-2192
- [10] Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.. Verbändeanhörung zum Aktionsplan „Gesundheit rund um die Geburt“. 30.06.2024. Abgerufen unter: <https://gvg.org/de/topic/138.ag-gesundheit-rund-um-die-geburt.html>
- [11] World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
- [12] Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. Midwifery. 2016;39:112-23.
- [13] Bradley R, Slade P. A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2011;29(1):19-42.
- [14] Davis AMB, Sclafani V. Birth Experiences, Breastfeeding, and the Mother-Child Relationship: Evidence from a Large Sample of Mothers. Can J Nurs Res. 2022;54(4):518-29.
- [15] Seefeld L, von Soest T, Dikmen-Yildiz P, Garthus-Niegel S. Dyadic analyses on the prospective association between birth experience and parent-child-bonding: The role of postpartum depression, anxiety, and childbirth-related posttraumatic stress disorder. J Anxiety Disord. 2023;98:102748.
- [16] Seefeld L, Handelzalts JE, Horesh D, Horsch A, Ayers S, Dikmen-Yildiz P, et al. Going through it together: Dyadic associations between parents' birth experience, relationship satisfaction, and mental health. J Affect Disord. 2024;348:378-88.
- [17] Handelzalts JE, Levy S, Peled Y, Yadid L, Goldzweig G. Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. Arch Gynecol Obstet. 2018;297(4):927-32.
- [18] Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? Bjog. 2002;109(3):254-60.
- [19] Galea LA, Parekh RS. Ending the neglect of women's health in research. BMJ. 2023 Jun 12;381:1303
- [20] Schneider E. Hebammen an Schulen. Ein Handbuch für Hebammen in pädagogischen Handlungsfeldern, 2023.
- [21] Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Was machen Familienhebammen? 01.07.2024, Abgerufen von: <https://www.elternsein.info/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/was-machen-familienhebammen/#:~:text=Zu%20den%20Aufgaben%20einer%20Hebamme,ersten%20Wochen%20nach%20der%20Geburt.>

- [22] Pfaff H. Präventive Versorgung. Begriffsbestimmung und theoretisches Konzept. In: Gesundheitsförderung und Prävention, 1/2006.
- [23] Bundesministerium der Justiz. Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen, 8. Januar 2020.
- [24] Leitlinie Evidenzbasierte Gesundheitsinformation. 01.07.2024, Abgerufen von: <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/>
- [25] Henshall BI, Grimes HA, Davis J, East CE (2024). What is 'physiological birth'? A scoping review of the perspectives of women and care providers. *Midwifery*. 2024 May;132:103964.
- [26] OECD. Caesarean sections (indicator), 2024. Doi: 10.1787/adc3c39f-en. 28.06.2024. Abgerufen von: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>
- [27] Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz), 2019.
- [28] World Health Organization. Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: framework for action. Geneva: 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- [29] Wissenschaftsrat. Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe | Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. 2023. Köln. <https://doi.org/10.57674/6exf-am35>
- [30] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege. Fachkräfte im Gesundheitswesen | Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024. DOI: 10.4126/FRL01-006400072
- [31] Striebich S, Bauer NH, Dietze-Schwonberg K, Grieshop M, Kluge-Bischoff A, Zyriax BC, Plappert CF. Akademische Bildung von Hebammen in Deutschland (Teil 2): Chancen und Herausforderungen zur Weiterentwicklung der Profession. Positionspapier des Ausschuss Hebammenwissenschaft (AHW) in der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA). *GMS J Med Educ*. 2024;41(3):Doc32. DOI: 10.3205/zma001687
- [32] Sudhinaraset M, Landrian A, Golub GM, Cotter SY, Afulani PA. (2021). Person-centered maternity care and postnatal health: associations with maternal and newborn health outcomes. *AJOG Glob Rep*. 2021;1(1):100005.
- [33] Angolile CM, Max BL, Mushemba J, Mashauri HL. (2023). Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. *Health Sci Rep*. 2023 May 18;6(5):e1274.
- [34] Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, Gülmezoglu AM. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG*. 2018 Jul;125(8):918-922. doi: 10.1111/1471-0528.15237.