

Kleine Anfrage

der Abg. Dr. Boris Weirauch und Dr. Dorothea Kliche-Behnke SPD

und

Antwort

des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration

Gewalterfahrung bei der Geburt und Situation der Geburtshilfe in Baden-Württemberg

Kleine Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

1. Wie viele Beschwerden über oder Anzeigen von Gewalterfahrungen bei der Geburt (wie physische Gewalt, psychische und verbale Gewalt, Vernachlässigung) durch Entbundene gab es in Baden-Württemberg in den letzten zehn Jahren?
2. Wie viele Frauen haben in Baden-Württemberg in den letzten zehn Jahren im Nachgang einer Geburt psychologische bzw. psychosoziale Hilfe in Anspruch genommen?
3. Gibt es in Baden-Württemberg einen Obmann oder eine Obfrau für Gewalt oder Traumaerfahrung bei der Geburt?
4. Gibt es in Baden-Württemberg ein Meldesystem, bei dem Frauen traumatische Erfahrungen bei der Geburt ggf. auch vertraulich anzeigen können?
5. Wie setzt sie die Istanbul-Konvention im Hinblick auf Prävention von bzw. Unterstützung nach Gewalt bei der Geburt um?
6. Wie stellt sie sicher, dass der sensible und gewaltfreie Umgang mit Schwangeren und Gebärenden in den Lehrplänen der Hochschulen und der Hebammenschulen verankert ist?
7. Wie stellt sich aktuell und unter Darstellung der Entwicklung der letzten 15 Jahre die Hebammenversorgung in Baden-Württemberg dar, insbesondere hinsichtlich der Entwicklung des Betreuungsschlüssels (regional differenziert), aber auch bezüglich Ausstiegsentwicklungen, Entwicklung der Teilzeitquote und Nachwuchsproblemen?

8. Wie stellt sie sicher, dass Eltern, die von möglichen Folgen (wie zum Beispiel belastete Mutter-Kind-Bindung, belastete Mutter-Vater-Bindung, Probleme in der Paarbeziehung, posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen, Schlafstörungen, Auswirkungen auf weiteren Kinderwunsch) betroffen sind, bei einer Gewalterfahrung bei der Geburt adäquat geholfen wird unter Angabe, wie diese Hilfe aussieht?
9. Inwieweit wurden die Beschlüsse des Runden Tisches Geburtshilfe Baden-Württemberg vom 10. Mai 2019 bisher umgesetzt?
10. Welche Bedeutung misst sie der Aufnahme der „Zwölf Schritte“ der International Childbirth Initiative als angestrebte ethische Handlungskultur in der neuen S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin zu unter Darlegung, wie diese nach ihrer Kenntnis unter den Beteiligten in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg bewertet und aufgenommen wird?

2.11.2021

Dr. Weirauch, Dr. Kliche-Behnke SPD

Begründung

Gewalterfahrungen während der Geburt können für Frauen langfristige körperliche und psychische Folgen haben. Zeit- und Kostendruck im Gesundheitssystem, ein enger Personalschlüssel bei der Hebammenbetreuung, unterschiedliche Vorgaben auf Ebene der Kliniken und unsensible Behandlungen durch geburts-hilffliches Personal führen nach Angaben von Betroffenen immer wieder zu unnötigen und als Gewalt wahrgenommenen Eingriffen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet hierbei zwischen individueller Gewalt (z. B. physische und psychische Gewalt wie Anschreien, Beleidigen, Festhalten, Eingriffe ohne Zustimmung) sowie struktureller Gewalt (z. B. zu eng kalkulierte Personalschlüssel) und Gewalt, die durch politische Rahmenbedingungen begünstigt wird. Aus Sicht der Fragestellenden ist es ein deutlicher Fortschritt, dass die wesentlichen Verbände in ihrer S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin festgeschrieben haben, dass in der Phase der Geburt jeder Frau und ihrer Familie mit Respekt zu begegnen, ihre Würde zu achten und eine informierte Entscheidung zu ermöglichen ist. Die Kleine Anfrage hat zum Ziel, herauszufinden, wie ausgeprägt das Problem in Baden-Württemberg ist, wie systematisch die Thematik erfasst wird und wie in Baden-Württemberg den unterschiedlichen Formen von Gewalt bei der Geburt entgegengewirkt wird.

Antwort

Mit Schreiben vom 24. November 2021 Nr. 51-0141.5-017/1147 beantwortet das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration im Einvernehmen mit dem Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst die Kleine Anfrage wie folgt:

1. Wie viele Beschwerden über oder Anzeigen von Gewalterfahrungen bei der Geburt (wie physische Gewalt, psychische und verbale Gewalt, Vernachlässigung) durch Entbundene gab es in Baden-Württemberg in den letzten zehn Jahren?

Dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration liegen hierzu keine Informationen vor. Eine Anfrage bei der Geschäftsstelle der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKKG) hat ergeben, dass dort keine Berichte zu Gewalterfahrungen im Kontext der Geburt bekannt sind, weder systematische Erfassungen noch Einzelfallberichte.

2. Wie viele Frauen haben in Baden-Württemberg in den letzten zehn Jahren im Nachgang einer Geburt psychologische bzw. psychosoziale Hilfe in Anspruch genommen?

Dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration liegen hierzu keine Informationen vor.

3. Gibt es in Baden-Württemberg einen Obmann oder eine Obfrau für Gewalt oder Traumaerfahrung bei der Geburt?

Es gibt keine Obfrau/keinen Obmann für Gewalt oder Traumaerfahrungen bei der Geburt auf Landesebene. Ob eine Obfrau/ein Obmann auf anderer Ebene eingesetzt wird oder ob einzelne Einrichtungen ein entsprechendes Angebot haben, ist dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration nicht bekannt.

4. Gibt es in Baden-Württemberg ein Meldesystem, bei dem Frauen traumatische Erfahrungen bei der Geburt ggf. auch vertraulich anzeigen können?

Grundsätzlich können Beschwerden über den Klinikaufenthalt und die Behandlung über die Beschwerdemanagementsysteme der Krankenhäuser und über die Patientenfürsprecher gemeldet werden.

In Baden-Württemberg gibt es an vielen Kliniken Patientenfürsprecher – manchmal auch unter anderem Namen, z. B. Ombudsleute oder Vertrauenspersonen. Wichtigste Aufgabe der Patientenfürsprecher ist es, Patient/-innen und Angehörigen persönlich als Gesprächspartner zur Verfügung zu stehen, Zeit zu haben und zuzuhören. Sie nehmen die Anliegen und Beschwerden von Patient/-innen und Angehörigen ernst und versuchen zu klären, ob und welche Schritte von wem unternommen werden können, um das Problem zu lösen. Wenn es nötig ist, übernehmen sie eine Mittlerrolle zwischen Patient oder Patientin und Klinikpersonal und tragen zur Klärung und Entschärfung von Konflikten bei. Sie werden aber nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patientinnen und Patienten oder Angehörigen tätig. Bei der Geschäftsführung oder Klinikleitung setzen sie sich dafür ein, dass eventuell notwendige Veränderungen veranlasst werden. So ergänzen sie bereits etablierte Strukturen im Bereich des Risiko- und Qualitätsmanagements und arbeiten mit diesen zusammen, besonders bei der Bearbeitung von Patientenbeschwerden.

Ein einrichtungsübergreifendes Meldesystem ist weder dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration noch der BWKKG bekannt.

Seit 2005 sind Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, in Qualitätsberichten über ihre Arbeit und ihre Strukturen zu informieren. Die Angaben in den Qualitätsberichten lassen sich beispielsweise von Patientinnen und Patienten nutzen,

um Krankenhäuser zu vergleichen und das passende auszuwählen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt im Auftrag des Gesetzgebers fest, welche Informationen Qualitätsberichte enthalten und wie sie gegliedert und bereitgestellt werden müssen.

In den strukturierten Qualitätsberichten, die über verschiedene Internetportale öffentlich zugänglich sind, werden die Informationen über das jeweilige Beschwerdemanagement sowie Kontaktdaten im Abschnitt „A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement“ benannt. Dort ist ebenfalls vermerkt, ob es anonyme Eingabemöglichkeiten für Beschwerden gibt.

5. Wie setzt sie die Istanbul-Konvention im Hinblick auf Prävention von bzw. Unterstützung nach Gewalt bei der Geburt um?

Das am 1. Februar 2018 in Deutschland in Kraft getretene Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt, die sogenannte Istanbul-Konvention, umfasst das Thema „Gewalt bei der Geburt“ nicht gesondert. Der Menschenrechtsvertrag fordert umfassende Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Schutz und Unterstützung sowie Intervention und Sanktion in den Bereichen häusliche und sexualisierte Gewalt. In Deutschland müssen alle staatlichen Ebenen, der Bund, die Länder und die Kommunen die Inhalte der Istanbul-Konvention umsetzen. Dabei stehen die Prävention und der Schutz von Frauen im Mittelpunkt, die im Wesentlichen in den Zuständigkeitsbereich der Länder fallen. Die Landesregierung bekennt sich klar zur Umsetzung der Istanbul-Konvention.

6. Wie stellt sie sicher, dass der sensible und gewaltfreie Umgang mit Schwangeren und Gebärenden in den Lehrplänen der Hochschulen und der Hebammenschulen verankert ist?

Der sensible und gewaltfreie Umgang mit Schwangeren und Gebärenden leitet sich vom Grundsatz her bereits aus dem beruflichen Selbstverständnis von Hebammen ab. Der Themenkreis ist in den Lehrplänen wie folgt verankert:

Nichtakademische Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebAPrV)

In der bisherigen nichtakademischen Ausbildung, die auslaufend noch stattfindet, wird dem Thema „sensibler und gewaltfreier Umgang mit Schwangeren und Gebärenden“ im Verlauf der Ausbildung insbesondere als Teil des Hebammenunterrichts, des geburtshilflichen Unterrichts sowie des Ethikunterrichts Raum gegeben. Teilweise gibt es auch eine Unterrichtseinheit „Respektvolle Geburtshilfe“, die ausdrücklich und umfassend auf die Thematik eingeht. Die Reflexion der Praxiseinsätze ermöglicht die kritische Auseinandersetzung mit potenziell erlebter Gewalt in der Geburtshilfe. Nach Möglichkeit wird die traumasensible Geburtsbegleitung explizit in einen Workshop erarbeitet. In Heidelberg haben Auszubildende 2021 einen Projektbericht zu den Rückmeldungen von Hebammen und ärztlichem Personal zur Gewalt in der Geburtshilfe verfasst.

In der Anlage 1 zur HebAPrV sind hierzu folgende Lehrinhalte vorgesehen:

Erstes Jahr der Ausbildung

Vier Grundlagen für die Hebammentätigkeiten

Umgang mit Patientinnen und deren Betreuung unter Berücksichtigung ihrer physischen und psychosozialen Bedürfnisse.

Zweites und drittes Jahr der Ausbildung

- 10 Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik
- 10.1 Psychologie der Schwangeren, der Gebärenden und der Wöchnerin
- 10.2 Sozialpsychologie
- 10.2.1 Einführung in die Gruppendynamik
- 10.2.2 Abbau von Vorurteilen
- 10.3 Pädagogik, Menschenführung.

Den Regierungspräsidien liegen keine Hinweise vor, wonach die Vorgaben der HebAPrV in der Vergangenheit in der Ausbildung nicht eingehalten worden sind.

Akademische Ausbildung nach der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV)

In der akademischen Ausbildung zieht sich das Thema „sensibler und gewaltfreier Umgang mit Schwangeren und Gebärenden“ durch alle Module des Studiengangs und prägt das Selbstverständnis. Darüber hinaus widmet sich die Lehr-Lerneinheit „Umgang mit Konflikten“ im Modul „Kommunikations- und Präsentationskompetenz“ dieser Thematik intensiv. Das Modul „Frauen- und Familiengesundheit“ geht ausdrücklich auf Gewalt in engen sozialen Beziehungen ein.

Exemplarisch wird auf die nachstehende Modulbeschreibung des Universitätsklinikums Tübingen hingewiesen:

Theorie:
Grundstudium 1. Semester

Modultitel: Soziale, Gesprächs-, Kommunikations- und Beobachtungskompetenz

Modulinhalt:

- Verhalten gegenüber Patientinnen und Angehörigen
- Kommunikation und Beobachtung als Kernkompetenzen
- Pflege und Beobachtung von Gebärenden: Einführung in die Beobachtungskompetenz
- Kommunikationsmodelle und Kommunikationstechniken: Grundlagen (Einbezug der Modelle nach Schulz von Thun und Rosenberg)
- Soziale Kompetenz und Interaktion im Hebammenberuf vor dem Hintergrund der Bedürfnisorientierung im Sinne des Modells der gewaltfreien Kommunikation
- Grundlagen der interprofessionellen Kommunikation
- Bedeutung von professioneller Kommunikation in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Soziale Kompetenz und Interaktion im Hebammenberuf
- Angewandte Kommunikationstechniken in komplexen Situationen (Praxisexkurs in der Simulation)
- Gruppensupervision als Methode zur Bewältigung von Belastungssituationen

Qualifikationsziele:

Die Studierenden sind nach Absolvierung in der Lage

- Grundlegende Aspekte der Kommunikations- und Beobachtungskompetenz zu benennen und auf den klinischen Alltag zu übertragen
- Grundzüge der interprofessionellen Kommunikation zu benennen

- die Bedeutung der Kommunikation im Kontext von Schwangerschaft und Geburt zu begründen
- Kommunikationsmodelle zu nennen
- professionell mit Vorgesetzten und anderen Akteuren der Geburtshilfe zusammenzuarbeiten und zu kommunizieren
- empathisch und professionell mit Patientinnen und Angehörigen umzugehen und zu kommunizieren.

Praxis:

Praxisbezogene Kompetenzentwicklung in Skills Lab, Sim Lab und auf Station vom 1. bis zum 7. Semester.

- Systematische Praxisanleitung, d. h. die Studierenden werden kontinuierlich über den gesamten Verlauf des Studiums in Simulationen und auf den Stationen angeleitet. Die Tätigkeiten werden reflektiert und teilweise supervidiert. Der adäquate Umgang mit Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen wird kontinuierlich geübt und reflektiert. Dies beinhaltet den sensiblen und gewaltfreien Umgang in jeder Situation.

7. Wie stellt sich aktuell und unter Darstellung der Entwicklung der letzten 15 Jahre die Hebammenversorgung in Baden-Württemberg dar, insbesondere hinsichtlich der Entwicklung des Betreuungsschlüssels (regional differenziert), aber auch bezüglich Ausstiegsentwicklungen, Entwicklung der Teilzeitquote und Nachwuchsproblemen?

Es wird auf die Antwort zur Frage 4. der Drucksache 17/892 und die Antworten zu den Fragen 4. und 7. der Drucksache 17/982 verwiesen.

8. Wie stellt sie sicher, dass Eltern, die von möglichen Folgen (wie zum Beispiel belastete Mutter-Kind-Bindung, belastete Mutter-Vater-Bindung, Probleme in der Paarbeziehung, posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen, Schlafstörungen, Auswirkungen auf weiteren Kinderwunsch) betroffen sind, bei einer Gewalterfahrung bei der Geburt adäquat geholfen wird unter Angabe, wie diese Hilfe aussieht?

Frühe Hilfen stehen allen Familien offen und orientieren sich an den Bedarfen der Kinder, Eltern und Familien. Sie bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten zur frühzeitigen Verbesserung der Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern und zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern. Die Angebote für Familien im Rahmen der Frühen Hilfen sind vielfältig und umfassen sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen.

Mit dem Angebot der Babylotsen an Geburtskliniken wird im Kontext der Frühen Hilfen ein präventiver Beitrag geleistet. Im Kern handelt es sich um ein Konzept, in dessen Rahmen mögliche Hilfe- und Unterstützungsbedarfe systematisch identifiziert werden. Zeigen sich Anhaltspunkte für entsprechende Bedarfe, erfolgen Angebote für vertiefende Gespräche und, soweit erforderlich, eine Sicherstellung der Überleitung in geeignete Hilfeangebote. Zu beachten ist, dass Lotsensysteme an Geburtskliniken im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie weiter an Bedeutung gewonnen haben, weil sie im Gegensatz zu anderen Hilfeansätzen auch unter einschränkenden Bedingungen aufrechterhalten werden können.

Auch die 124 Schwangerschaftsberatungsstellen im Land haben gemäß § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes u. a. den Auftrag, eine Beratung auch nach der Geburt des Kindes anzubieten und bei psychosozialen Konflikten, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft stehen, Lösungsmöglichkeiten für die Betroffenen aufzuzeigen.

9. Inwieweit wurden die Beschlüsse des Runden Tisches Geburtshilfe Baden-Württemberg vom 10. Mai 2019 bisher umgesetzt?

Die Förderung der Lokalen Gesundheitszentren (LGZ) mit Fokus aus geburtshilflicher Versorgung stellt mit zwei erfolgten Förderaufrufen und einer anhaltenden Nachfrage ein Erfolgsmodell dar. Im Herbst 2019 konnten die ersten vier Projekte mit jeweils bis zu 150 000 Euro Förderung starten, gefolgt von einem zweiten Förderaufruf im Jahr 2020. Zurzeit werden neun zukunftsweisende Modellprojekte vom Land gefördert, in denen unterschiedliche Professionen und Fachgebiete eng miteinander zusammenarbeiten und die Betreuung Schwangerer und Wöchnerinnen besonders in unterversorgten Regionen sicherstellen und bedarfsgerecht weiterentwickeln. Die Gesundheitszentren sollen eine Lotsenfunktion übernehmen und durch eine Koordinierung der Angebote vor Ort die Betreuung von Frauen und ihren Familien verbessern. Die meisten Zentren bieten ebenfalls eine Hebammensprechstunde an, manche als reguläre Leistung, andere für diejenigen Fälle, die keine anderweitige Versorgung finden.

Der Beschluss des Runden Tisches, eine formalisierte Willensbekundung zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen zu erarbeiten, konnte bislang mangels einer Einigung der betroffenen Berufsgruppen leider nicht umgesetzt werden. Eine gute und enge Zusammenarbeit besonders von Ärzt/-innen und Hebammen wird weiter vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration unterstützt.

Auf lokaler Ebene besteht großes Interesse an einer entsprechenden Vereinbarung. Einige der vom Land geförderten Lokalen Gesundheitszentren haben die Vorarbeit des Runden Tisches aufgegriffen und erarbeiten eigene Vereinbarungen.

Die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Förderung einer Mitarbeiter- und familienfreundlichen Geburtshilfe ist ein fortlaufendes Thema, alle Betroffenen sind hier zur engen Zusammenarbeit auch über den Runden Tisch hinaus aufgefordert. So wurde die Förderung von Kreißsälen für physiologische Geburten/Hebammenkreißsäle als eine mögliche Maßnahme identifiziert.

Bei dem im Rahmen des Runden Tisches vereinbarten bedarfsgerechten Ausbau von dezentralen Neu- sowie Wiedereinstiegsangeboten handelt es sich um eine mittel- und langfristig zu verfolgende Aufgabe.

Nach Erkenntnissen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration und des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst besteht ein zusätzlicher Bedarf zur Nachqualifizierung ausgebildeter Hebammen. Eine Nachqualifizierung ist bisher schon an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg möglich. Hierfür stehen jährlich 30 Studienplätze zur Verfügung. Weiterhin könnten Potenziale von Personen mit ausländischen Berufsqualifikationen durch entsprechende Angebote an Anpassungslehrgängen genutzt werden.

Um die Anzahl qualifizierter Hebammen im Land zu erhöhen, beabsichtigt die Landesregierung ferner, in einer weiteren Ausbaustufe der Akademisierung Angebote für den Berufswiedereinstieg von Hebammen anbieten zu können. Diese Angebote sollen gestaffelt aufgebaut werden. Die Planungen für ein solches erweitertes Nachqualifizierungsangebot und ein Angebot zur Förderung des Wiedereinstiegs in den Beruf sind im weiteren Fortgang der Reformumsetzung noch zu konkretisieren.

Im Bereich der Qualitätssicherung und Evaluation wird an der Aufnahme neuer Indikatoren rund um die Geburt in den Gesundheitsatlas Baden-Württemberg gearbeitet.

10. Welche Bedeutung misst sie der Aufnahme der „Zwölf Schritte“ der International Childbirth Initiative als angestrebte ethische Handlungskultur in der neuen S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin zu unter Darlegung, wie diese nach ihrer Kenntnis unter den Beteiligten in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg bewertet und aufgenommen wird?

Leitlinien sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzt/-innen zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren. Die hier angesprochene Leitlinie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. und von der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. mit Unterstützung weiterer Fachgesellschaften aus verschiedensten Bereichen darunter Psychotherapie, Neonatologie, Intensivmedizin und Elternvertreter/-innen erarbeitet. Eine Bewertung der Leitlinie gehört nicht zum Aufgabenbereich des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration.

Grundsätzlich unterstützt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration alle Maßnahmen, die einen respektvollen Umgang in der Geburtshilfe fördern und die Selbstbestimmung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen stärken.

Lucha

Minister für Soziales,
Gesundheit und Integration