

Antrag

der Fraktion der CDU/CSU

Geburtshilfe und medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zukunftsfest machen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Frauen, Familien und ihre Kinder müssen dort, wo sie wohnen, die für sie bestmögliche medizinische Versorgung und Unterstützung erhalten. Das gilt ganz besonders vor, während und nach der Geburt. Kaum ein Ereignis im Leben einer Frau und Familie ist so einschneidend wie die Geburt eines Kindes. Und eine hochwertige, fachliche Betreuung steht für einen guten Start ins Leben. Aber auch während des Heranwachsens wird ein wohnortnaher Zugang zur medizinischen Versorgung benötigt.

Zwei Prinzipien müssen für die Versorgung unserer Kleinsten und ihrer Familien dabei maßgeblich sein: Erstens ist die Geburt als natürlicher, physiologischer Prozess zu begreifen, und zweitens, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind. Neben einer auskömmlichen Finanzierung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist dafür ein kooperatives Zusammenwirken von Fachärztinnen und -ärzten, Hebammen, pädiatrischen Pflegefachkräften, Medizinischen Fachangestellten sowie weiterem pädagogischen und medizinischen Fachpersonal der entscheidende Faktor. Gerade für schwer erkrankte Kinder und Jugendliche und komplexe Fälle müssen diese Fachkräfte gemeinsam ein umfassendes Case- und Care-Management zur Versorgung leisten können. Für Schwangere und Gebärende ist insbesondere darauf zu achten, durch passgenaue Betreuung im Interesse der Gebärenden und des Kindes die physiologischen Geburtsprozesse zu fördern. Auch hier gilt: Es braucht das richtige Team, zur richtigen Zeit, am richtigen Ort.

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass die beiden Versorgungsbereiche Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendmedizin ob ihrer jeweiligen Besonderheiten in der Versorgung unter ganz besonderem Druck stehen, was als eine Folge leider zum Abbau und entsprechend starker Konzentration bestehender Strukturen geführt hat. So betreuen Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte in den übrigen Geburtshilfestationen heute fast doppelt so viele Frauen wie vor 30 Jahren; immer wieder werden Frauen in den Wehen aus Kapazitätsgründen weitergeschickt (Dr. Martin Albrecht, Hendrik Bock, Iris an der Heiden, Dr. Stefan Loos, Dr. Richard Ochmann, Dr. Monika Sander, Ender Temizdemir (2020): Stationäre Hebammenversorgung; https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/04/2023_04_13_DHV-Positionspapier_Hebammengeleitete-Geburtshilfe.pdf). Es braucht deshalb aus Sicht der Antragssteller dringend ein Paket aus kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen,

um die Versorgungslage angesichts der demographischen Herausforderungen und der sich aktuell in der Starre befindlichen Krankenhausreform zu stützen.

Im Hinblick auf die sich abzeichnenden Grundsätze der Krankenhausreform muss aus Sicht der Antragsteller klargestellt werden, dass es nicht zu einer Verschlechterung der Geburtshilfe und Pädiatrie in Deutschland kommt, sondern zu einer Verbesserung der Versorgung, da der Status quo unzureichend ist. Dies gilt besonders vor dem Hintergrund der sich aktuell einstellenden, kalten Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft, die die flächendeckende geburtshilfliche wie klinisch-pädiatrische Versorgung ganz besonders gefährdet und damit teilweise die Last in den ambulanten Bereich verlagert. Mit einem Vorschaltgesetz, wie die CDU/CSU-Bundestagsfraktion bereits in einem Antrag gefordert hat, muss dies verhindert werden (BT-Drs. 20/8402). Schwangere und Familien mit kranken Kindern müssen sich jederzeit einer wohnortnahen, qualitativ hochwertigen, stationären und ambulanten Versorgung sicher sein. Im Rahmen der Krankenhausreform sollte auch das Stufenkonzept der perinatalogischen Versorgung in Krankenhäusern an die bestehenden Herausforderungen und an die mit der Krankenhausreform einhergehenden Neuerungen angepasst werden.

Zur Sicherstellung der flächendeckenden geburtshilflichen Betreuung und zur Stärkung des Geburtsorts-Wahlrechts schwangerer Frauen muss aus Sicht der Antragsteller die Gelegenheit der angelaufenen Krankenhausreform insgesamt für eine bessere Versorgung (Kleine Anfrage BT-Drs. 20/12426) sowie im Besonderen genutzt werden, um hebammengeführte Kreißsäle flächendeckend zu fördern, in denen Frauen mit einer voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburt nur von Hebammen betreut ihr Kind zur Welt bringen können. Durch die Integration hebammengeführter Kreißsäle in die klinischen Strukturen ist bei Komplikationen eine ärztliche Versorgung sichergestellt. Eine Stärkung der hebammengeleiteten Geburtshilfe würde nicht nur Hebammen, die aufgrund des enormen Arbeitsdrucks den klinischen Geburtshilfestrukturen den Rücken gekehrt haben, wieder motivieren, zurück in die Geburtshilfe zu kommen (https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/03/Welt-Hebammentag_Pressemappe_220505.pdf), sondern auch der Akademisierung der Hebammenausbildung Rechnung tragen. Dafür spricht auch, dass die aktuelle S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ als auch internationale Standards und Empfehlungen der WHO eine enge 1:1 Betreuung durch Hebammen in der aktiven Phase der Geburt als grundlegende Qualitätsanforderung stellen (https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083k_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01_1.pdf; „WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience“ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>). Eine enge Hebammenbetreuung verringert nachweislich Interventionen und wirkt sich darüber hinaus durch die Förderung des natürlichen Geburtsprozesses positiv auf Mutter und Kind und das Geburtserleben aus (siehe Bischof, P.; Geissler, A. 2023: Making the cut on caesarean section: a logistic regression analysis on factors favouring caesarean sections without medical indication in comparison to spontaneous vaginal birth, in: BMG Pregnancy and Childbirth 23; Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6). Damit wird auch der Studien nach überdurchschnittlich hohen Interventionsrate in Deutschland im internationalen Vergleich entgegengewirkt: So ist beispielsweise die Kaiserschnitttrate in Deutschland mit knapp 30 Prozent doppelt so hoch wie der vorgegebene Richtwert der WHO (10-15 %) und auch die Zahlen Frühgeborener bzw. zu klein geborener Kinder ist im Vergleich gegenüber vielen EU-Staaten durchschnittlich konstant höher in Deutschland (https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/02/PD23_N009_231.html#:~:text=WIESBADEN%20%E2%80%93%20Rund%20237%20000%20Frauen,bundesweit%20bei%2030%2C9%20%

25; https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1M; siehe ebenso; Berger, R; Rath, W; Abele, H; Garnier, Y; Kuon, RJ; Maul, H: Reducing the Risk of Preterm Birth by Ambulatory Risk Factor Management Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 858-64. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0858; Seijmonsbergen-Schermers AE, van den Akker T, Rydahl E, Beeckman K, Bogaerts A, Binfa L et al.: Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. PLoS Med 2020.17 (5): e1003103). Auch die Häufung von Berichten von „Interventionskaskaden“ oder traumatisierenden Gewalterfahrungen der Frauen während der Geburt sowie die steigende Todgeburtenrate in Deutschland geben Anlass zu dringendem, politischen Handeln und Maßnahmen zur Stabilisierung einer sicheren geburtshilflichen Versorgung durch Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit und Qualitätssicherungsmaßnahmen (<https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/gewalt-im-kreisssaal-trauma-einer-mutter-aus-rlp-100.html>; <https://www.spiegel.de/gesundheit/hebamme-uebergewalt-im-kreisssaal-egal-ob-die-frauen-flechten-damit-aufzuhoeren-a-fa281711-830b-4425-95b0-64185b40eb94>; Basters-Hoffmann, Taschner 2014; Leinweber, Jung, Hartmann und Limmer 2021; https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_287_12.html#:~:text=Das%20waren%20173%20Totgeburten%20oder,%2C3%20auf%204%2C4).

Im Sinne des Wahlrechts des Geburtsortes und zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung sind außerklinische Geburtshilfeangebote wie Geburtshäuser in die Versorgungsplanung zu integrieren. Gleichzeitig müssen in diesem Schritt auch die gesetzlichen Regelungen zum Ausgleich der Berufshaftpflichtkosten freiberuflich tätiger Hebammen angepasst werden, da es in der Vergangenheit vereinzelt zu Doppelerstattungen durch Klinikzuschüsse neben den Erstattungen des GKV-Spitzenverbandes gekommen ist.

Für eine angemessene Versorgung von Kindern und Jugendlichen braucht es ebenso entsprechend pflegerisches Fachpersonal. Aufgrund des Kapazitätenabbaus in der pädiatrischen Pflege in den vergangenen Jahren kommt es zu einem Stau bzw. Ausweichen in fachlich fragliche Strukturen in den Praxiseinsätzen in der generalistischen Pflegeausbildung. Zu wenige Einrichtungen und Schulen bieten den gesonderten Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in der Generalistik überhaupt an (<https://www.bibliomed-pflege.de/news/sorgt-die-generalistik-fuer-probleme-in-der-kinderkrankenpflege>). Gegenüber dem allgemeinen Pflegemangel in den Kinderkliniken kommt in pädiatrischen Spezialstationen (z. B. Neonatologie, Onkologie) verschärfend hinzu, dass hier eine qualifizierte Kinderpflege vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgeschrieben ist. Deren Aufrechterhaltung ist in naher Zukunft gefährdet. Um auch zukünftig die Versorgung sicherstellen zu können, besteht deshalb dringender kurz-, mittel- und langfristiger Handlungsbedarf.

Wesentlich für klinische Strukturen und eine vertrauensvolle und langfristige medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist eine stabile ambulante fachärztliche Versorgung. Wie Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sind Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin dabei Generalisten, denn als „Allrounder“ versorgen sie sämtliche körperlichen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen, die in der Kindheit und Jugend auftreten. Als Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin besteht zusätzlich die Möglichkeit, sich weiter zu spezialisieren. So können Pädiaterinnen und Pädiater einen Schwerpunkt u. a. in den Fachgebieten Neonatologie, Neuropädiatrie oder Kinder-Hämatologie und -Onkologie erlangen. In der ambulanten Versorgung ist ca. ein viertel aller Pädiater zusätzlich mit einem Schwerpunkt in der Versorgung tätig (https://www.kbv.de/media/sp/2022-12-31_BAR_Statistik.pdf, S. 8). Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind damit eine

unverzichtbare Säule in der hausärztlichen Versorgung. Angehende Ärztinnen und Ärzte, die Kinder- und Jugendmediziner werden möchten, und die fachärztliche Weiterbildung zum Pädiater bzw. zur Pädiaterin müssen deshalb besonders gefördert werden. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen muss verpflichtender Teil des Medizinstudiums sein. Weiterhin sind die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und die ambulante Versorgung durch strukturelle Maßnahmen zu stärken.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel auf,

1. kurzfristig die in der 6. Stellungnahmen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (Empfehlungen der Regierungskommission für eine kurz-, mittel- und langfristige Reform der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin) empfohlenen, flankierenden Sofortmaßnahmen zur Stabilisierung der stationären Kinder- und Jugendmedizin umzusetzen, bis Reformschritte greifen;
2. im Rahmen der Krankenhausreform
 - a. mithilfe eines Vorschaltgesetzes stationäre Geburtshilfeeinrichtungen und Kinderkliniken bis zum Greifen der Krankenhausreform zu stabilisieren, sodass Familien diese gesichert vor Ort zur Verfügung stehen und gleichzeitig eine langfristige Perspektive für das benötigte Personal bieten;
 - b. die Vergütungssystematik dahingehend anzupassen, dass die geplante und grundsätzlich zu begrüßende Vorhaltefinanzierung von Geburtshilfestationen und Kinderkliniken leistungsunabhängig gewährt wird und den tatsächlichen Vorhalteaufwand der einzelnen Häuser widerspiegelt;
 - c. die geplante Leistungsgruppe „Geburten“ in solche mit Facharztstandard und hebammengeleitete Geburten auszudifferenzieren, sodass physiologische Geburten, die allein von Hebammen begleitet werden, sich ebenfalls in der Versorgungssystematik widerspiegeln und vergütet werden können analog der Systematik in der Schweiz;
 - d. Personalschlüssel auch im Hinblick auf das 1:1 Betreuungsziel für die Geburtshilfe, insbesondere auch im Hinblick auf interprofessionelle Teamstrukturen zu fördern;
3. eine gesetzliche Regelung dahingehend vorzulegen, dass interne Qualitätssicherungsverfahren wie interprofessionelle Schulungen und Notfalltrainings sowie Supervisionsstrukturen in den Geburtshilfeteams, inklusive Befragungssystematik der Gebärenden und Nachgespräche zur Geburt, refinanziert werden, um das Qualitätsmanagement in allen Einrichtungen zu stärken;
4. im Sinne einer intersektoralen und regionalspezifischen Versorgung die Verzahnung klinischer Strukturen, Hebammenpraxen, freiberuflichen Hebammen sowie sozialpädiatrischer Zentren voranzutreiben;
5. ein Förderprogramm für den Aufbau hebammengeleiteter Kreißsäle aufzulegen und dabei die bestehenden Qualitätssicherungsmechanismen, in die hebammengeführte Kreißsäle zu integrieren sind, weiterzuentwickeln;
6. das 2021 eingeführte Hebammenstellenförderprogramm zu evaluieren und an die im Rahmen der Krankenhausreform zu erwartenden Veränderungen anzupassen und insbesondere hinsichtlich des die multiprofessionelle Zusammenarbeit unterstützenden Personals auszubauen;

7. einen Zeitplan mit konkreten Zwischenschritten zur Etablierung der 1:1 Betreuung in der aktiven Phase der Geburt in der klinischen Geburtshilfe gemeinsam mit den maßgeblichen Verbänden zu erarbeiten;
8. die gesetzlichen Vorgaben in der Ausbildung der Praxisanleitung dahingehend anzupassen, dass jährlich nicht nur 24h rein pädagogische Inhalte besucht, sondern auch fachliche Kurse anerkannt werden; so basiert auch die praktische Anleitung angehender Hebammen auf neusten Erkenntnissen zum Wohle der zukünftig betreuten Mütter und Kinder;
9. berufliche Weiterbildungsmöglichkeiten für Hebammen in der Versorgung zu stärken wie z. B. zu Familienhebammen;
10. die Regelungen des Sicherstellungszuschlags der GKV nach § 134a Absatz 1b SGB V zum Ausgleich der gestiegenen Kosten für Berufshaftpflichtversicherungspolice von freiberuflich geburtshilflich tätigen Hebammen dahingehend anzupassen, dass es nicht zu Doppelerstattungen durch GKV und Kliniken kommt;
11. angesichts der besonderen Bedürfnisse von Kind und Mutter im Rahmen der anstehenden Notfallreform die Geburtshilfe mitzudenken;
12. mithilfe von zielgruppengerechtem Informationsmaterial und -kampagnen die U0 Untersuchung durch die Kinder- und Jugendärzte sowie innovative Ansätze wie die UPlusE-Untersuchung zu stärken;
13. auf die Länder dahingehend einzuwirken, eine Kinderarztquote entsprechend zur Landarztquote zu prüfen und einzuführen, um die ambulante pädiatrische Versorgung zukunftssicher zu gestalten, hierfür sollten zusätzliche Studienplätze geschaffen werden;
14. die Begrenzung der Stellen der Förderung der ärztlichen Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin nach § 75a Absatz 9 SGB V zu streichen und stattdessen analog zur Allgemeinmedizin die Förderstellen zu öffnen und jedem/jeder an dieser Weiterbildung Interessierten zur Verfügung zu stellen;
15. in der weiterhin ausstehenden Reform der ärztlichen Approbationsordnung keine Streichung des verpflichtenden Einsatzes in der Kinder- und Jugendmedizin in der Allgemeinmedizin vorzunehmen und an der Regelung als verpflichtenden Teil der Ausbildung festzuhalten;
16. gesetzliche Regelungen zur Stärkung der ambulanten pädiatrischen und gynäkologischen Versorgung vorzulegen, indem in der Bedarfsplanung Verhältniszahlen abgesenkt und die Schwelle zur Feststellung von Unterversorgung in eigen- und mitversorgten Kreistypen nach § 12 Absatz 3 und Anlage 3.2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BAs (Typen 4 und 5) auf die der Hausärzte abgesenkt wird; der Ausbau pädiatrischer Institutsambulanzen darf primär nicht zu Lasten der ambulanten Versorgung gehen;
17. unverzüglich gemeinsam mit den Ländern und den maßgeblichen Verbänden eine bundesweite Erhebung an den Pflegeschulen, zu den von ihnen angebotenen Vertiefungskapazitäten im Bereich Kinderkrankenpflege und deren Ausschöpfung und möglichen Hintergründen, durchzuführen, um darauf aufbauend einen Masterplan „Kinderkrankenpflege“ mit den maßgeblichen Verbänden und standesrechtlichen Vertretungen der Pflege und der Länder zu entwickeln;

18. umgehend durch Ergänzung des Pflegeberufgesetzes die Länder dazu zu verpflichten, die Weiterbildung in der Pflege zu organisieren, entweder unter verpflichtender Federführung oder zumindest verpflichtender Anerkennung dieser Weiterbildungsregelungen durch das jeweilige landesrechtliche Selbstvertretungsorgan der Pflege, um dem Spezialisierungsbedarf und damit auch den Herausforderungen in der Pädiatrie mittel- und langfristig begegnen zu können; wo eine Selbstvertretung der Pflege in den Ländern noch nicht existiert, so hat das Land deren Etablierung umgehend zu forcieren und der Bundesregierung bis Ende dieses Kalenderjahres über den Stand sowie den konkreten Zeit- und Maßnahmenplan zu berichten;
19. zur Unterstützung der Erarbeitung und Etablierung landesrechtlicher Weiterbildungsregelungen eine bundesweite Weiterbildungsrahmenordnung als Empfehlung und zur Orientierung bereitzustellen;
20. in einer kurzfristigen gemeinsamen Aktion von Bund, Ländern und den maßgeblichen Verbänden und Organisationen der Pflege auf Bundes- und Landesebene einen gemeinsamen Maßnahmenkatalog zu erarbeiten, wie Absolventinnen und Absolventen der generalistischen Pflegeausbildung kurzfristig auf ihre Tätigkeit in der stationären und ambulanten pädiatrischen Versorgung wie „Training on the Job“ vorbereitet werden können;
21. eine gesetzliche Regelung für eine Neustrukturierung der Perinatalzentrensystematik in der QFR-RL (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene) des G-BA und deren Refinanzierung vorzulegen, um mit höchstmöglicher Sicherheit Hinweise auf bestehende Fehlanreize in der Finanzierungssystematik auszuräumen, und
22. eine gesetzliche Regelung für einen Rechtsanspruch auf ein Case- und Care-Management bei besonders schwer oder komplex erkrankten Kinder und Jugendlichen vorzulegen, damit Familien angesichts der unterschiedlichen Leistungsträgerzuständigkeiten zügig notwendige, umfassende Unterstützungen und Maßnahmen erhalten.

Berlin, den 24. September 2024

Friedrich Merz, Alexander Dobrindt und Fraktion

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt