

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 21/3116 –**

Geburtshilfe und Hebammenversorgung in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Im Jahr 2024 wurden in Deutschland 677 117 Kinder geboren (www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebedgeborene-gestorbene.html). Die Lebensphase rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist für die Gebärenden sowie für die Familien eine besonders sensible Lebensphase. Im Jahr 2017 wurde das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ von dem Kooperationsverbund gesundheitsziele.de im Konsensverfahren entwickelt und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) veröffentlicht (https://gvg.org/wp-content/uploads/2022/01/GZgeburt_07_2017_bf.pdf). Betont wird die Notwendigkeit einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen Geburtshelferinnen, Geburtshelfern und den Hebammen. Ärztinnen, Ärzte und Hebammen betreuen Frauen von Beginn der Schwangerschaft über die Geburt bis zum Ende der Stillzeit. Sie begleiten sie medizinisch wie psychosozial. Die Ergebnisse der Cochrane-Analyse von Sandall et al. (2024) zeigen, dass Modelle der kontinuierlichen geburtshilflichen Betreuung im gesamten Betreuungsbogen im Vergleich zu anderen Versorgungsformen mit einer höheren Rate spontaner vaginaler Geburten, geringeren Interventionsraten (z. B. Kaiserschnitt, instrumentelle Entbindung) sowie positiveren Geburtserfahrungen der Frauen verbunden sind (www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub6/full). Darüber hinaus trägt kontinuierliche Begleitung wesentlich dazu bei, Angst- und Depressionssymptome während der Schwangerschaft und im Wochenbett zu verringern, weil sie durch eine vertrauensvolle Beziehung, konstante Ansprechpartnerinnen und individuelle Begleitung das emotionale Wohlbefinden der Schwangeren und Wöchnerinnen stärkt (www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613822002947?via%3Dihub).

In Deutschland entwickeln schätzungsweise 10 bis 20 Prozent der Frauen nach der Geburt eine postpartale Depression, was mit erheblichem psychischen und sozialen Belastungspotenzial verbunden ist (www.aerzteblatt.de/archiv/postpartale-depression-vom-tief-nach-der-geburt-9dc203eb-14d8-4fbf-bd2a-85a0ea95d1fb). Zum Teil berichten Frauen von Gewalterfahrungen während der Geburt (vgl. www.uni-gies-sen.de/de/fbz/fb03/institutefb03/ifp/forschung/).

bereiche/gender_studies/dgng/forschungsprojekte/gfge_projektbeschreibung, abgerufen am 25. November 2025). Solche Erfahrungen werden durch hohe Arbeitsbelastung, Personalmangel und Zeitdruck im geburtshilflichen Umfeld begünstigt und können das Risiko für psychische Belastungen und posttraumatische Symptome nach der Geburt erhöhen. Psychische Belastungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beeinträchtigen sowohl die Lebensqualität der Betroffenen als auch die frühkindliche Entwicklung. Eine ausreichende personelle Ausstattung mit einem angemessenen Betreuungsschlüssel ist daher unerlässlich, um eine individuelle und kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten und psychischen Belastungen wirksam vorzubeugen.

Die „HebammenStudie 2025“ der Zukunftsstiftung beschreibt, dass jede zweite Hebamme über einen Berufsausstieg nachdenkt, was vor allem auf hohe Arbeitsbelastungen, bürokratischen Aufwand und Personalmangel zurückgeführt wird (www.zukunftsstiftung.optadata.de/forschung/studien/hebammenstudie-2025/).

Es besteht dringender Handlungsbedarf, um eine gute interprofessionelle Geburtshilfe in Deutschland abzusichern. Hierfür muss die Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ priorisiert werden.

1. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 1.1 „Gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden sind gestärkt“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
2. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 1.2 „Evidenzbasierte Grundlagen zu Information, Beratung und Versorgung sind entwickelt und werden einheitlich in der Praxis eingesetzt“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
3. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 1.3 „Belastungen und Risiken sind identifiziert und verringert.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
4. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 1.4 „Der Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft und Stillzeit auf schädliche Substanzen wie Alkohol und Tabak verzichten, ist erhöht. Folgeschäden sind reduziert.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
5. Plant die Bundesregierung das Teilziel 1.5 „Senkung der Frühgeburtenrate.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
6. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 1.6 „Besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
7. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 2.1 „Eine interventionsarme Geburt wird gefördert. Gesundheitliche Ressourcen sind gestärkt.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?

8. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 2.2 „Belastungen, Risiken und besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
9. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 3.1 „Die Bedeutung des Wochenbetts ist anerkannt. Vorhandene Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden der Eltern zur Bildung einer Familie werden gestärkt.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
10. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 3.2 „Der Anteil stillender Mütter sowie die Stilldauer sind erhöht.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
11. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 3.5 „Eine Verbesserung der Zusammenarbeit in den Bereichen Kinderschutz und Frühe Hilfen ist gewährleistet.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
12. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 4.2 „Die Bindung zwischen Eltern und Kind ist stabilisiert.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
13. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 4.3 „Komplikationen, Belastungen und Risiken für Familien im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes sind identifiziert und verringert.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
14. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 4.4 „Familien, die aufgrund besonderer Lebenssituationen einen erhöhten Förderbedarf haben, erhalten passgenaue und schnelle Unterstützung.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
15. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 4.5 „Die beteiligten Akteure arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine bedarfsgerechte Betreuung.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
16. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 5.1 „Transparenz und Vernetzung der Hilfsstrukturen sind gewährleistet.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
17. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 5.2 „Präventionsketten sind flächendeckend aufgebaut.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
18. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 5.4 „Die Arbeitswelt ist familienfreundlich gestaltet.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?

19. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 5.5 „Die Rahmenbedingungen für eine ausgewogene Ernährung und Bewegung sind gegeben.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
20. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 5.6 „Sozial benachteiligte Eltern werden mit ihren besonderen Bedarfen erkannt und mit ihnen gemeinsam werden Zukunftsperspektiven entwickelt und umgesetzt.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
21. Plant die Bundesregierung, das Teilziel 5.7 „Die Gesundheits- und Sozialforschung rund um die Geburt wird ausgebaut und der Wissenstransfer ist verbessert.“ des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ weiter zu verfolgen, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 1 bis 21 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bei dem Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ handelt es sich um ein im Jahr 2017 durch den Kooperationsverbund gesundheitsziele.de im Konsensverfahren und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) verabschiedetes Ziel, das eine Vielzahl von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit rund um die Geburt zusammenträgt, die die beteiligten Akteure jeweils in eigener Verantwortung umsetzen (www.gesundheitsziele.de).

Die Maßnahmen, die in die Zuständigkeit des Bundes fallen, wurden in dem im Jahr 2024 vom seinerzeitigen Bundeskabinett verabschiedeten Aktionsplan „Gesundheit rund um die Geburt“ abgebildet. Der Aktionsplan ist weiterhin handlungsleitend.

22. Plant die Bundesregierung die Einführung eines nationalen Geburtenregisters, um die Qualität der Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen sicherzustellen, und wenn ja, welche Inhalte und Ziele sollen darin abgebildet werden?

Die Bundesregierung plant derzeit keine Einführung eines nationalen Geburtenregisters.

23. Wie stellt die Bundesregierung im Rahmen des geplanten Primärarztssystems den direkten Zugang zu Gynäkologinnen, Gynäkologen und Hebammen für Schwangere sicher?

Die konkrete Ausgestaltung des geplanten Primärversorgungssystems hängt von einer Vielzahl unterschiedlicher Fragestellungen ab, die es im weiteren Erarbeitungsprozess zu diskutieren und zu klären gilt. Hiervon umfasst ist beispielsweise auch die Frage, in welchen Konstellationen ein Direktzugang zu bestimmten Facharztgruppen ermöglicht wird. Die Bundesregierung wird im Rahmen der Erarbeitung der Reform auch die besonderen Bedürfnisse verschiedener Patientengruppen in den Blick nehmen und in ihre Überlegungen einbeziehen.

24. Plant die Bundesregierung, die an bestimmte Kriterien (Vorhaltung einer Fachabteilung für Pädiatrie, Vorhaltung einer Fachabteilung für Neonatologie, Anteil vaginaler Geburten, Geburtenanzahl und Möglichkeit zur Durchführung von Praxiseinsätzen im Rahmen des berufspraktischen Teils des Hebammenstudiums) gebundene finanzielle Förderung für Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Geburtshilfe nach ihrem Auslaufen 2026 fortzuführen?

Die finanzielle Förderung für Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Geburtshilfe oder einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe wurde mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz verstetigt und wird insoweit fortgeführt. Mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz wird die an bestimmte Kriterien gebundene Förderung auf das Jahr 2027 ausgedehnt und in ihrer bisherigen Systematik über einen krankenhausesstandortindividuellen Zuschlag ausgezahlt.

Ab dem Jahr 2028 erfolgt mit der Einführung der Vorhaltevergütung im Rahmen der Krankenhausfinanzierung ein anderer Verteilungsmechanismus. Die Verteilung des Förderbetrags von 120 Mio. Euro pro Jahr erfolgt mit der neuen Leistungsgruppensystematik gezielt an diejenigen Krankenhäuser, denen die Länder eine geburtshilfliche Leistungsgruppe zugewiesen haben. Die Festlegung, welche Leistungsgruppen dem geburtshilflichen Bereich zugeordnet sind, hat der Gesetzgeber den Vertragsparteien auf Bundesebene übertragen.

25. Plant die Bundesregierung Maßnahmen oder Forschungsförderung zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit von Gynäkologinnen, Gynäkologen und Hebammen in der Schwangerschaftsvorsorge und Schwangerschaftsbetreuung, und wenn ja, welche?

Die interprofessionelle Zusammenarbeit von Gynäkologinnen, Gynäkologen und Hebammen in der Forschung wird in den vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) geförderten interdisziplinären Nachwuchszentren für reproduktive Gesundheit berücksichtigt (www.gesundheitsforschung-bmfr.de/de/interdisziplinare-nachwuchszentren-fuer-reproduktive-gesundheit-16739.php).

Das BMG plant die Durchführung einer Fachveranstaltung zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Schwangerschaftsvorsorge und -betreuung.

26. Beabsichtigt die Bundesregierung, für den Kreißaal Hebammenuntergrenzen ähnlich den nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in anderen Krankenhausbereichen einzuführen?

Für hebammengeleitete Kreißsäle wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 136a Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) damit beauftragt, geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen festzulegen, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden. In der Richtlinie kann der G-BA im eigenen fachlichen Ermessen auch Vorgaben zur personellen Ausstattung machen. Gesetzliche Vorgaben zu Hebammenuntergrenzen für Kreißsäle sind derzeit nicht geplant.

27. Wie bewertet die Bundesregierung die Rolle hebammengeleiteter Einrichtungen im Kontext sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen?
28. Plant die Bundesregierung Maßnahmen, um hebammengeleitete Einrichtungen in die Strukturen sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen gemäß Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz einbeziehen, und wenn ja, welche?

Die Fragen 27 und 28 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Für „hebammengeleitete Einrichtungen“ im Sinne von § 134a SGB V sieht das gesetzgeberische Konzept keine Einbeziehung in die Strukturen sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen vor.

29. Wie viele Begleitbeleghebammenteams gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland (bitte nach Bundesland, Standort, Zahl der Geburten pro Jahr, Versorgungslevel, Kaiserschnittquote auflisten)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

30. Wie viele Hebammen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland, die Hausgeburten anbieten (bitte nach Bundesland, Standort, Zahl der Geburten pro Jahr auflisten)?

In Deutschland findet keine systematische Erfassung aller freiberuflichen Hebammen und ihrer Tätigkeitsbereiche statt, sodass keine validierten Zahlen verfügbar sind. Allerdings ist für die Abrechnung von Hebammenleistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen der Eintrag auf der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) geführten Vertragspartnerliste erforderlich. Die Erkenntnisse der Bundesregierung beschränken sich auf die im Folgenden aufgelisteten Informationen, die der GKV-SV anhand der Vertragspartnerliste zur Verfügung gestellt hat. Mit diesen Angaben kann jedoch keine vollständige Erfassung der Hebammenzahlen gewährleistet werden, da beispielsweise außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung tätige Hebammen nicht erfasst werden.

Bundesland	Hebammen mit Hausgeburts-hilfe
Baden-Württemberg	165
Bayern	174
Berlin	56
Brandenburg	38
Hansestadt Bremen	15
Hansestadt Hamburg	25
Hessen	91
Mecklenburg-Vorpommern	10
Niedersachsen	102
Nordrhein-Westfalen	270
Rheinland-Pfalz	70
Saarland	15
Sachsen	49
Sachsen-Anhalt	23
Schleswig-Holstein	42
Thüringen	4

Quelle: GKV-SV, Stand: Oktober 2025

31. Wie viele Geburtshäuser gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland (bitte nach Bundesland, Standort, Anzahl der Hebammen, die Geburtshilfe anbieten, Zahl der Geburten pro Jahr, Anzahl der Verlegungen auflisten)?

Eine systematische Erfassung aller Geburtshäuser erfolgt in Deutschland nicht. Die Erkenntnisse der Bundesregierung beschränken sich auf die Informationen, die der GKV-SV zur Verfügung gestellt hat. Für Geburtshäuser im Sinne einer hebammengeleiteten Einrichtung gemäß § 134a SGB V ist zur Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen der Eintrag auf der vom GKV-SV geführten Vertragspartnerliste erforderlich. Diese Liste umfasste im Oktober 2025 in Deutschland 121 hebammengeleitete Einrichtungen.

32. Welche Projekte der Hebammenforschung werden von der Bundesregierung gefördert, und mit welchem Volumen?

Das BMFTR fördert fünf interdisziplinäre Nachwuchszentren für reproduktive Gesundheit (www.gesundheitsforschung-bmfr.de/de/interdisziplinare-nachwuchszentren-fuer-reproduktive-gesundheit-16739.php) mit insgesamt ca. 16 Mio. Euro für drei Jahre. In diesen Nachwuchszentren sind zum Teil auch Hebammen eingebunden.

Das BMG hat zwei Förderrichtlinien zur Frauengesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/startschuss-forschungsfoerderung-frauengesundheit-pm-14-01-26.html) veröffentlicht, in denen Forschung zur Gesundheit rund um die Geburt als Thema von besonderem Förderinteresse genannt wird. Diese beiden Förderrichtlinien haben ein Volumen von je bis zu 5 Mio. Euro.

33. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass Hebammen angemessen in Pandemiepläne einbezogen werden?

Der Nationale Pandemieplan (NPP) dient der Vorbereitung auf zukünftige Pandemien und bildet die Grundlage für die Pandemiepläne der Länder. Er orientiert sich am Rahmenplan der Weltgesundheitsorganisation „Preparedness and Resilience for Emerging Threats – Module 1: Planning for Respiratory Pathogen Pandemics“ (PRET).

Der NPP berücksichtigt systemrelevante Berufsgruppen, zu denen ambulante Hebammen gehören. Er befasst sich mit der Gewährleistung ambulanter Versorgungsangebote, die die Versorgung mit Hebammenhilfe einschließt. Die konkrete Ausgestaltung der Landespanemiepläne obliegt den einzelnen Ländern.

34. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Arbeitsfähigkeit von freiberuflichen Hebammen im Falle künftiger Pandemien sicherzustellen (z. B. Schutzausrüstung, Impfpriorisierung, digitale Anbindung)?

Während der COVID-19-Pandemie schlossen Krankenkassen und Hebammenverbände ergänzende Vereinbarungen zur „§ 134a SGB V“-Versorgung mit Hebammenhilfe ab. Dies galt insbesondere für einen pandemiebedingt erhöhten Materialaufwand für Schutzkleidung sowie für telemedizinische Leistungen. Der durch die Pandemie beschleunigte Digitalisierungsschub spiegelt sich im neuen Hebammenhilfevertrag vom 1. November 2025 wider, der nun digitale Beratungsleistungen regelhaft vergütet.

Die Entwicklung effektiver und sicherer Impfstoffe im Fall künftiger Pandemien ist neben nicht pharmazeutischen Maßnahmen ein entscheidender Faktor, einer Pandemie frühzeitig wirksam zu begegnen. Bei zunächst begrenzter Verfügbarkeit von Impfstoffen ist es wichtig, durch eine Priorisierung besonders gefährdete und vulnerable Gruppen frühzeitig zu schützen. Eine solche Priorisierung legte zu Beginn der COVID-19-Pandemie die Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV) fest. Diese basierte im Wesentlichen auf der COVID-19-Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). Demnach hatten Personen, die bei der Ausübung eines Heilberufes mit einem hohen oder erhöhten Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind, mit hoher Priorität Anspruch auf eine entsprechende Schutzimpfung. Dieses Vorgehen hat sich zu Beginn der COVID-19-Pandemie bewährt und soll in künftigen Pandemien fortgeführt werden.

35. Welche Änderungen plant die Bundesregierung im Hinblick auf § 134a SGB V, um die repräsentative Vertretung der Hebammen in den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen sicherzustellen?

§ 134a SGB V bestimmt als Vertragspartner auf Seiten der Hebammen die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen. Die Bundesregierung plant keine Änderung dieser Regelung.

36. Welche Evaluationsinstrumente sollen eingesetzt werden, um die Auswirkungen des im November 2025 in Kraft getretenen Hebammenhilfevertrages auf die Versorgung mit klinischer Geburtshilfe zu untersuchen?

Nach § 134a SGB V wird der Hebammenhilfevertrag allein durch die Vertragspartner der Selbstverwaltung festgelegt. Gemäß der Entscheidung der Schiedsstelle vom April 2025 obliegt es den Vertragspartnern, in einer Arbeitsgruppe eine Evaluation ihres Vertrages vorzunehmen, was die Auswahl der Evaluationsinstrumente zwingend mit umfasst. Die Bundesregierung kann insofern keine Angaben zu den Evaluationsinstrumenten machen.

37. Wie bewertet die Bundesregierung den Zugang zur Hebammenbetreuung in Schwangerschaft und Wochenbett?
38. Wie bewertet die Bundesregierung den Zugang zur sowie die Inanspruchnahme von Hebammenversorgung für Schwangere und Wöchnerinnen mit niedrigem sozioökonomischen Status?
39. Liegen der Bundesregierung Zahlen zur Inanspruchnahme von Hebammenbetreuung in Schwangerschaft und Wochenbett vor, und wenn ja, wie lauten diese (bitte nach Bundesland, Region, sozioökonomischem Status, Alter auflisten)?

Die Fragen 37 bis 39 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine eigenen und differenzierten Daten zur Inanspruchnahme von Hebammenbetreuung in Schwangerschaft und Wochenbett oder zu konkreten Zugangshemmnissen vor.

Verschiedene Länder haben in der jüngeren Vergangenheit Gutachten in Auftrag gegeben, um die Versorgungslage auf einer soliden Datenbasis beurteilen

zu können. Ein vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegebenes Gutachten zur Bedarfsbemessung in der ambulanten Versorgung mit Hebammenhilfe beschreibt – in Auswertung der Bestandsaufnahmen – einen partiellen Versorgungsmangel mit Hebammenhilfe vor allem für Frauen mit niedrigem Bildungsstand, niedrigem Einkommen und für nichtdeutschsprachige Frauen. Von Hebammen werde zudem teilweise ein Nachfrageüberhang berichtet. Leistungsbezogene Versorgungsmängel würden sich gehäuft in dicht besiedelten städtischen Räumen zeigen, jedoch nicht zwingend im Zusammenhang mit einer Siedlungsstruktur auftreten. Es obliegt den Vertragspartnern des Hebammenhilfevertrages nach § 134a SGB V, diese Erkenntnisse angemessen zu berücksichtigen. Auf die Antwort zu Frage 42 wird verwiesen.

40. Wie plant die Bundesregierung, eine kontinuierliche interprofessionelle Betreuung im gesamten Betreuungsbogen von Familienplanung über Schwangerschaft, Geburt bis hin zum Wochenbett, wie es von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen wird, sicherzustellen?

Zentrale Maßnahmen für eine kontinuierliche interprofessionelle Betreuung sind die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Ärztinnen und Ärzten und weiteren Fachkräften, die Sicherung der Hebammenversorgung sowie die Förderung interdisziplinärer evidenzbasierter Leitlinien und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen.

41. Plant die Bundesregierung, ein Gesetz für Hebammenkompetenz – ähnlich dem Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege – vorzulegen?

Hebammen werden auf der Grundlage des Hebammengesetzes und der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen für die ihnen vorbehaltenen Tätigkeiten gut qualifiziert. Eine gesetzliche Änderung ist nicht geplant.

42. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung zur Sicherstellung eines ausreichenden Angebots an Hebammenbetreuung, insbesondere im Hinblick auf die regionale Versorgung in ländlichen Räumen und in Regionen mit einer hohen regionalen sozioökonomischen Deprivation?

Gemäß § 134a SGB V schließt der GKV-SV mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene Verträge über die vorgeburtliche Betreuung und ambulante Geburtshilfe durch freiberufliche Hebammen. Die Vertragspartner haben dabei den Bedarf der Versicherten an Hebammenhilfe unter Einbeziehung der Wahlfreiheit und der Qualität, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen zu berücksichtigen. Es ist insofern Aufgabe der Vertragspartner, Maßnahmen zu vereinbaren, die eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung mit Hebammenhilfe sicherstellen. Das können auch finanzielle Anreize sein, um die Erbringung bestimmter Leistungen oder die Leistungserbringung in bestimmten Regionen zu fördern.

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären Versorgung und damit auch der geburtshilflichen Versorgung obliegt den Ländern. Diese haben die Versorgungsangebote im stationären Bereich unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Versorgungsbedarfs angemessen vorzuhalten. Wenn die Vorhal-

tung der stationären Leistungen eines Krankenhauses aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend finanzierbar ist, die Leistungen aber zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendig sind und nicht von einem anderen Krankenhaus in zumutbarer Entfernung ohne Zuschlag erbracht werden können, können seit dem Jahr 2017 Sicherstellungszuschläge von den Vertragsparteien vor Ort entsprechend den durch den G-BA getroffenen Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V vereinbart werden. Hiervon können auch Fachabteilungen für Geburtshilfe sowie Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in strukturschwachen Gebieten profitieren. Darüber hinaus wird seit dem Jahr 2020 für durch die Vertragsparteien auf Bundesebene gemäß den Vorgaben nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarte Standorte bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum eine zusätzliche pauschale Förderung gewährleistet.

Die vorhandenen Regelungen geben der Selbstverwaltung den notwendigen Entscheidungsspielraum, um eine bedarfsgerechte Hebammen- und Geburtshilfe auch in ländlichen Räumen sicherzustellen.

43. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die hohe Belastung durch Haftpflichtversicherungsbeiträge für geburtshilflich Tätige, sowohl Hebammen als auch Ärztinnen und Ärzte, zu reduzieren?
44. Ist der Bundesregierung das niederländische Modell der Haftpflichtversicherung für geburtshilflich Tätige bekannt, wie bewertet die Bundesregierung dieses Modell, plant sie, ein analoges Modell in Deutschland einzuführen, wenn nein, warum nicht, und was plant sie stattdessen?

Die Fragen 43 und 44 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Beiträge zur Berufshaftpflichtversicherung werden für freiberufliche Hebammen mit Geburtshilfe überwiegend aufgefangen; sowohl als Teil der Leistungsvergütung als auch über den sogenannten Sicherstellungszuschlag, den sie beim GKV-SV beantragen können, sofern sie der Vertragspartnerliste des GKV-SV angehören und die Voraussetzungen erfüllen. Gemäß der Anlage 1.3 des Hebammenhilfevertrages wird der Ausgleichsbetrag für die Kosten der Haftpflichtversicherung jedes Jahr individuell neu berechnet, sodass sich der Betrag bei steigenden Ausgaben erhöht.

Seit Einführung des Sicherstellungszuschlags im Jahr 2015 sind bis November 2025 nach Angaben des GKV-SV insgesamt 175,3 Mio. Euro an Hebammen ausgezahlt worden, wobei sich das Auszahlungsvolumen pro Jahr bisher stetig erhöht hat.

Die Bundesregierung hält diese Lösung für angemessen und plant keine weiteren Maßnahmen für Hebammen oder in der Geburtshilfe tätige Ärztinnen und Ärzte.

45. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Fragestellenden, dass es zunehmend schwieriger wird, Ärztinnen und Ärzte für leitende Positionen in der stationären Geburtshilfe zu finden, welche Ursachen sind ihr dafür bekannt, und sind Maßnahmen zur Gewinnung von Führungskräften geplant?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

46. Wie viele stationäre Mutter-Kind-Einrichtungen bzw. Abteilungen zur Behandlung schwerer postpartaler psychischer Erkrankungen (wie Depressionen und Psychosen) existieren nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland (bitte nach Bundesland, Gemeinde, Zahl der Therapieplätze für Mutter und Kind, Trägerschaft sowie dem jeweiligen Schwerpunkt der Einrichtung, Wartezeit auflisten)?

Der Bundesregierung liegen keine eigenen Daten über die Anzahl stationärer Mutter-Kind-Einrichtungen oder Abteilungen zur Behandlung schwerer postpartaler psychischer Erkrankungen in Deutschland vor. Der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. hat jedoch in einem vom BMG geförderten Projekt „Postpartale Depression – Hilfe für Angehörige“ im Jahr 2022 eine auf Grundlage einer Abfrage erstellte erste Übersichtsliste über Anlaufstellen und Einrichtungen für Hilfe bei postpartaler Depression erstellt (siehe www.bapk.de/fileadmin/user_files/bapk/projekte/Postpartale_Depression/Anlaufstellen_und_Einrichtungen_fuer_Hilfe.pdf).

47. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Bedarf an stationären Therapieplätzen in Mutter-Kind-Einrichtungen zur Behandlung postpartaler psychischer Erkrankungen in Deutschland (bitte nach Bundesland, Gemeinde, Zahl der Therapieplätze für Mutter und Kind, Trägerschaft sowie dem jeweiligen Schwerpunkt der Einrichtung auflisten), und woher bezieht die Bundesregierung ihre Zahlen?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen über den Bedarf an stationären Therapieplätzen in Mutter-Kind-Einrichtungen zur Behandlung postpartaler psychischer Erkrankungen vor.

48. Wie bewertet die Bundesregierung die Tatsache, dass es bisher keine regelhafte Untersuchung bzw. kein Screening auf peripartalen seelischen Hilfebedarf gibt?
49. Wie bewertet die Bundesregierung den Zugang zu passgenauen Hilfen bei peripartalen seelischen Erkrankungen?

Die Fragen 48 und 49 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Grundsätzlich ist eine frühe Diagnose peripartaler psychischer Erkrankungen und deren zeitnahe Behandlung anzustreben. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass die psychische Gesundheit der Mutter auch bei der Entwicklung einer positiven Mutter-Kind-Beziehung von erheblicher Bedeutung ist und Einfluss auf die kindliche Entwicklung hat. Eine wichtige Rolle bei der Früherkennung peripartaler psychischer Erkrankungen kommt den Gynäkologinnen und Gynäkologen wie auch den Hebammen zu, die rund um die Geburt und nach der Geburt in engem Kontakt mit den Müttern stehen. Auch Hausärztinnen und Hausärzte sind wichtige erste Anlaufstellen bei auftretenden psychischen Beeinträchtigungen. Eine Beurteilung, inwieweit ein regelhaftes Screening auf peripartale psychische Erkrankungen sinnvoll und notwendig ist, obliegt den wissenschaftlichen Fachgesellschaften beziehungsweise – sofern es um die Einführung in die Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung geht – dem G-BA.

Derzeit wird eine medizinische Leitlinie der höchsten Qualitätsstufe, die S3-Leitlinie „Peripartale Psychische Störungen“ unter Beteiligung mehrerer medizinischer Fachgesellschaften – Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM), Deutsche Gesellschaft

für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V. (DGPPG) sowie Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) – interdisziplinär erarbeitet (register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-032#anmeldung). Die Erstellung der Leitlinie wird durch den Innovationsfonds beim G-BA gefördert (Vorhaben PERIPSYCH, innovationsfonds.g-ba.de/projekte/peripsych.582). Es sollen Standards zur Diagnostik und Behandlung von Frauen und Familien mit psychischen Störungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt erarbeitet sowie einheitliche Empfehlungen für alle in die Versorgung und Unterstützung eingebundenen Fachkräfte erstellt werden. Das Projekt läuft noch bis Mitte 2026.

50. Wie bewertet die Bundesregierung das aus dem Innovationsfond geförderte Projekt UplusE, und welche Planungen bestehen, dieses in die Regelversorgung zu überführen?

Das Projekt „UPlusE – U-Untersuchung für Kinder PLUS Eltern beim Pädiater zur Förderung der kindlichen Entwicklung mit Impuls aus frauenärztlicher Schwangerenvorsorge“ ist noch nicht abgeschlossen, so dass noch kein Abschlussbericht vorliegt und das Projekt noch nicht bewertet werden kann. Nach Abschluss der Förderung und Vorlage des Abschlussberichtes berät der Innovationsausschuss beim G-BA über die Ergebnisse des geförderten Projekts und beschließt in Abhängigkeit von den Ergebnissen, welche Empfehlung zu einer möglichen Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen wird.

51. Wie bewertet die Bundesregierung die Versorgungssituation von Frauen mit postpartalen Beckenbodenfunktionsstörungen in Deutschland, insbesondere im Hinblick auf die Rolle und Verfügbarkeit zertifizierter Beckenboden- und Kontinenzzentren, deren regionale Verteilung, Kapazität, Wartezeiten, Qualität der Versorgung sowie Schwerpunkte in der konservativen und operativen Behandlung?

Der Bundesregierung liegen zu der von den Fragestellern genannten Personengruppe keine aktuellen Daten zu Versorgungsdichte, Wartezeiten und Qualität der Versorgung vor.