

N i e d e r s c h r i f t

über die 78. - öffentliche - Sitzung

des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Gleichstellung

am 11. Dezember 2025

Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Unterrichtung durch die Landesregierung zum Triage-Urteil des Bundesverfassungsgerichts**
Unterrichtung 4
Aussprache 6

2. **Präsentation der Ergebnisse der Dialogwerkstatt Geburtshilfe in Niedersachsen durch die Arbeitsgruppe Aktionsplan des Runden Tisches Geburtshilfe**..... 9
Aussprache 16

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD)
3. Abg. Marten Gäde (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
4. Abg. Andrea Prell (SPD)
5. Abg. Julia Retzlaff (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
6. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
8. Abg. Eike Holsten (CDU)
9. Abg. Laura Hopmann (CDU)
10. Abg. Jonas Pohlmann (i. V. der Abg. Sophie Ramdor) (CDU)
11. Abg. Heike Koehler (i. V. des Abg. Thomas Uhlen) (CDU)
12. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
13. Abg. Eva Viehoff (bis 11:20 Uhr vertreten durch den per Videokonferenztechnik zugeschalteten Abg. Stephan Christ) (GRÜNE)
14. Abg. Vanessa Behrendt (i. V. der Abg. Delia Klages) (AfD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Triefenbach.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10:15 Uhr bis 12:10 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Billigung von Niederschriften

Der **Ausschuss** billigt die Niederschrift über die 75. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

Unterrichtung durch die Landesregierung zum Triage-Urteil des Bundesverfassungsgerichts

*In seiner 75. Sitzung am 13. November 2025 hatte der Ausschuss die Landesregierung entsprechend dem Antrag der Fraktion der AfD vom 5. November 2025 um eine Unterrichtung zum Triage-Urteil des Bundesverfassungsgerichts gebeten. Der Antrag der Fraktion der AfD ist dieser Niederschrift als **Anlage 1** beigelegt.*

Unterrichtung

RefL'in **Dr. Ziehm** (MS): Auf der Grundlage des Antrags der AfD-Fraktion vom 5. November 2025 hat der Ausschuss beschlossen, die Landesregierung um eine mündliche Unterrichtung zur aktuellen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Triage zu bitten. Dieser Bitte kommt die Landesregierung in der heutigen Sitzung des Ausschusses nach.

Gegenstand der Unterrichtung sind die Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichts aus den Jahren 2021 mit dem Aktenzeichen BvR 1541/20 und 2025 mit den Aktenzeichen BvR 2284/23 und BvR 2285/23. Beide Entscheidungen enthalten zentrale verfassungsrechtliche Anforderungen an die Ausgestaltung von Triage-Regelungen, die für das Land Niedersachsen maßgeblich sind. Zur besseren Orientierung werde ich im Folgenden die Entscheidung aus dem Jahr 2021 als „Triage I“ und die Entscheidung aus dem Jahr 2025 als „Triage II“ bezeichnen.

Ich werde Sie im Weiteren über die Auswirkungen der Entscheidungen auf die künftige Ausgestaltung landesrechtlicher Regelungen sowie über den sich daraus ergebenden weiteren Handlungsbedarf unterrichten.

Zunächst zur Grundlage:

Aus der Entscheidung Triage I ergibt sich, dass der Gesetzgeber Vorkehrungen treffen muss, damit niemand wegen einer Behinderung bei der Zuteilung überlebenswichtiger, nicht für alle zur Verfügung stehender intensivmedizinischer Ressourcen benachteiligt wird. Vor diesem Hintergrund wurde der § 5 c in das Infektionsschutzgesetz eingefügt. Diese Schutzpflicht besteht weiterhin fort.

Mit der Entscheidung Triage II hat das Bundesverfassungsgericht die bundesrechtlichen Triage-Regelungen im Infektionsschutzgesetz für nichtig erklärt. Ausschlaggebend hierfür war die fehlende Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Für die zuvor erlassenen Detailregelungen zur Triage war der Bund nicht zuständig. Damit sind diese Vorschriften unwirksam.

Ergänzend stellt das Bundesverfassungsgericht klar, dass ein Eingriff in den Schutzbereich der ärztlichen Berufsfreiheit nach Artikel 12 des Grundgesetzes vorliegt. Der Artikel 12 GG schützt die ärztliche Therapiefreiheit: Entscheidungen über Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen sind grundsätzlich von Ärztinnen und Ärzten eigenverantwortlich und nach fachlichen Standards zu treffen. Staatliche Vorgaben sind dabei nur in engen, verhältnismäßigen Grenzen zulässig.

Die Regelungen des § 5 c IfSG schränken nach Überzeugung des Gerichts die Therapiefreiheit ein und beeinträchtigen somit die Berufsausübungsfreiheit. Der Eingriff durch das Infektions-

schutzgesetz in die Entscheidung über das Ob und Wie einer Heilbehandlung sei verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt.

Die ärztliche Therapiefreiheit wird aber zugleich auch durch die Grundrechte der Patientinnen und Patienten begrenzt, die stets den Maßstab und die äußere Grenze ärztlichen Handelns bilden. Das bedeutet: Der verfassungsrechtliche Auftrag, Menschen in Triage-Situationen vor Diskriminierung zu schützen, besteht fort. Zugleich ist sicherzustellen, dass die ärztliche Therapiefreiheit gewahrt bleibt.

Die Zuständigkeit für die Schaffung geeigneter Regelungen zur Triage liegt - entsprechend der verfassungsrechtlichen Kompetenzordnung - bei den Ländern.

Ich komme nun zu den Fragen im Einzelnen:

- 1. Welche konkreten Schritte hat die Landesregierung seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 4. November 2025 unternommen, um eine landesrechtliche Regelung zur Triage vorzubereiten oder zu erarbeiten?*

Klar ist, dass eine landesrechtliche Triage-Regelung im engen Schulterschluss mit den anderen Ländern entwickelt werden muss. Alleingänge einzelner Bundesländer würden der notwendigen Rechtseinheitlichkeit und der bundesweiten Orientierung für die medizinische Praxis widersprechen. Da Niedersachsen im kommenden Jahr den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz innehat, wird es diese Position gezielt nutzen, um ein koordiniertes und möglichst bundeseinheitliches Vorgehen der Länder voranzubringen. Im Kreis der obersten Landesgesundheitsbehörden und der Gesundheitsministerkonferenz wurden bereits erste Gespräche geführt. Die Gesundheitsministerkonferenz wird der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden die fachliche Vorbereitung für die Abstimmung eines einheitlichen Vorgehens übertragen. Dort werden die Gründe und die Anwendbarkeit beider Beschlüsse geprüft. Anschließend wird der Gesundheitsministerkonferenz ein konkreter Vorschlag für das weitere einheitliche Vorgehen vorgelegt.

- 2. Gibt es innerhalb der Landesregierung bereits Überlegungen oder Arbeitsgruppen, wie eine künftige Triage-Regelung in Niedersachsen ausgestaltet werden könnte und welche Grundprinzipien dabei berücksichtigt werden sollen?*

Die Überlegungen der Landesregierung orientieren sich an den verfassungsrechtlichen Anforderungen, die sich aus den Entscheidungen Triage I und Triage II ergeben. Daraus leiten sich folgende Grundprinzipien ab:

- wirksamer Schutz vor der Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen bei einer Entscheidung über die Zuteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen (Triage I),
- wirksame Schutzvorkehrungen vor unbewussten Vorurteilen (Triage I),
- die Wahrung der ärztlichen Berufsausübungsfreiheit gemäß Artikel 12 Abs. 1 GG (Triage II),
- die Beachtung der Kompetenzordnung: Regelungen zur Triage können nicht im Infektionsschutzgesetz verortet werden, da Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 GG keine Pandemie-Folgenkompetenz begründet (Triage II).

Das Bundesverfassungsgericht hat in Triage I offengelassen, in welcher Form der erforderliche Schutz zu treffen ist. Es hat explizit darauf hingewiesen, dass dem Gesetzgeber bei der Entscheidung, wie die konkrete Pflicht aus Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG im Einzelnen erfüllt werden soll, ein Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum zusteht (Triage I Absatz 126). Das Bundesverfassungsgericht führt dort aus:

„Geleitet und begrenzt wird der Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum durch die Eigenart des in Rede stehenden Sachbereichs und die zu beachtenden Grundrechte aller Betroffenen. Dabei hat der Gesetzgeber auch zu berücksichtigen, dass die für die Behandlung zur Verfügung stehenden begrenzten personellen und sachlichen Kapazitäten des Gesundheitswesens nicht zusätzlich in einer Weise belastet werden, dass das letztendlich angestrebte Ziel, Leben und Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit Behinderungen wirkungsvoll zu schützen, in sein Gegenteil verkehrt würde. Gleiches gilt im Hinblick auf die durch den Gesetzgeber zu beachtenden Schutzpflichten für das Leben und die Gesundheit der anderen Patientinnen und Patienten. Hierbei hat der Gesetzgeber die Sachgesetzmäßigkeiten der klinischen Praxis, etwa die aus medizinischen Gründen gebotene Geschwindigkeit von Entscheidungsprozessen, ebenso zu achten wie die Letztverantwortung des ärztlichen Personals für die Beurteilung medizinischer Sachverhalte im konkreten Einzelfall, die in deren besonderer Fachkompetenz und klinischer Erfahrung begründet liegt.“

Vor diesem Hintergrund ist eine Beteiligung der Ärzteverbände und einschlägiger Fachverbände bei der Erarbeitung sinnvoll.

- 3. Wie stellt die Landesregierung sicher, dass bei der künftigen Ausgestaltung einer Triage-Regelung insbesondere die Interessen vulnerabler Gruppen und die ärztliche Entscheidungsfreiheit angemessen berücksichtigt werden?*

Die Landesregierung wird bei der Ausgestaltung einer landesrechtlichen Triage-Regelung sowohl den Schutz vulnerabler Gruppen als auch die ärztliche Entscheidungsfreiheit umfassend berücksichtigen, unter anderem indem die entsprechenden Verbände angemessen beteiligt werden und die Vorgaben aus den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts berücksichtigt werden.

Des Weiteren verweist die Landesregierung auf den aktuellen Sachstand, der bei der Beantwortung der vorhergehenden Fragen dargestellt wurde.

Aussprache

Abg. **Vanessa Behrendt** (AfD): Herzlichen Dank für die ausführliche Unterrichtung. Wir werden diese Darlegungen mit unseren Fachsprechern zu diesem Thema intern besprechen und gegebenenfalls noch einmal auf das Ministerium zukommen, falls sich weitere Fragen ergeben.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Hierbei handelt es sich um eine schwierige Materie, weil sie von allen Seiten in das Verfassungsrecht eingreift. Wir haben jetzt die etwas missliche Situation, dass uns als Gesetzgeber die Zuständigkeit dafür obliegt. Sie haben die Überlegungen zur Koordinierung dargestellt. Das ist im Grunde genommen richtig. Der Föderalismus ist ja eine wertvolle Institution. Eine gemeinsame Regelung aller Länder im Verfas-

sungsrang zu finden, die schon auf der Bundesebene umstritten war, ist eine herausfordernde Aufgabe. Ich bin sehr dankbar, dass sich das Ministerium selbst an die Spitze der Bewegung stellen will, indem der Vorsitz in der Gesundheitsministerkonferenz dafür genutzt werden soll, um eine Regelung zu finden. Das finde ich gut, und ich hoffe auch, dass das gelingen wird. Denn ich glaube schon, dass es eine Sicherheit geben muss. Zwei Aspekte sind dabei zu beachten: erstens dass die ärztliche Berufsausübung maßgeblich geschützt ist und darin nicht eingegriffen wird und dass wir zweitens die Rechte von Menschen mit Behinderung präventiv berücksichtigen. Das ist schon mit dem § 5 c des Infektionsschutzgesetzes schwierig gewesen und deshalb eine wirklich große Aufgabe.

Mich interessiert noch die Zeitplanung des Ministeriums für den Fall, dass es mit dem Vorsitz in der Gesundheitsministerkonferenz nicht weiterkommt und eine eigene Regelung finden muss. Können Sie noch ergänzen, wie sich das Bundesverfassungsgericht diese Übergangszeit vorgestellt hat und wie es dann weitergeht?

RefL'in **Dr. Ziehm** (MS): Zu der Zeitschiene können wir uns jetzt noch nicht äußern. Zunächst einmal liegt die höchste Priorität auf der koordinierten Vorgehensweise mit den anderen Bundesländern. Es steht jedoch noch nicht im Raum, was passiert, wenn die Abstimmung nicht funktionieren sollte.

Zu der Frage, was bis dahin passiert: Die Regelung in § 5 c IfSG war ja ganz konkret auf die Situation der Pandemie zugeschnitten und hat keine anderen Ereignisse, bei denen eine Triage auch notwendig werden könnte, mit einbezogen. Von daher, denke ich, sollten wir nichts übereilen und lieber koordinierend vorgehen.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich schließe mich den Ausführungen von Frau Schüßler an und wünsche viel Erfolg bei dem gemeinsamen Vorgehen. Es ist gerade für Patient*innen sehr wichtig, dass in den Bundesländern nicht unterschiedliche Regelungen gelten. Ich hoffe, dass alle gemeinsam und sehr konstruktiv an diesem Ziel arbeiten, auch wenn die Sachfrage sehr schwierig ist.

Ich würde es auch begrüßen und halte es auch für sehr wichtig, dass die verschiedenen Verbände bei der Ausgestaltung einer landesrechtlichen Triage-Regelung beteiligt werden. Sie haben explizit den Ärzteverband genannt. Welche weiteren Fachverbände, Behindertenvertretungen usw. sind in diesem Zusammenhang mit angedacht? Sie müssen diese Frage jetzt nicht im Detail beantworten. Aber vielleicht können Sie noch ein bisschen breiter fassen, in welche Richtung die Beteiligung gedacht ist.

RefL'in **Dr. Ziehm** (MS): Das ist noch nicht festgelegt worden. Ich gehe aber davon aus, dass selbstverständlich auch die Behindertenverbände beteiligt werden. Zunächst einmal wird das gemeinsame Vorgehen mit den anderen Bundesländern abgestimmt. Deswegen kann ich mich dazu jetzt noch nicht äußern.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Auch von unserer Seite herzlichen Dank für die Unterrichtung. Zur Konkretisierung des Zeitplans: Sind schon Arbeitsgruppentreffen zwischen den Ländern im Vorwege zur Vorbereitung der Gesundheitsministerkonferenz terminiert worden, die meines Wissens Mitte Juni 2026 in Hannover stattfinden wird, um dort dann nach Möglichkeit einen Beschluss zu fassen?

RefL'in **Dr. Ziehm** (MS): Diese Frage kann ich noch nicht konkret beantworten. Auf jeden Fall soll es einen Beschlussvorschlag für die Sitzung der Gesundheitsministerkonferenz geben. Das ist die Planung. Ob dieser Beschluss schon die endgültige Regelung oder erst mal nur das weitere Vorgehen beinhaltet, wird sich in der Arbeitsgruppe herausstellen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Herzlichen Dank für die Unterrichtung.

Tagesordnungspunkt 2:

Präsentation der Ergebnisse der Dialogwerkstatt Geburtshilfe in Niedersachsen durch die Arbeitsgruppe Aktionsplan des Runden Tisches Geburtshilfe

Der Ausschuss hatte in der 71. Sitzung am 2. Oktober 2025 eine Anhörung zu dem Antrag in der [Drs. 19/7478](#) betreffend „Landesaktionsplan Gute Geburt: Eine gesunde und gute Geburt für Mütter und Kinder sicherstellen“ durchgeführt und die Anregung aufgenommen, sich nachfolgend die Ergebnisse der Dialogwerkstatt Geburtshilfe in Niedersachsen vorstellen zu lassen.

*Die Präsentation der Ergebnisse der Dialogwerkstatt ist dieser Niederschrift als **Anlage 2** beige-fügt.*

Anwesend:

Veronika Bujny, Hebamme und Sprecherin des Aktionsbündnisses Gesundheit rund um die Geburt (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

Dr. Gabriela Stammer, Fachärztin für Frauenheilkunde

Hilke Schauland, 1. Vorsitzende des Hebammenverbandes Niedersachsen (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

Susanne Huhndorf, 2. Vorsitzende des Hebammenverbandes Niedersachsen

Sabine Scholz-de Wall, Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt

Prof.in **Dr.in Claudia Hellmers**, Hochschule Osnabrück (als Gast per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

Veronika Bujny: Der Runde Tisch Geburtshilfe im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung befasst sich seit mehreren Jahren mit vielen Ehrenamtlichen mit der Verbesserung der Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen. Entstanden ist der Runde Tisch durch die Forderung des Bündnisses „Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen“, das Gesundheitsziel umzusetzen. Im Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ sind durch eine große Expert*innengruppe Ziele festgelegt und Umsetzungsschritte dargestellt worden. Wir haben kein Erkenntnisproblem. Die Sachlagen sind zum Teil erdrückend deutlich. Allerdings fehlt es an einer planvollen, transparenten und die Frauen und Familien einbeziehenden Umsetzung der Ziele. Dafür soll ein Aktionsplan Abhilfe schaffen, der seit 2017 gefordert wird, bisher jedoch nicht umgesetzt ist.

Zur Umsetzung dieses Aktionsplans braucht es in erster Linie ein Miteinander der verschiedenen Entscheidungs- und Umsetzungsebenen. Es braucht ein Netzwerk der Beratungsangebote, ein Netzwerk von Menschen mit unterschiedlichen Blickwinkeln, interprofessionelle Zusammenarbeit, eine gute Vertretung der Eltern und viel Transparenz.

Bereits 2019 haben Mitglieder und Interessierte des Bündnisses „Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen“ einen ganztägigen Workshop zum Aktionsplan durchgeführt und viele Umsetzungsideen gesammelt. Eine Fortsetzung war am 27. September 2025 die Dialogwerkstatt, die vom Aktionsbüro geplant und durchgeführt wurde, mit der Teilnahme von vielen Akteurinnen und Akteuren, die neu dazugekommen sind oder bereits seit 2017 in den verschiedenen Arbeitsgruppen und an dem Gesundheitsziel mitwirken. In fünf Arbeitsgruppen wurde auf dem Workshop entsprechend dem Gesundheitsziel zu diesem Thema gearbeitet. Die Ergebnisse

möchten wir im Folgenden im Groben skizzieren. In der Präsentation (s. Anlage 2 zu dieser Niederschrift) können Sie weitere Aspekte finden. Eine gute Grundlage ist auch immer das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ selbst. Jede Arbeitsgruppe wird ihre Ergebnisse kurz vorstellen. Anschließend können gerne Verständnisfragen zu den einzelnen Bereichen gestellt werden. Eine Diskussion soll sich im Anschluss an alle fünf Berichte entwickeln.

Wir freuen uns sehr über die Möglichkeit, unser Anliegen hier im Ausschuss darzulegen. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und das erste Lebensjahr eines Kindes brauchen unseren Schutz und unsere Fürsorge. Die gesamte Gesellschaft trägt die Verantwortung für die gesunden Bedingungen und das Auffangen von Mühen und Schwierigkeiten im großen Veränderungsprozess des Elternwerdens. Auf einen guten Anfang kommt es an: auf die Einbeziehung aller, auf den Blick auf die besonders vulnerablen Frauen und Familien und auf die Bedarfe, die nicht verdrängt, sondern besonders geschützt werden sollen. Wir hoffen sehr auf eine breite Unterstützung aus diesem Ausschuss.

Dr. Gabriela Stammer: Vielen Dank für die Einladung in diesen Ausschuss. Ich werde das Ziel 1 vertreten, nämlich das Thema Schwangerschaftsbegleitung. Die Details bitte ich in der Präsentation nachzulesen.

Wir haben in dieser Gesellschaft die Herausforderung, dass wir individuelle Wege begleiten wollen und müssen, das aber auch politisch abbilden müssen. Das ist die Quadratur des Kreises. Ich glaube, hierbei hakt es an den verschiedensten Stellen. Ich möchte gerne drei Punkte herausstellen, die alle mit dem Gesichtspunkt verbunden sind, dass wir unsere Haltung ändern müssen, nämlich dass wir Beziehungen auch in der ärztlichen Begleitung eingehen wollen und müssen, dass wir aktives Zuhören lernen müssen, aber dass wir auch Fehlanreize in der derzeitigen Gesundheitspolitik betrachten müssen, die weitestgehend in der Technik und der Finanzierung der Technik liegen. Wir haben jedoch wenig Luft dafür, das anders zu handhaben. Das muss ich als niedergelassene Frauenärztin einfach so feststellen. Darauf können wir gerne in dem anschließenden Gespräch zurückkommen.

Der erste Punkt ist: Wie kann man Salutogenese statt Pathogenese pflegen? Wir müssen es in der Gesellschaft wieder umkehren, dass wir nicht die Suche nach dem Kleinsten in der Pathologie pflegen, sondern Salutogenese ergreifen wollen. Das heißt aber auch: Wir brauchen das Interesse für Ernährung, für Bewegung. Wir brauchen Interesse für das, was kommen wird, wenn das Kind da sein wird, und auch schon vorher dafür, wie die Geburt ablaufen wird, sodass die Themen in der Schwangerschaft gemeinsam bewegt werden bis hin zum Stillen und auch bis hin zu dem Thema: Geburt ist Kontrollverlust; sonst ist Geburt nicht möglich. Man muss einen Vertrauensraum haben, um überhaupt gebären zu können. Das bedarf nach meiner Erfahrung Vorbereitung in der Schwangerschaft.

Der zweite Punkt ist: Wie können wir Befähigung der Eltern statt Bevormundung leben? Da kneift es sich ein bisschen mit der Juristerei, weil wir als Niedergelassene bzw. als Geburtshelfer mit der Frage, wie Befähigung erfolgt, sehr schnell bei juristischen Themen sind. Wenn wir falsch beraten haben, sind wir dran. Es braucht einen politischen Rahmen dafür, dass nicht nur wir Ärzte, sondern selbstverständlich auch die Hebammen in eine andere Form kommen und für das Thema eine gemeinsame Entscheidung treffen, die für die Frau den Raum lässt, ihre Entscheidung zu treffen, die aber geklärt hat, wie man damit umgeht, wenn es nicht funktioniert. Das ist sicherlich auch ein Problem: Wie können wir die Eltern und die Gebärenden dahin gehend

auch stützen, dass sie überhaupt eine Empfindung dafür entwickeln, was ihnen gut tut? Das ist ja letztendlich nicht vorgesehen.

Der dritte Punkt ist: Wir haben inzwischen viele Best-Practice-Beispiele. Ein Beispiel ist, dass Hebammen in den Schulen unterrichten. Auch dort beginnt ja bereits die Sensibilisierung für die Themen. Wie wird das gefördert? Wie ist das im Fokus auch der Politik? Inwieweit sind Gruppen, Eltern und Vereine, wie beispielsweise „Leere Wiege“, die die Sternenkind-Familien in ihren schweren Schicksalssituationen oder Familien mit schwerbehinderten Kindern begleiten, im Fokus, und wie wird das gefördert? Wie stellt man die Verbindungen zwischen verschiedenen Zentren her? Beispielsweise in Wennigsen gibt es den Verein „Wir in Wennigsen“, der als Familienzentrum auch Angebote in der Zeit der Schwangerschaft und in der ersten Zeit nach der Geburt, aber auch Angebote für Senioren mit einem kompletten Blick auf Themen wie Ernährung, Kochen usw. bietet. Es gibt keine oder kaum politische Förderung. Das ist sehr mühsam, und es ist sehr viel Eigeninitiative notwendig, so etwas durchzuziehen. Das ist nach meiner Meinung ein politisches Desiderat, weil wir die Punkte, die wir fordern, eigentlich nicht umsetzen können.

Hilke Schauland: Ich berichte über die Arbeitsergebnisse zum Ziel 2, das die Geburtshilfe betrifft und sich in drei Teilziele untergliedert. Die Kernaussage lautet: Eine interventionsarme Geburt wird gefördert, gesundheitliche Ressourcen sind gestärkt.

Im Vordergrund wird immer die Eins-zu-Eins-Betreuung genannt. Dabei soll die Kompetenz der Frau wahrgenommen werden. Die Geburt bedarf Zeit, die die Frauen selber nutzen, um ihr Kind zu gebären. Wir sind dabei die Begleitung. Die Erfahrungen der Frauen sollen wahrgenommen werden. Wenige Interventionen sollen stattfinden. Ein Nachgeburtsgespräch sorgt dafür, dass Frauen Fragen stellen und ihre Sichtweise darstellen können. Das hilft auch dem geburtshilflichen Team, das dann das eigene Handeln reflektieren kann. Gesehen wird, dass eine physiologische Begleitung in der Schwangerschaft förderlich für eine interventionsarme Geburt ist und spätestens im II. Trimenon die Frauen durch Beratung und Informationsgabe empowert werden sollen. Das kann aber auch schon im Vorfeld in der Gesellschaft stattfinden, indem wir unsere Kinder stärken und ihnen das Normale aufzeigen, wie das Wachsen des Babys im Bauch, die Geburt und das Stillen funktionieren. Social Media helfen den Kindern dabei wenig, wo Reißerisches und schreckliche Szenarien dargestellt werden. Es ist besser, die Kinder zu stärken und ihnen schon in frühen Jahren das Normale aufzuzeigen. Das Konzept der Hebammen in der Schule kann, jeweils angepasst, schon in der Grundschule umgesetzt werden bis hin zur Oberstufe.

Oft genannt wird der Hebammenkreißaal mit einem Zertifikat. Bisher ist der Begriff „Hebammenkreißaal“ nicht geschützt und können die Kliniken auch ein Pappschild aufhängen und sagen: Das ist unser Hebammenkreißaal. - Für die Familie ist aber nicht transparent, was sich dahinter verbirgt. Es gibt ein Zertifikat. Das soll unbedingt gefördert werden, damit die werdenden Eltern wissen, welche Prozesse sie im Kreißaal erwarten. Dieses Zertifikat ist von verschiedenen Risikoauditierungsgesellschaften mit dem Deutschen Hebammenverband entstanden und zeigt in einem Kriterienkatalog, der vom Netzwerk Hebammenkreißaal im Deutschen Hebammenverband erstellt worden ist, die Mindestvoraussetzungen auf.

Unter diesem Teilziel werden auch spezielle Themen genannt. Das kann in der Präsentation nachgelesen werden.

Unter dem zweiten Teilziel „Belastungen, Risiken und besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert, und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt“ wurde insbesondere betont, dass es ein gutes Schnittstellenmanagement geben muss, von dem klinisches und ambulantes Setting verknüpft werden und eine gemeinschaftliche gute Versorgung für die Familien nach deren Bedarfen geschaffen wird. Dabei spielen auch die Sprachmittlung und die Erreichbarkeit eine wichtige Rolle. Dazu muss auch die Situation des Rettungsdienstes bedacht werden. Immer mehr Kreißsäle werden geschlossen. Die werdenden Eltern werden dadurch weiteren Anfahrtswegen zum Gebärdort ausgesetzt. Häufiger werden die Kinder unterwegs geboren. Insofern ist die Situation des Rettungsdienstes auch im Hinblick auf die geburtshilfliche Versorgung zu betrachten. Eine Option bestünde beispielsweise darin, dass eine Hebamme in einer Leitstelle mittels Telemedizin unterstützen kann.

Interessant ist, dass zum Beispiel in Brasilien die Frauen nach ihrer Geburt von der Krankenkasse angerufen und gefragt werden, wie sie mit ihrer Geburt zufrieden waren. Diese Perspektive bei der Ermittlung der Qualität der Geburtshilfe wäre auch mit einzubeziehen. Die Frauen sollten zu ihrer Zufriedenheit befragt werden.

Das dritte Teilziel lautet: „Die an der Geburt beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine möglichst kontinuierliche Betreuung.“ Ich hatte schon erwähnt, dass ein gutes Schnittstellenmanagement betrieben werden sollte. Dies sollte noch weiter gedacht werden. So sollte es Netzwerke mit diesem Schnittstellenmanagement und Kooperationen von Kliniken in den Versorgungsleveln 1 bis 4 geben, sodass die Frauen, die ja nach dem Gesetz den Geburtsort frei wählen können, die Optionen aufgezeigt bekommen, welche Versorgungsstufe sie für die Geburt wählen sollten, wenn bei ihnen ein Risiko besteht oder wenn sie beispielsweise eine Frühgeburt erwarten. Die Frauen sollten also an den richtigen Ort geleitet werden. Die Kliniken sollten auch gut miteinander kooperieren. Diese Kooperation kann so weit gehen, dass sie gemeinsame Fortbildungen und gemeinsame Notfalltrainings durchführen. Genannt wurde auch, dass viel mehr eine interprofessionelle Ausbildung mit standardisierten Lernzielen verfolgt werden sollte, damit die Professionen zusammenwachsen. Denn man muss bei allen Teilzielen auch immer wieder betonen: Die Familien stehen zwischen den Professionen. Wenn die Professionen nicht gut miteinander arbeiten, müssen die Eltern immer entscheiden, wem sie mehr glauben und wem sie folgen wollen. Dabei bedarf es eines guten Miteinanders, damit den Eltern eine gute Geburtshilfe angeboten werden kann.

Susanne Huhndorf: Zum Ziel 3 möchte ich einen kurzen Überblick über die zentralen Herausforderungen zur Verbesserung der Wochenbettversorgung und Betreuung geben und die Ziele, die wir im Workshop erarbeitet haben, kurz benennen.

Der Hintergrund ist: Das Wochenbett ist eine hochsensible Phase, die für die körperliche und psychische Gesundheit der Mütter, für den Bindungsaufbau und den Start in das Familienleben entscheidend ist. Viele Frauen, Familien und Expert*innen berichten jedoch von Versorgungslücken, fehlender Orientierung und mangelnder Verlässlichkeit, unter anderem beim Thema Stillen, das nicht nur gesundheitsfördernd ist, sondern für viele Familien ein zentrales Anliegen darstellt.

Die Probleme sind also nicht nur persönliche Erfahrungen einzelner Familien und Frauen, sondern auch Ausdruck struktureller Defizite. Kurzfristig ist es daher notwendig, Familien unmittelbar besser zu orientieren. Frauen müssen schnell und klar verständlich wissen, wer sie nach der

Geburt unterstützt. Dafür braucht es barrierearme Übersichten über regionale Angebote wie Hebammenbetreuung, Stillberatung und Frühe Hilfen. Es braucht verbindliche und vor allem einheitliche Informationen zur Wochenbettbetreuung und zum Stillen, und zwar bereits in der Schwangerenvorsorge durch Ärzt*innen und Hebammen sowie in den geburtshilflichen Kliniken.

Ebenso wichtig - das wurde schon angesprochen - ist ein interprofessioneller Austausch zwischen den Ärzt*innen, freiberuflichen Hebammen, Kinderärzt*innen, psychologischen Diensten und Familienhilfen. Eine strukturierte Geburtsnachbesprechung ist für viele Frauen ein wichtiger Schritt, um belastende Erfahrungen einzuordnen und bei Bedarf frühzeitig Unterstützung zu erhalten. Angebote wie Stillcafés, Babylots*innen und Willkommensbesuche müssen sichtbar und einfacher zugänglich sein, um Familien schon in den ersten Tagen und Wochen zu entlasten.

Zu den mittelfristigen Zielen: Ziel ist es, die Stabilisierung unserer Versorgungsstrukturen zu erreichen. Die Betreuung im Wochenbett darf nicht davon abhängig sein, in welcher Region eine Familie lebt. Der Ausbau von Hebammenzentralen und Hebammenambulanzen ist somit dringend erforderlich, um Vermittlungen zu erleichtern und Versorgungslücken zu schließen.

Die Einführung einheitlicher, evidenzbasierter Standards für Wochenbettbetreuung und Stillbetreuung sowie gemeinsame Fortbildungen aller beteiligten Berufsgruppen sind unverzichtbar, um Qualität und Verlässlichkeit darzustellen.

Eine bessere Verzahnung zwischen Geburtskliniken und ambulanter Versorgung, etwa bei der Planung und Ausführung der Vorsorgeuntersuchung U2 nach der Geburt, ist notwendig, um Betreuungsketten nicht abreißen zu lassen. Ergänzend braucht es einen Ausbau früher psychologischer Unterstützung im Wochenbett, da viele Familien - also Mütter, aber auch Partner*innen - in dieser Phase besonders emotionale Stabilität benötigen.

Langfristig muss eine flächendeckende, qualitätsgesicherte Wochenbett- und Stillversorgung ermöglicht werden, die unabhängig vom Wohnort erreichbar sein muss. Dafür braucht es einen Aufbau von Familiengesundheitszentren oder sogenannten Community-Nurse-Modellen. Denn hier könnten medizinische, psychosoziale und entwicklungsbezogene Angebote gebündelt werden, das heißt, Hebammen, Ärzt*innen und Beratungsstellen zusammenarbeiten. Sie schaffen wohnortnahe niedrigschwellige Zugänge und stärken zugleich gesundheitliche Prävention.

Politisch notwendig sind langfristig zudem verbesserte gesetzliche Rahmenbedingungen, zum Beispiel ein angemessener Mutterschutz für Selbstständige oder auch ein weiterentwickelter Schutz für Partner*innen, damit alle die anspruchsvolle Anfangsphase gut begleiten können.

Um Familien sowie Fachkräften eine spürbare Entlastung zu ermöglichen, braucht es auch eine vollständige Digitalisierung und Vereinfachung von Verwaltungsprozessen.

Zur nachhaltigen Qualitätssicherung schlagen wir verbindliche Standards für Still- und Wochenbettberatung sowie eine stärkere Förderung der Versorgungsforschung vor, damit die tatsächlichen Bedarfe der Familien und Frauen sichtbar werden und als Grundlage für politische Entscheidungen dienen können.

Eine moderne und familienorientierte Wochenbettbetreuung ist nicht nur ein gesundheitspolitisches Thema. Sie sollte ein gesellschaftlicher Auftrag sein. Eine unterstützende Wochenbett-

kultur, die Erholung, Stillen und Bindung in den Mittelpunkt stellt, stärkt die Gesundheit von Müttern, Kindern und Familien.

Sabine Scholz-de Wall: Bei dem Ziel 4 geht es um das erste Jahr nach der Geburt und die Unterstützung der Phase der Familienentwicklung.

Eine zentrale Erkenntnis aus dem Workshop ist, dass für Familien rund um die Geburt wirksame, niedrigschwellige und verlässlich finanzierte Unterstützungsstrukturen notwendig sind. Die vier Unterziele dieses Teilziels fordern die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen sowie des Wohlbefindens, die Stabilisierung der Bindung zwischen Eltern und Kind, die Identifikation und Verringerung von Komplikationen, Belastungen und Risiken für Familien im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes sowie eine passgenaue und schnelle Unterstützung für Familien, die aufgrund besonderer Lebenssituationen einen erhöhten Förderbedarf haben. Dafür sind eine enge Verzahnung des Gesundheitswesens, der Jugendhilfe und der Bildung sowie klare Zugänge zu präventiven Angeboten erforderlich.

Konkret wurden im Workshop folgende Maßnahmenempfehlungen abgeleitet:

Die ärztliche Beratung zu Frühen Hilfen sollte vergütet und systematisch in die Regelversorgung eingebettet werden, sodass Hilfen frühzeitig, verbindlich und ohne Hürden erreichbar sind.

Ebenso braucht es eine flächendeckende Finanzierung von Babylots*innen über die gesetzlichen Krankenkassen, um Risikolagen früh zu erkennen und Familien direkt in passende Unterstützungsangebote weiterzuleiten.

Wichtig ist zudem der Ausbau niedrigschwelliger Angebote wie Stillberatung, Stillcafés sowie frühzeitige Elternbegleitung. Eine Stärkung der mentalen Gesundheit im ersten Lebensjahr, etwa durch besser zugängliche Therapie- und Beratungsangebote, durch mobile Beratung oder durch ausreichend stationäre Plätze für Eltern in Krisensituationen, sind ein wesentlicher Faktor. Auch das Hebammenwesen braucht verlässliche Rahmenbedingungen. Der Zugang zur Hebammenhilfe muss gesichert und die Ausbildung attraktiv gestaltet werden, und Familienhebammen müssen stärker eingebunden werden. Familienpat*innenprogramme, Hausbesuche und sozialräumliche Unterstützungsstrukturen leisten ebenfalls einen wichtigen Beitrag, insbesondere für belastete Familien.

Gleichzeitig zeigt sich, dass gesellschaftliche und strukturelle Rahmenbedingungen die Entwicklung von Kindern und den Alltag von Familien wesentlich prägen. Hier ergaben sich aus dem Workshop folgende Handlungsempfehlungen:

Väter sollten stärker in Geburtsvorbereitung und Familienbildung einbezogen werden, um als aktive Partner im Alltag zu unterstützen.

Care-Arbeit muss gesamtgesellschaftlich sichtbarer und besser anerkannt werden, und flexible Elternzeit- und Arbeitszeitmodelle können zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf beitragen.

Um die Qualität der Unterstützung zu sichern, braucht es gute Arbeitsbedingungen für Fachkräfte, mehr Multiprofessionalität, gemeinsame Fortbildung und eine institutionell abgesicherte Sprachmittlung.

Entscheidend ist zudem, die Zugänge zu den Angeboten zu vereinfachen. Das bedeutet konkret: Bürokratische Hürden müssen reduziert, Antragsprozesse vereinfacht und Informationen für Familien transparent gebündelt werden, zum Beispiel über zentrale Informationsplattformen oder Willkommensbriefe für alle Eltern.

Regionale Netzwerke und verbindliche Kooperationen zwischen Professionen sollten gestärkt und durch gemeinsame Qualitätszirkel ergänzt werden.

Nicht zuletzt sind eine systematische Evaluation und eine Verbesserung der Datenlage erforderlich, um Bedarfe sichtbar zu machen und Strukturen kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Die Umsetzung aller genannten Punkte ist mindestens mittelfristig anzustreben.

Insgesamt wird deutlich, dass Familien insbesondere in der sensiblen Phase rund um die Geburt zuverlässige Orientierung, gut erreichbare Angebote und ein abgestimmtes Unterstützungssystem benötigen, getragen von starken Fachkräften, klaren Strukturen und einer familienfreundlichen Politik, die Prävention konsequent mitdenkt.

Veronika Bujny: Das Ziel 5 betrifft Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt. Es bestimmt keinen konkreten Zeitpunkt, sondern ist ein allumfassendes Prinzip. Die Frauen und Familien in den Mittelpunkt zu stellen, ist ein großes Anliegen sowohl des Runden Tisches insgesamt als auch dieses Gesundheitsziels.

Die Gesellschaft hat den Auftrag, mit geeigneten Rahmenbedingungen und Unterstützungsangeboten die Grundlagen bereitzustellen, die einen gesunden Start fördern und sichere Zukunftsperspektiven unterstützen. Dafür ist ein gesundheitsförderliches Umfeld mit Verhältnissen, die Wohlbefinden und Freude auf den Familienzuwachs fördern, grundlegend. Dazu gehören als Lebenswelt insbesondere natürlich der Arbeitsplatz, die Arbeitssituation und die damit verbundenen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für das Wohlbefinden von Mutter und Kind. Das bedeutet insbesondere gute Kinderbetreuungsmodelle, familienfreundliche Arbeitszeiten und flexibler Wiedereinstieg in den Beruf.

Die Transparenz und Vernetzung von Hilfestrukturen sind schon mehrfach angesprochen worden. So muss es zum Beispiel möglich sein, dass jemand drei Jahren nach der Geburt weitergeben kann, welche Hilfestrukturen vorhanden sind. Es muss nicht alles immer nur in Projekten stattfinden, da die „Projektitis“ dazu führt, dass sich die Situation bereits nach drei oder vier Jahren völlig verändert hat. Die Hilfestrukturen müssen nachhaltig finanziert sein, und die besonderen Bedarfe von Familien, die beispielsweise Frühe Hilfen nutzen wollen, müssen berücksichtigt werden. Eine Bündelung der Hilfestrukturen ist notwendig. Beispielsweise in Leer in Ostfriesland gibt es Behörden, das Jugendamt und verschiedene Beratungsstellen, die Angebote machen. Es gibt Frühe Hilfe, es gibt Möglichkeiten, wo man den Elterngeldantrag stellt, und es gibt Informationen, wo Kitas sind, und auch weitere Informationen. Für die Eltern muss es möglich sein, an einer einzigen Stelle alle wichtigen Informationen abzurufen, beispielsweise über eine zentrale Telefonnummer, wo sie die Informationen, die sie benötigen, zielgenau erhalten können, sodass sie nicht immer in einem Wust von Informationen suchen müssen. Im Internet werden die Informationen oft genug interessengeleitet weitergegeben. Die Eltern müssen aber werbefrei und ohne Erwerbsinteressen anderer die Möglichkeit haben, sich zu informieren.

Dazu muss auch bekannt sein, welche Bedarfe die Eltern eigentlich haben. Insofern ist es auch notwendig, den Bereich der Forschung noch mehr in den Blick zu nehmen. Es gibt viel zu wenig Forschung dazu, was nötig ist und gebraucht wird. Die Punkte, zu denen unabhängige Forschung stattfinden muss, sind beispielsweise die Frage „Wie willkommen fühlen sich Familien?“ und der Ausbau unabhängiger Forschung zur Evidenz bezogen auf Ernährungsempfehlungen, Schwangerschaft, Stillzeit, psychische Vorgänge und Herausforderungen während der Schwangerschaft und des Wochenbetts.

Insbesondere ist es mir ein Anliegen, noch einmal darauf hinzuweisen, dass es gerade auch bundesweit eine große Initiative dafür gibt, ein Geburtenregister einzuführen, das heißt alle wichtigen Informationen rund um die Geburt zu sammeln und für die Forschung zur Verfügung zu stellen. Das ist erforderlich, damit auch in Deutschland Daten vorhanden sind, wie sie in anderen Ländern längst ausgewertet werden. Dafür wäre manchmal gar nicht so viel nötig. Die Daten müssten zum Teil lediglich zusammengefügt werden. Das wäre mit wenig Aufwand machbar. Es gibt dazu große Initiativen. Wir hoffen sehr, dass das weitergeführt wird.

Eine hohe Priorität hat die Vernetzung von Strukturen. Mehr Transparenz, beste Informationen und beste Erreichbarkeit müssen für alle Eltern vorhanden sein; denn wir stellen auch fest, dass bestimmte Familien immer wieder aus den Hilfsregistern herausfallen. Wir müssen im Prinzip alle Lebenswelten auf ihre Familienfreundlichkeit hin prüfen und den jungen Menschen, die sich entschließen, Eltern zu werden, Wohlwollendes mit auf den Weg geben. Wir brauchen Nachhaltigkeit und keine „Projektitis“. Die gute Datenbasis ist ebenfalls eine ganz wichtige Grundlage. Wir haben dazu in den Workshops sehr detailliert gearbeitet.

Sie fragen sich sicherlich auch, wie der Landtag initiativ werden kann. Sie können praktisch die Grundlage dafür schaffen, dass diese Arbeit, die dort stattfindet, weitergeht, dass wir Grundlagen in Niedersachsen schaffen können, dass ein koordiniertes Handeln vonstattengehen kann. Dafür brauchen wir unbedingt diesen Aktionsplan, der landeseinheitlich versucht, Dinge aufzuarbeiten und gute Modelle zu schaffen. Denn im Moment hängt es in Niedersachsen sehr stark davon ab, wo man wohnt. Beispielsweise in Hannover gibt es ein unglaubliches Angebot an allen möglichen Dingen, während sich etwa im Landkreis Leer in Ostfriesland die Situation ganz anders darstellt. Wir haben aber ein ganzes Land zu versorgen, nicht nur einzelne Spots. Deshalb ist es wichtig, dass an dem Landesaktionsplan wirklich gearbeitet und das große ehrenamtliche Interesse der vielen, die jetzt bereits daran mitwirken, genutzt wird, um gute Ziele für Niedersachsen zu erreichen.

Aussprache

Abg. **Karin Emken** (SPD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich kenne Sie alle und weiß, dass Sie seit Langem mit sehr viel Herzblut bei diesem Thema sind. Das ist gerade sehr deutlich geworden. Sie haben uns einen kleinen Einblick in die umfangreiche Arbeit gegeben, die Sie seit Jahren leisten, und auch darüber, um wie viele Themen es dabei geht. Das ist sehr umfangreich und eine gesamtgesellschaftliche Thematik. Sie haben einen sehr weiten Bogen gespannt: von der Schwangerschaft über die Geburt und die erste Zeit nach der Geburt bis zur Forschung und auch dazu, was Familien brauchen, um in unserem Land glücklich leben zu können. Das ist ein gesamtgesellschaftliches Thema. Alles das können wir hier natürlich nicht leisten; das wissen Sie. Aber es ist gut und wichtig, dass Sie uns alles das noch einmal nahegebracht haben, um auch

Verständnis dafür zu bekommen, wie wichtig das ist. Denn wir alle haben Familie. Wir alle sind geboren worden. Unsere Mütter waren alle schwanger. Deshalb ist es wichtig, dass wir uns darum kümmern, und haben wir auch die Entschließungsanträge eingebracht. Den Antrag „Selbstbestimmte Schwangerschaft - Beratungs- und Versorgungsstrukturen in Niedersachsen weiter verbessern“ haben wir bereits beschlossen, und der Antrag „Landesaktionsplan Gute Geburt: Eine gesunde und gute Geburt für Mütter und Kinder sicherstellen“ ist noch in der Beratung. Viele Punkte, die Sie genannt haben, haben wir, glaube ich, berücksichtigt. Ich habe mir jetzt aufgeschrieben, dass wir auch die Wochenbettbetreuung berücksichtigen sollten. Es ging auch sehr viel um Vernetzung und um interprofessionelle Zusammenarbeit. Ich habe mir auch drei Worte aufgeschrieben, was wir für die Familien erreichen müssen: Klarheit, Verlässlichkeit und Sicherheit. Über der Erstellung des Landesaktionsplans sollte vielleicht stehen, dass dies unser Ziel ist, und dann sollte das auch darunter untergeordnet werden.

Sie haben gerade schön gesagt: Die Eltern haben einen Wust an Informationen. - Ich glaube, wir haben gesamtgesellschaftlich einen Wust an Informationen. Es gibt auch einen Wust an Informationen über Social Media, die nicht korrekt sind. Insofern müssen wir den Eltern Sicherheit geben. Denn die Verunsicherung auch bei den Schwangeren ist sehr hoch; das stellen wir immer wieder fest.

Auch die interprofessionelle Arbeit haben wir in unserem Antrag zum Landesaktionsplan benannt.

Sie erwähnten auch: Nachhaltigkeit, nicht „Projektitis“. Das sollten wir uns für unsere Arbeit notieren. Denn wir neigen natürlich dazu, dass wir in einem Jahr dieses und im nächsten Jahr jenes unterstützen, wohl wissend, dass dann, wenn ein Modellprojekt beendet ist, oft die Struktur wegbricht. Damit ist uns nicht geholfen. Wir legen Wert auf Nachhaltigkeit. Deshalb haben wir den Antrag zum Landesaktionsplan eingebracht.

In unserem Antrag steht auch, dass es sich bei der Erstellung des Landesaktionsplans um einen Prozess handelt, in den Sie alle auch eingebunden werden. Wir haben schon viele Punkte in diesem Antrag berücksichtigt. Da die Erstellung eines Landesaktionsplans viel Zeit in Anspruch nimmt und schon ziemlich viel Zeit vergangen ist - Sie haben erwähnt, seit 2017 sollte er aufgestellt werden -: Was sollte aus Ihrer Sicht kurzfristig bereits vorher initiiert werden? Denn der Landesaktionsplan soll ja letzten Endes auch für Vernetzung, Sicherheit und Klarheit sorgen. Das ist kein Prozess, der innerhalb eines Jahres durchgeführt werden kann. Was sollte kurzfristig unternommen werden? Ich hatte schon den Gedanken, ein Modellprojekt zu Hebammenkreißsälen durchzuführen. Das wäre aber wieder nur ein Projekt.

Abschließend danke ich Ihnen noch einmal für Ihre Ausführungen. Ich werde mir die schriftliche Fassung Ihrer Präsentation noch einmal durchlesen und würde mich, wenn ich dazu noch Fragen habe, direkt bei Ihnen melden.

Hilke Schauland: Zu den Stichworten „Hebammenkreißsäle“ und „Projektitis“: Das sehe ich auch so. Wenn wir Projekte durchführen, versuchen wir immer, sie in die Nachhaltigkeit zu bringen, zum Beispiel bei dem Projekt „Bauchgefühl“, damit die Kliniken, die beteiligt waren, dabei bleiben und weiterhin die physiologische Geburt fördern.

Zu den Hebammenkreißsälen: Der G-BA braucht weiterhin Zeit für die Erstellung der Richtlinie. Es gibt aber schon den Kriterienkatalog des Netzwerks im Deutschen Hebammenverband. Dabei sind so viele Kliniken beteiligt, dass wir in Niedersachsen vom Hebammenverband aus in regelmäßigen Abständen ein Netzwerk für interessierte Kliniken anbieten, wo wir unterstützen, schrittweise einen Hebammenkreißsaal zu implementieren. - Das ist das eine.

Zum anderen ist es aber sehr wichtig, dass, wie bereits erwähnt, die Qualität mit einem Zertifikat abgesichert wird, damit wirklich das dahinter steckt, was einen Hebammenkreißsaal ausmacht. Es wäre sehr hilfreich, wenn das vom Land gefördert würde und wenn dies ein Ziel des Landesaktionsplans wäre. Sie haben ja gehört, welche vielfältigen Aufgaben auf die Umsetzung warten.

Ferner halte ich es für sehr wichtig, für eine Vernetzung der jetzt noch bestehenden Kreißsäle ein Versorgungsnetz für die werdenden Eltern hier in Niedersachsen zu unterstützen. Denn insbesondere im Hinblick auf das unkontrollierte Schließen von Kreißsälen wäre es gut, für die verbleibenden Kreißsäle zu überlegen, wie man gut zusammenarbeiten kann, um ein geburtshilfliches Versorgungsnetz für die Eltern in Niedersachsen sicherzustellen. Herr Dr. Philippi sagt zwar immer, die Geburtshilfe ist flächendeckend sicher. Ich habe jedoch eine andere Empfindung dazu. Ich sehe, dass wir Lücken haben, und wünsche mir sehr, dass es keine Löcher werden.

Veronika Bujny: Ich möchte gerne vom Konkreten weggehen und das große Ganze in den Blick nehmen. Ein Aktionsplan ist kein Plan, der einmal aufgestellt wird und dann immer so bleibt, sondern ein Aktionsplan ist im Prinzip ein fluides Instrument. Dafür benötigt man eine Gruppe, die das monitort und mit aufbaut. Es ist auch absolut wichtig, Eltern dabei mit einzubeziehen. Das haben wir am Runden Tisch getan. Dann müsste eine Priorisierung stattfinden, was wichtig ist. Darüber müssen alle mitentscheiden, die mit an diesem Runden Tisch sitzen. Wir brauchen Ressourcen dafür. Wir brauchen den Beschluss, dass dieser Aktionsplan wirklich erstellt werden soll, verbunden mit der Erkenntnis, dass an diesem Aktionsplan über die Jahre hinweg weitergearbeitet wird. Die ersten Schritte müssen durch eine Priorisierung festgelegt werden. Dann können wir gut an dem weiterarbeiten, was wir bisher auch viel im Ehrenamt begonnen haben aufzubauen. Wichtig ist aber der Beschluss des Landtags zur Erstellung des Landesaktionsplans.

Sabine Scholz-de Wall: In dem Dokument, das wir zur Verfügung gestellt haben, haben wir auch aufgezeigt, was kurzfristig - also innerhalb eines Jahres -, mittelfristig - zwischen ein und fünf Jahren - oder langfristig - innerhalb von zehn Jahren - umgesetzt werden könnte. Wir haben auch sehr gute Ideen, wie man priorisieren könnte. Das alles wird allerdings Geld kosten. Das ist ein sehr wichtiger Punkt, der mitgedacht werden muss. Der Aktionsplan ist das eine, und die guten Ideen sind sehr wichtig ebenso wie die Priorisierung. Es muss zum anderen aber völlig klar sein: Wenn das Ganze nicht durch entsprechende finanzielle Mittel unterstützt wird, dann bleibt es bei einem Papierplan.

Ein ganz kleines Beispiel: Wir hatten in diesem Jahr über das Aktionsbüro ein Budget von etwa 12 000 Euro und haben damit etwas sehr Schönes gemacht: Gerade in diesem Monat hat der Hebammenkreißsaal im Robert-Koch-Klinikum Gehrden die Zertifizierung durchlaufen. Das muss weitergehen. Es muss also weiterhin solche Mittel geben. Es gibt auch schon gute Ideen. Die müssen nicht zu uns kommen. Wichtig ist, dass insgesamt dafür etwas zur Verfügung steht. Wir haben in diesem Jahr auch Mutter- bzw. Humanmilchbanken - wie sie korrekt heißen - mit unterstützt. Auch hier hat Niedersachsen einen Bedarf. Wir hatten auch schon mal ein Leuchtturmprojekt: 2016 haben wir in Niedersachsen richtig toll etwas vorgebracht - und dann eine

„Leuchtturm-Ruine“ hinterlassen. Daran könnten wir wieder anknüpfen. Die Ideen sind also vorhanden. Wir brauchen aber finanzielle Mittel.

Dr. Gabriela Stammer: Ich möchte an dem anknüpfen, was Frau Scholz-de Wall bereits gesagt hat. Wir brauchen die Unterstützung für Institute und Initiativen, die bestimmte Kriterien erfüllen, zum Beispiel die Identifizierung von Nachhaltigkeit, von Interprofessionalität, also all die Aspekte, die wir zuvor genannt haben. Aber wir brauchen dafür in der Tat Geld. Das Ehrenamt ist eine Frage der auslaufenden Generationen. Notwendig ist eine finanzielle Unterstützung, damit solche Initiativen weiterhin bestehen können.

Ich möchte noch einen weiteren Punkt erwähnen: Wir können uns alle mit unseren Ideen noch so sehr anstrengen - es gibt wirklich viele tolle Ideen -; wichtig ist aber auch die Initiative von werdenden Eltern und jungen Menschen, solche Angebote abzuholen und nicht nur im Internet zu schauen, welche Informationen sie dort bekommen. Das betrifft die Frage der Niedrigschwelligkeit. Die gibt es überall. Die Nachfrage ist aber nicht so richtig groß. Ich habe noch keine Lösung dafür, wie man die persönliche Begegnung erreicht, die bei Themen wie Schwangerschaft, Geburt, frühe Kindheit usw. notwendig sind, für die ausschließlich das Internet nicht ausreicht. Dafür, wie man weiter dazu motivieren kann und in der jüngeren Generation wieder das Bedürfnis entsteht, sich zu begegnen und sich face to face auszutauschen, habe ich keine Lösung.

Abg. Laura Hopmann (CDU): Vielen Dank, dass Sie heute in unseren Ausschuss gekommen sind. Die Ausführungen von Frau Scholz-de Wall gerade fand ich ganz wichtig. Denn mit den Ergebnissen der Dialogwerkstatt ist ein umfangreiches Werk entstanden, das viele verschiedene Themen berücksichtigt. Frau Emken und ich waren auch vor Ort und haben selber feststellen können, wie breit aufgestellt die Teilnehmerschaft war. Es gibt, glaube ich, keine Vorschläge und Maßnahmen darin, denen wir widersprechen würden. In dieser Einschätzung sind wir uns, denke ich, zwischen den Fraktionen einig.

Sie haben auch aufgeführt, was kurzfristig wichtig ist, was mittelfristig wichtig ist usw. Unsere Aufgabe ist es jetzt, auch als Haushaltsgesetzgeber zu erkennen, dass das etwas ist, was wir als Land Niedersachsen umsetzen können, indem wir - ähnlich, wie das andere Bundesländer machen, zum Beispiel Nordrhein-Westfalen, Hessen oder auch Baden-Württemberg - mit einem Betrag von beispielsweise 500 000 Euro jedes Jahr die Einrichtung und Zertifizierung von Hebammenkreißsälen oder auch anderes fördern.

Ich wünsche mir, dass wir bei dem Antrag „Landesaktionsplan Gute Geburt: Eine gesunde und gute Geburt für Mütter und Kinder sicherstellen“ einen gemeinsamen Weg gehen. Ich glaube, diesbezüglich gibt es auch einen Austausch und Übereinkünfte. Inhaltlich haben wir uns ja schon angenähert und haben wir absolut keine Differenz. Wichtig ist nur - wie Frau Bujny am Anfang gesagt hat -, dass wir das jetzt umsetzen müssen. Wir müssen jetzt abliefern. Wir dürfen nicht nur weiter sozusagen eine Beschäftigungstherapie für die Expert*innen haben, in deren Rahmen wir uns gegenseitig erzählen, was erkannt worden ist, was wir wichtig finden und was wir gerne hätten, sondern wir müssen jetzt auch seitens der Landesregierung das Signal bekommen: Ja, wir sehen das auch so und sind bereit, dafür Mittel zur Verfügung zu stellen.

Daran schließt sich meine Frage an: Worin bestehen die nächsten Schritte? Gibt es seitens des Ministeriums einen Fahrplan oder Ähnliches? Wie geht es jetzt weiter? Wir haben die Erkenntnisse und können jetzt vorangehen. Wir können als Landtag natürlich immer Beschlüsse mit ei-

nem Entschließungsantrag fassen. Der ist letzten Endes aber nicht verbindlich. Wir müssen das eigentlich in den Haushalt einbringen, oder das Ministerium muss sagen, dass es sich vorstellen kann, im nächsten Haushalt für dieses und jenes Mittel bereitzustellen. Wie geht es also weiter?

Sabine Scholz-de Wall: Es geht jetzt erst mal so weiter, dass wir über die politische Liste eine Verlängerung des Aktionsbüros bekommen. Dafür vielen Dank. Wie Sie wissen, darf ein Projekt immer erst zum Start des Projektes in die Planung gehen; anderenfalls verfallen die Mittel. Das heißt, wir werden das im kommenden Jahr angehen. Wir treffen uns aber morgen noch einmal zum Runden Tisch Geburtshilfe und werden dabei noch einmal die ganze große Gruppe mitnehmen. Der Runde Tisch arbeitet nicht nur am Aktionsplan, sondern hat auch noch andere Arbeitsgruppen, die parallel an anderen Zielen arbeiten. Dabei werden wir natürlich einen kleinen Blick auf das nächste Jahr werfen. Die Arbeitsgruppe Aktionsplan wird dann vielleicht auch maßgeblich Akzente setzen. An diesem Runden Tisch sind auch einige Mitarbeitende aus dem Ministerium vertreten. Was dort aber definitiv nicht entschieden werden kann, ist, welche Mittel zur Verfügung stehen. Wir können dort auf ideeller Basis arbeiten, aber wir können nicht sagen - wie Sie eben so schön den Betrag von 500 000 Euro nannten -: Wir haben jetzt diese Summe! Liebe Expert*innen am Runden Tisch, was steht oben auf der Liste? Womit müssen wir im nächsten Jahr weitermachen? - Es wäre also eine sehr große Hilfe, wenn es eine verbindliche Aussage dazu gäbe, wie der Runde Tisch Geburtshilfe Ideen konkretisieren kann.

Abg. **Andrea Prell** (SPD): Viele Ihrer Themen sind auch meine Themen als gelernte Krankenschwester. Die Gesundheit und Gesundheitsprävention gegenüber der Pathogenese in den Vordergrund zu stellen, ist vielen Gesundheitsberufen gemeinsam. Vielleicht muss man dann auch in der Interprofessionalität in den Blick nehmen, wie man diese Themen vereint. Das finde ich sehr wichtig. Damit würden Sie viele Menschen aus der Pflege abholen. Sie haben ja auch die Community-Nurse-Modelle angesprochen.

Meine Fragen bzw. Bemerkungen beziehen sich auf die Ausführungen von Frau Dr. Stammer und Frau Scholz-de Wall. Frau Hopmann und ich stammen beide aus dem Wahlkreis Alfeld. Dort gab es den Runden Tisch Kinderarmut, in dem auch Ihre Themen zentral angesprochen wurden: die Präventionsketten und die Institutionen, die Sie auch erwähnt haben, nämlich Frühe Hilfen, Bildung, Gesundheit und alles, was damit zusammenhängt. Daraus sind auch tolle Projekte erwachsen, die, glaube ich, ganz gut weiterhelfen. In einer Arbeitsgruppe wurde auch gefragt, was an Beratung und Unterstützungsangeboten benötigt wird und was der Landkreis anbietet. Die Schnittmenge war nahezu 100 %. Zwei Zettel waren nicht belegt; alles andere war da, es war nur nicht bekannt, dass es diese Strukturen gibt. Das ist ja auch eines Ihrer Kernthemen.

Für mich war es beruhigend zu wissen: Der Landkreis Hildesheim bietet viel an, nämlich fast alles; das ist nur nicht bekannt. Das sagten ja auch Sie. Mir stellt sich jedoch erstens die Frage: Ist diese Situation im Landkreis Hildesheim besonders gut, oder ist es allgemein so in Niedersachsen? Und zweitens: Wo kann man das aus Ihrer Sicht ansiedeln? Ist ein Familienzentrum der richtige Ort dafür? Oder ist etwas anderes besser geeignet? Und drittens: Was meine Profession angeht, merke ich, dass dieses Thema sehr auf Pathogenese reduziert wird. Vielleicht muss man auch bei der Berufsgruppe der Hebammen ansetzen, dass die Arbeit eben nicht im Kreißaal beginnt, sondern vom Beginn an. Ich glaube, dass das in der breiten Gesellschaft gar nicht bekannt ist. Sie sagten ja auch, das ist ein gesellschaftliches Phänomen, das wir zu lösen haben. Vielleicht muss man also auch da ansetzen, was Hebammen im Bereich der Vorsorge usw. machen.

Susanne Huhndorf: Tatsächlich setzen wir dort auch an. - Ich spreche jetzt für den Hebammenverband, aber auch als freiberuflich tätige Hebamme. - Wir sind zum Beispiel an dem Projekt „Hebammen in der Schule“ ganz stark beteiligt. Auch das haben wir am Runden Tisch Geburtshilfe schon mehrfach vorgestellt. Dabei geht es darum, in den Grundschulen bzw. schulischen Bereichen unsere Arbeit vorzustellen und ein Bewusstsein dafür zu schaffen, was Hebammen leisten, wann ihre Arbeit beginnt, wofür sie ansprechbar sind und wie sie erreichbar sind.

Wenn sich dann die Familien mit einer Schwangerschaft beschäftigen, ist es für mich selbstverständlich, dass sie sich auch bei mir als Hebamme melden. Dieser Schritt ist aber manchmal tatsächlich nicht bekannt. An dieser Stelle müssen wir definitiv ansetzen - da bin ich ganz bei Ihnen. Dann ist auch die Möglichkeit gegeben, damit auch den physiologischen Bereich abzudecken.

Zu Ihrer Frage, wo wir das ansiedeln können, damit das auch erreichbar und ansprechbar ist: Ich glaube, es muss eine gute Mischung zwischen kommunalen bzw. regionalen Angeboten geben, die niedrigschwellig und barrierearm für alle Familien bzw. für alle Interessierten erreichbar sind. Gleichzeitig muss es auch digitale Anwendungen geben, mit denen es Schwangeren oder jemandem, der sich damit beschäftigen möchte, auf leichtem Wege möglich ist, Informationen und dann vielleicht den direkten Weg in ein Familienzentrum, in eine Hebammenzentrale oder in eine Beratungsstelle zu finden. Ich glaube, wir müssen beides bespielen. Das geschieht aber aktuell nicht. Ich bin auf regionaler Ebene am Runden Tisch Frauen- und Mädchengesundheit der Gleichstellungsbeauftragten Petra Mundt. Auch dort finden wir es schon problematisch, die regionalen Angebote beispielsweise von Langenhagen, Isernhagen oder der Stadt Hannover zu finden und zu bündeln. Insofern müssen wir andere Möglichkeiten finden und auch unterstützen, um das zu sammeln. Die Kolleg*innen vor Ort sind sehr damit befasst, das bekannt zu machen, aber das reicht noch nicht aus. Das dann ins Land zu bringen, ist, glaube ich, herausfordernd. Ich bin mir aber ziemlich sicher, dass das möglich ist.

Sabine Scholz-de Wall: Wichtig ist es auch, die Strukturen der Frühen Hilfen mitzunehmen, mit denen wir auch am Runden Tisch bestens vernetzt sind. Sie arbeiten mit uns zusammen. Eine Arbeitsgruppe beschäftigt sich gerade mit der Stärkung der Gesundheitskompetenz von Schwangeren, werdenden Eltern und Familien. Hier haben wir gesammelt, welche Best-Practice-Beispiele es im Land gibt, und festgestellt, dass die Frühen Hilfen mit ihren Angeboten sich nicht gut austauschen. Wir haben das zusammengestellt und diesen Ball zurückgespielt. Was damit gemacht wird, können wir natürlich nur schwer weiter nachvollziehen. Zumindest haben wir einen Überblick für das Land geschaffen. Die Frühen Hilfen sind sehr wichtige Kooperationspartner, die ja auch schon gut finanziert werden. Das ist ja auch etwas Schönes, wenn man schon etwas hat, wo das Geld schon ist.

Ein anderer Punkt ist tatsächlich auch die Verwaltung: Wir müssen wirklich konsequent mitdenken, dass das Antragswesen überall gebündelt werden muss. Eltern brauchen eine einzige Anlaufstelle, wo sie alles zusammen beantragen können, sodass sie nicht hinter allem herlaufen müssen und gerade diejenigen Eltern, die vielleicht noch nicht über gute deutsche Sprachkompetenzen verfügen oder die sich mit solchen Anträgen schwertun, nicht durchs Raster fallen, zumal gerade sie die Förderung ganz besonders brauchen. Das ist auch ein besonderes Anliegen. An dieser Stelle kommen wir wieder zur Prävention. Wenn wir vorne ansetzen, werden wir hinten sparen. Unser Gesundheitssystem denkt immer ein bisschen kurz. Hier haben wir jetzt die Möglichkeit, einen großen Schritt zu tun, der uns später in der Gesellschaft und in der Gesamtgesundheit sehr guttun wird.

Dr. Gabriela Stammer: Obwohl ich schon seit vielen Jahren mit dem Thema Frühe Hilfen im Bereich der Region Hannover befasst bin, fehlt auch mir immer noch der Überblick. Man kann bestimmt noch etwas daran arbeiten, dass die Strukturen dort deutlicher werden. Das Antragswesen, Abbau von Bürokratie - alle diese Vereinfachungen könnte und sollte man an dieser Stelle rasch umsetzen. Den Vorschlag von Frau Scholz-de Wall, eine einzige Anlaufstelle zu schaffen, finde ich genial - auch Bürgerbüros in diesem Zusammenhang.

Hinsichtlich der Unterstützung junger Familien möchte ich zwei Punkte anführen:

Erster Punkt: Es gibt viele Mehrgenerationentreffs und Mehrgenerationenhäuser. Sie basieren in der Regel auf Eigeninitiative und auf Ehrenamt. Denen allen fehlt die Unterstützung, auch die finanzielle Unterstützung, und ihnen geht irgendwann die Luft aus - es sei denn, sie führen Kurse durch, die auch bezahlt werden müssen. Nicht alle können sie aber bezahlen; viele Eltern können sich das nicht leisten.

Für den zweiten Punkt habe ich keine Lösung, aber ich möchte das erwähnen: Wenn wir früh anfangen, sparen wir später. Das geht schon damit los, dass wir in der Schwangerschaft die Themen viel intensiver bespielen müssten, beispielsweise das Stillen. Aber auch in der ärztlichen Schwangerschaftsvorsorge finden diese Themen nicht statt. Sie ist ganz bezogen auf Technik und auf die Suche von Pathologien. Da müssen wir uns vielleicht auch selbst etwas an die Nase fassen. Das richtet sich insbesondere an diejenigen, die in den verschiedenen Professionen mit tätig sind: Wie bekommen wir Rollenklarheiten, und wer bedient hier welches Thema, und zwar im Einvernehmen? Das ist wirklich mühsam. Wir arbeiten gerade - das ist ganz neu - wieder gut daran - auch hier in Hannover -, da miteinander eine andere Kooperation zu finden - wir ohnehin, die wir seit langen Jahren zusammenarbeiten. Es ist für die werdenden Eltern unendlich wichtig, dass die Themen mit Herzblut bespielt werden, beispielsweise Rhythmus, Kleidung, Nahrung und gesunde Ernährung auch in der Schwangerschaft. Auch das Thema Suchtmittel in der Schwangerschaft muss anders bedient werden. So, wie die Kassenpraxis im Moment läuft, ist jedoch kaum Zeit dafür. Das ist wirklich ein Dilemma. Ich weiß nicht, inwieweit die Politik sich wenigstens intensiver damit befasst und das mitnimmt.

Prof.in **Dr.in Claudia Hellmers:** Vielen Dank für die Beiträge und für die spannenden Fragen. Ich möchte gerne den Punkt von Frau Scholz-de Wall zu den Frühen Hilfen aufgreifen. Denn es ist wichtig, nicht ganz von vorne anzufangen und auch unsere Initiativen zu bündeln. Ich habe einen zweiten Punkt, nämlich zur Sprache. Wie Frau Bujny schon hervorgehoben hat, ist für die Eltern die Benennung der zentralen Anlaufstelle - etwa ein Familienzentrums oder wenn es um die Koordination der Frühen Hilfen geht - wichtig. Ich würde das jetzt nicht nur regional und auch nicht nur für das Land Niedersachsen, sondern bundesweit denken. Wir haben darüber gesprochen. Die Eltern müssen inzwischen sehr viel Mobilität aufweisen. Wenn sie in eine andere Region oder in ein anderes Bundesland kommen, das eigentlich ganz nah ist, dann heißt dort alles anders, sind dort andere Personen zuständig und gibt es Schwierigkeiten, die Anlaufstellen zu finden. Ich glaube, das ist auch ein Auftrag. Natürlich denken wir das jetzt für Niedersachsen. Aber vielleicht können wir auch Vorreiter*innen für diese Bereiche sein und das auch bundesweit bündeln. Die Frühen Hilfen sind ja auch bundesweit aufgestellt, dort auch finanziert, aber nicht zu Ende finanziert. Die Koordinierungsstellen haben aber zu wenig Mittel, um die Familien entsprechend zu unterstützen. Dort werden ja insbesondere Familien unterstützt, die besondere Bedarfe haben.

Ich möchte aus der Hochschulsicht noch einmal den Forschungsaspekt aufgreifen, weil das ja auch eine Initiative ist. Wenn wir aus der Perspektive der Eltern schauen wollen, dann brauchen wir dafür auch Ressourcen. Ich glaube, dass wir das stärker wieder zusammenbringen müssen; denn es hat viele Veränderungen gegeben. Die jungen Familien leben heute anders und haben andere Bedürfnisse. Es ist wichtig, sich das noch einmal gut für Niedersachsen anzuschauen. Das gilt auch für den Punkt partizipative Forschung. Auch Wissenschaft verändert sich ja. In den Forschungsgedanken auch die Partizipation der Nutzer*innen stärker einzubringen, ist ein wichtiges Thema. Das ist aber aufwendig. Wir arbeiten ja schon viel über Qualifikationsarbeiten und nehmen etwas in Projekte hinein und arbeiten mit Studierenden. Aber wenn ich eine vernünftige Grundlage und nicht nur Hinweise haben will, dann braucht es dafür auch eine solide Ausstattung. In der Hebammenwissenschaft haben wir immer noch einen Exot*innenstatus. Das hat sich etwas verbessert. Aber die Ausschreibungen der Stiftungen für Drittmittelprogramme beziehen sich stark auf medizinische Aspekte. Es ist einfach aufwendig, die verschiedenen Faktoren mit aufzugreifen, die vorhin auch genannt wurden, nämlich zu schauen: Was heißt es eigentlich, ein positives Geburtserleben zu haben? Was heißt es wirklich, die Geburt in meine Biografie zu integrieren, wenn ich vielleicht auch schwierige Erfahrungen gemacht habe? Was heißt das für meine psychische Situation? Was heißt das für die Bindung zu meinem Kind? - Die Ausschreibungen bedienen diese Themen nicht. Ich glaube, das ist auch ein wichtiger Punkt. Wenn wir dazu eine solide Forschung haben wollen, dann brauchen wir auch entsprechende Ausschreibungen und Programme, für die wir dann auch Anträge stellen können, sodass wir nicht hinten runterfallen, weil wir vielleicht nicht diese harten medizinischen Fakten in allen Bereichen abdecken.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Auch ich bedanke mich dafür, dass Sie uns so umfangreich unterrichtet haben und wir nicht nur ein Papier zu lesen bekommen, sondern dass wir hier auch lebhaft diskutieren können. Im Laufe der Diskussion haben sich schon einige meiner Fragen erledigt. Ich soll auch liebe Grüße von Frau Dr.in Meyer ausrichten, die heute leider nicht dabei sein kann, aber sich schon auf das Protokoll über diese Sitzung freut. Aber wir sind ja eh gut im Austausch.

Ich möchte gerne an der Frage von Frau Prell anknüpfen. Eigentlich wollte ich nach konkreten Maßnahmen fragen, die Menschen in prekären Lebenslagen erreichen. Einige Fragen haben sich schon erledigt. Mich freut einerseits, dass wir uns völlig einig sind, dass es niedrigschwellige Anlaufstellen braucht. Wir hatten ja hier erst vor zwei Wochen einen Austausch mit Quartiersprojekten. Das zeigt wieder, wie wichtig es ist, dass es im Quartier bzw. im Dorf in welcher Form auch immer - wie es eben zu der Gemeinde passt - niedrigschwellige Anlaufstellen gibt, die gegebenenfalls auch weiterverweisen können. Sie haben auch die Bedeutung der Frühen Hilfen und des Verwaltungsabbaus betont. Manchmal braucht es trotzdem noch zielgruppenspezifische Maßnahmen. Ich denke dabei zum Beispiel an ein Projekt, bei dem es um die Unterstützung von Kindern in Familien von Sinti und Roma ging, die erst durch Mittlerfunktionen einen Zugang zur Jugendhilfe bekommen haben. Manchmal gibt es Sprachbarrieren und auch Vorbehalte gegenüber staatlichen Strukturen. Dann ist vielleicht auch eine Lotsenfunktion, die beim Jugendamt angesiedelt ist, nicht das Richtige. Mich würde in der Hinsicht interessieren, ob Sie als Hebammenverband oder in anderen Funktionen auch im Austausch mit bestimmten Expert*innengruppen oder Betroffenen-Verbänden sind, um über solche zielgruppenspezifischen Maßnahmen nachzudenken. Kennen Sie Best-Practice-Beispiele von Kommunen, wo so etwas schon passiert?

Sabine Scholz-de Wall: Die Zusammensetzung des Runden Tisches ist sehr vielfältig und bunt. Wir haben uns sehr bemüht, möglichst viele Verbände, aber auch Eltern vertretende Gruppen dabei zusammenzufügen. Das ist schon eine gute Mischung. Wenn wir uns schlecht aufgestellt fühlen, ziehen wir für bestimmte Fragen auch die entsprechenden Personen hinzu.

Ganz konkret auf die Fragestellung bezogen, wären Projekte wie Babylots*innen in allen Krankenhäusern sehr wichtig, um gerade vulnerable Familien frühzeitig aufzudecken und in Hilfesysteme zu lenken. Es wären Hebammenzentralen im ganzen Land erforderlich - diese haben wir schon gut in Niedersachsen, aber leider noch nicht überall -, weil gerade dort auch die Personen, die es alleine nicht schaffen, die Hebammenhilfe zu erreichen, Unterstützung bekommen. Es ist wichtig, Familienhebammen in den Kommunen zu finanzieren und diese Leistung dann gerade den Familien zukommen zu lassen, die diese Unterstützung brauchen. - Das sind die Punkte, die mir ad hoc einfallen und die schnell umgesetzt werden könnten, wenn sie bezahlt werden.

Hilke Schauland: Es gibt schon viele gute Beispiele. Aber es ist auch eine Aufgabe, sie tatsächlich zu finden. Wir haben uns in der Unter-AG bemüht, Gesundheitskompetenz zusammenzufügen. Wir müssen das Rad nicht immer neu erfinden, sondern wir können gezielt darauf schauen, was es schon gibt. Andere Kommunen können sich das bestimmt gut abgucken. Ich wohne in der Stadt Oldenburg. Ich kenne dort verschiedene Flyer. Es wird versucht, sie jeder Familie zugänglich zu machen, indem es Einleger für das Kindervorsorgeuntersuchungsheft gibt. Es ist also daran zu denken: Wie erreichen wir die Familien? Projekte oder Angebote gibt es wirklich sehr, sehr viele. Wir können sie gemeinsam betrachten und vielleicht in einen Guss bringen. Ein Problem, dass für die Familien gar nichts existiert, gibt es nicht. Sie müssen für die Eltern nur sichtbar und erreichbar sein.

Susanne Huhndorf: Ich möchte einen Punkt ergänzen, der noch gar nicht angesprochen wurde. Eine Versorgungsstruktur, die noch nicht besteht und die man sich noch einmal ansehen kann, ist zum Beispiel die Schwangerenvorsorge in der Gruppe. Das ist ein anerkanntes Modell, das nicht in Deutschland, aber im europäischen Ausland und auch im außereuropäischen Ausland schon seit Jahren oder Jahrzehnten propagiert und auch gelebt wird. Schwangerenvorsorge in der Gruppe bedeutet, dass alle Schwangeren, die ungefähr den gleichen Geburtszeitraum haben, gemeinsam in der Gruppe betreut werden. Da ist Expertenpersonal dabei. Das sind in der Regel zwei Hebammen, die auch alle konkreten Untersuchungen erledigen, die nur eine Hebamme durchführen kann. Alles andere funktioniert aber über die Gruppe. Das heißt, sie werden befähigt, eigene Untersuchungen durchzuführen. Den Blutdruck zu messen ist, wie Frau Prell mir sicherlich bestätigen wird, keine große Herausforderung. Das bekommt man mit ein bisschen Übung hin, ebenso sich auf eine Waage zu stellen, wenn das Gewicht eine Rolle spielen sollte. Das sind die rein medizinischen Untersuchungen. Aber es geht viel eher auch darum, sich in der Gruppe auszutauschen. Das heißt, sich bei den gleichen Problemen, den gleichen Sorgen, den gleichen Herausforderungen in der gleichen Situation, in der die Frauen und Familien sind, zu begegnen und zu stärken. Das hat auch Frau Dr. Stammer schon mehrfach betont. Das funktioniert wunderbar. Wir haben es nur noch nicht geschafft, das auch hier in Deutschland zu implementieren. Es gibt dazu Forschungsergebnisse und auch noch weitere Projekte. Auch hier in Niedersachsen haben wir das vom Hebammenverband aus versucht zu initiieren. Wenn man dazu nichts weiß, wenn das nicht bekannt ist und nicht gelebt wird, dann ist es schwierig, das hervorzuheben. Das ist tatsächlich auch noch nicht abrechnungstechnisch irgendwo hinterlegt.

Das ist ein ganz großes Problem. Dann ist die Hebamme natürlich wieder gefordert, das irgendwie einzubringen.

Ich schlage an dieser Stelle auch den Bogen zu den Ärzt*innen. Auch dort muss natürlich eine Anerkennung dafür vorhanden sein, dass wir dort jetzt nicht unterschwellig irgendetwas einbringen wollen, was wir als Hebammen dann über den Ärzt*innen machen wollen. Nein! Das findet in einem guten Austausch und in einer guten Versorgung statt, und es findet Präventivarbeit statt. Die Frauen werden herausgefiltert, die über den eigentlichen Vorsorgebereich hinweg zusätzlich noch eine ärztliche Betreuung benötigen. Es gibt dabei ein wunderbares Outcome für Mutter und Kind. Auch solche Strukturen neu zu denken und neu zu implementieren, spielt für mich an dieser Stelle eine große Rolle.

Abg. Claudia Schübler (SPD): Wir sind ja in einem politischen Prozess, in dem viele Themen rund um die Gesundheit von Frauen erst jetzt sichtbar werden. Dazu gehört aus meiner Sicht ganz klar auch das Thema Geburt. Vor vielen Jahrzehnten oder sogar vor Jahrhunderten hat Geburt vielleicht als etwas Natürliches gegolten. Meine Mutter berichtet mir zum Beispiel immer noch, dass sie überhaupt nicht auf die Geburt vorbereitet war. In der nächsten Generation, wenn ich an meine eigenen Erfahrungen in den 1990er-Jahren denke, hatte sich dann bereits einiges verändert. Insgesamt geht dieser Prozess aus meiner Sicht heute in eine positive Richtung. Ich finde, das sollte man bei allem, was wir hier sagen, auch einmal anerkennen. Ein wichtiger Fortschritt ist, dass es heute Möglichkeiten zur Vernetzung gibt und dass gemeinsam Pläne entwickelt werden können, um Dinge zu verbessern.

Wir haben uns dazu zwischendurch schon kurzgeschlossen. Wir haben ja die Themen unter uns aufgeteilt. Ich bin für das Thema Gesundheit zuständig und stelle mir auch immer die Frage, was eigentlich die Aufgabe der Krankenkassen ist und an welcher Stelle andere staatliche Unterstützungsleistungen greifen. Gerade in diesem Themenfeld ist die Vernetzung elementar. Wo Vernetzung gefehlt hat, sieht man sehr deutlich, was alles nicht gut funktioniert hat.

Viele der Punkte, die Sie angesprochen haben, sind sehr detailliert und liefern gute Anregungen, zum Beispiel die Frage, ob gemeinschaftliche Angebote eine Rolle spielen können. Das gab es ja auch früher mal im Bereich der Nachsorge nach der Geburt. Man sollte darüber nachdenken, ob es auch noch andere Modelle gibt. Das ist ein weites Feld, dem wir uns nur schrittweise nähern können. Deshalb bin ich wirklich froh, dass wir im Gespräch sind.

Ich bin auch sehr dankbar, dass wir hier zu den Ergebnissen der Dialogwerkstatt des Runden Tisches Geburtshilfe einen Austausch führen. Solch ein Papier ist wichtig, weil Inhalte darin festgehalten sind, nachgelesen werden können und als Grundlage für die weitere Arbeit dienen.

Zu der Empfehlung, dass der Hinweis von Ärztinnen und Ärzten auf die Frühen Hilfen vergütet werden sollte, stellt sich mir die Frage, wo an dieser Stelle der Mehrwert ist und weshalb Sie das fordern. Denn die Frühen Hilfen sind ja schon eine Beratungsstruktur. An welcher Stelle soll die ärztliche Beratung hier zusätzlich ansetzen, die ja auch sehr spezialisiert ist? Ich möchte das gerne besser verstehen. Der Aspekt, wie man vorhandene Angebote überhaupt finden kann, ist schon genannt worden. Mir stellt sich die Frage, ob das der Beweggrund für diese Forderung war und ob man vielleicht auch noch über eine andere Struktur nachdenken könnte.

Dr. Gabriela Stammer: Bezieht sich Ihre Frage darauf, worauf Ärztinnen und Ärzte in der Sprechstunde hinweisen sollten?

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Die Frage ist, ob das ein Vergütungstatbestand ist oder ob es nicht ausreicht, zu sagen, dass es noch die Frühen Hilfen gibt. Die eigentliche Beratungstätigkeit findet ja dann im Rahmen der Frühen Hilfen statt.

Dr. Gabriela Stammer: Es ist sicherlich nicht die Frage, ob Ärzte eine Vergütung für den Hinweis erhalten sollten, dass es Frühe Hilfen gibt. Das ist ja auch deren eigene PR-Sache, das so gründlich zu machen, dass sie bekannt sind. Ich glaube, darum geht es nicht. Ich habe viel eher den Eindruck, dass es darum geht, dass man aufseiten meiner Profession, von Ärztinnen und Ärzten, überhaupt ein Interesse daran entwickelt, zu fragen: „Seid ihr eigentlich an dem Thema Stillen dran?“ und einfach mal die Themen in der direkten Begegnung zu platzieren. Ich gehe ja nicht konkret in eine Stillberatung. Ich weiß aber dann, dass bei uns in dem „WIR“-Projekt eine Stillberaterin bzw. ein Stillcafé ist. Natürlich kann ich weiterleiten. Aber ich glaube schon, dass es auch unserer Profession gut stehen würde, sich für die Themen zu interessieren, ob die überhaupt in irgendeiner Weise auf der Schiene sind. Dann kann es aber Fragen geben, die viel Zeit kosten, und dann sind wir wieder bei dem Problem der Vergütung. Dann kann man nicht abtauchen und muss man sich dem sozusagen stellen.

Die Idee von mehreren in einer Gruppe kann ich nur unterstützen und unterstreichen. Das sehe ich allerdings nicht ausschließlich als Thema der Hebammenvorsorge. Es wäre mein Traum zu sagen: Die Schwangerenpaare bilden Gemeinschaften sozusagen im Sinne einer Wahlfamilie und könnten zusammen zum Beispiel Kochkurse in der Schwangerschaft machen. Das habe ich auch in dem „WIR“-Projekt, dass sie zusammen zu Geburtsvorbereitungsgesprächen aus ärztlicher Perspektive kommen, was ganz viel schafft und das Thema der Ohnmacht und auch die Gewaltgefühlprophylaxe zur Geburt vorher abholt und vorher sensibilisiert: Wie könnt ihr, wenn ihr das Gefühl habt „Ich bin nicht mehr dabei“, gut damit umgehen? Was kann der Partner übernehmen? Es geht darum, dass man die Dinge vorher bespricht. Aber auch hier: Ich kann die Eltern nicht dazu verpflichten. Es ist manchmal mühsam, dass das Angebot angenommen wird. Das ist die andere Seite dazu. Das ist so. Und es ist völlig ehrenamtlich und unentgeltlich. Der Verein bekommt eine Spende von 10 Euro.

Prof.in **Dr.in Claudia Hellmers:** Ich bin auch im Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Dort wurde schon öfter darüber diskutiert. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen versucht natürlich auch, die Angebote über die Gynäkolog*innen zu streuen. Die Bitte war: Wenn es Familien mit besonderen Bedarfen gibt, dann leitet sie doch bitte zu den Frühen Hilfen weiter, damit sie dort niedrigschwellig versorgt werden und die entsprechenden Angebote wahrnehmen können. - Die Reaktion einiger Ärzt*innen war, dass sie das nicht leisten können, wenn es dafür keine Abrechnungsziffer gibt. Das eine ist: Man kann das irgendwie finanzieren, und wenn es dann hilft, dann ist es ja gut investiertes Geld. Das andere ist, dass wir dabei, glaube ich, ein Stück weit zu einer Haltungsänderung kommen müssen, was die Vernetzung angeht. Das betrifft, glaube ich, uns als Expert*innen für diese Bereiche in allen Berufsgruppen. Wir alle wollen eine gute Versorgung für die Familien, und wir alle wollen auch existenziell abgesichert sein und können nicht alles ehrenamtlich leisten. Dafür, noch eine bessere Haltung zu bewirken und dafür zu sorgen, dass diese Vernetzung gut stattfindet, und in den Bereich der Frühen Hilfen weiterzuleiten, gibt es sehr viel Material. Man kann ihnen auch eine Nummer in die Hand drücken oder

eine Ansprechpartnerin benennen. Dafür müssen wir uns, glaube ich, auch einsetzen. Dafür ist es wieder wichtig, das Querschnittsthema Interdisziplinarität noch einmal mit zu betrachten.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Herzlichen Dank insbesondere auch dafür, dass wir heute so viel Zeit haben, uns über Ihre Arbeit auszutauschen. Darüber freue ich mich.

Meine Kollegin Frau Hopmann sprach vorhin schon an, dass man dies dann auch in den Haushalt einbringen müsse. Daher auch mein kritischer politischer Appell sozusagen über den Tisch: Wenn wir im kommenden Jahr endlich ins Handeln kommen wollen, dann müssen wir das in der kommenden Woche beschließen. Ohne Haushaltsbeschlüsse des Haushaltsgesetzgebers, der wir ja sind, wird das nicht stattfinden. Frau Kollegin Hopmann spricht schon lange von hebammengeleiteten Kreißsälen in Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und andernorts. Wir haben das jetzt unsererseits in die Haushaltsberatungen in der kommenden Woche eingebracht und beantragen das ebenso wie die flächendeckende Einrichtung von Hebammenzentralen.

Darauf beziehen sich auch meine Fragen. Ich habe bei mir vor Ort im Landkreis Rotenburg als Vorsitzender der Mehrheitsgruppe im Kreistag mit dafür Sorge getragen, dass wir eine solche Hebammenzentrale einrichten. Die Frage ist nur: Wo ist das eine Best-Practice-Beispiel, das wir eigentlich als Landesgesetzgeber in die Fläche geben müssten, um sich daran orientieren zu können? Was kostet es, und wo gucken wir uns das ab? Was muss es eigentlich in der Fläche sein? Wir stellen auch Geld zum Beispiel für die Erstausrüstung von sich selbstständig machenden freiberuflichen Hebammen zur Verfügung. Was kann man eigentlich machen, und wer müsste es wie machen?

Weil wir auch die Frühen Hilfen vor Ort massiv unterstützen, knüpfe ich auch die folgende Frage daran an: Frau Dr. Stammer, Sie haben unseren Besuch in Wennigsen angesprochen. Auch im Hinblick auf die Frühen Hilfen, die man damit meines Erachtens engstens verknüpft haben muss, stellt sich die Frage: Wozu sind die Kommunen überhaupt noch in der Lage, und wozu müsste das Land die Kommunen eigentlich noch viel stärker in die Lage versetzen? - Das wird übrigens nach meiner Einschätzung in der kommenden Woche der Hauptstreitpunkt beim Haushalt sein. Denn insbesondere alles das, was wir in der Kommune im freiwilligen Bereich leisten - das von mir eben Angesprochene ist eine freiwillige Leistung des Landkreises -, steht natürlich auf der Streichliste. Gibt es ein ganz einfaches Best-Practice-Beispiel im Bereich der Frühen Hilfen? Das Niedersächsische Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung (nifbe) ist bei Ihnen wahrscheinlich auch mit eingebunden. Es gibt sicherlich auch sehr unterschiedliche Sichtweisen, was das beste Modell ist. Kann man das nicht ganz schlank in den Vorgaben seitens des Landes in die Kommunen geben und sie vor allem finanziell entsprechend ausstatten?

Sabine Scholz-de Wall: Ich möchte gerne Hilke Schauland bitten, diese Frage zu beantworten, weil der Niedersächsische Hebammenverband bei der Errichtung der Hebammenzentralen eine große Vorreiter*innenrolle eingenommen hat.

Hilke Schauland: Die Hebammenzentralen sind aus der Not heraus entstanden, dass die Familien keine Betreuung erhalten haben, die sie aber wollten. Das ist ja eine kommunale Angelegenheit. Die Kommunen wehren sich aber dagegen, sich vom Land etwas überstülpen zu lassen. Wenn man Vorschläge unterbreitet, ist es also ratsam, sie wirklich dazu in die Lage zu versetzen, dass sie das auch einrichten können.

Zu der Frage nach dem Best-Practice-Beispiel für eine Hebammenzentrale: Sie haben sich individuell ausgestaltet. Aber wir können gerne darüber sprechen, was minimal sinnvoll wäre. Die Schwierigkeit liegt immer darin, was die Kommune bezahlt und wo wir eigentlich die Krankenkassen aus der Pflicht nehmen. Das müssen wir in einem gesonderten Gespräch miteinander verknüpfen, um dann sinnvolle Vorschläge zu unterbreiten.

Abg. **Karin Emken** (SPD): Ein Vorschlag zum Verfahren: Frau Hopmann hat angedeutet, dass wir zwischen den demokratischen Parteien in einem guten Austausch darüber sind, gemeinsam noch Änderungen zu diesem Antrag zu formulieren. Unser Ziel ist, unseren Entschließungsantrag für den Landesaktionsplan möglichst schnell im Landtag zu beschließen, damit der Prozess beginnen kann.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Vor dem Hintergrund der Diskussion um die Frühen Hilfen stellt sich die Frage: Wer steuert eigentlich die Frauen bzw. Familien von Anfang an da hindurch? Deshalb finde ich den Hinweis von Frau Huhndorf in Bezug auf die Schwangerschaftsvorsorgegruppen sehr gut. Denn ich weiß auch aus eigener Erfahrung von Bekannten: Sowohl in der Schwangerschaft als auch anschließend im Wochenbett, wenn man zum ersten Mal Mutter geworden ist, ist die Gefahr der Einsamkeit immer groß. Der Wunsch, nach dem Geburtsvorbereitungskurs oder Rückbildungskurs in Kontakt zu bleiben, ist eigentlich groß. Wenn die Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft durch die Hebammen in einer Gruppe stattfinden würden, dann wäre das erstens hilfreich und zweitens auch eine gute Möglichkeit, eine erste Weichenstellung hin zu dieser Steuerung vorzunehmen. Genau deshalb halte ich bzw. halten wir die Hebammenzentralen für sehr wichtig. Frau Schauland hat angedeutet, sie sind aus der Not heraus entstanden und fungieren vielerorts auch als Vermittler, sozusagen als Doctolib für die Hebamme. Eine Hebammenzentrale, die am Gesundheitsamt im Landkreis angedockt ist, könnte, gerade wenn sie inhaltlich gut mit Funktionen von Familienzentren verzahnt wird - die wir als Land ja immer noch nicht fördern, weil sich das MK und das MS, glaube ich, in der letzten Wahlperiode nicht darüber einigen konnten, ob man nachmittags Schulräume nutzen darf oder nicht; wir wollten das in der letzten Wahlperiode immer schon machen -, gute Funktionen übernehmen und die werdende Familie gut durch diese Zeit steuern. Frau Dr. Stammer hat darauf hingewiesen, dass es dann sozusagen deren PR-Arbeit oder Aufgabe sei, auf ihr Angebot hinzuweisen. Das ist ja das Problem, unter dem die Leute leiden: Es gibt diese Angebote; ob sie ankommen und genutzt werden, hängt aber davon ab, ob die einzelnen Anbieter*innen sie sozusagen gut verkaufen und an die Frau bringen. Das ist schade. Deshalb wäre es schön und aus meiner Sicht begrüßenswert, wenn von einer neutralen Ebene, wie sie ein Gesundheitsamt und eine daran angeschlossene Hebammenzentrale aus meiner Sicht darstellen, nicht interessengeleitet, sondern fachlich erfahren und auch an der Schnittstelle zu den behördlichen Angeboten durch diese Zeit geleitet werden könnte. Deshalb beantragen wir für den Haushalt zum einen Mittel für die Einrichtung von Hebammenkreißsälen und zum anderen Mittel zur Einrichtung und Weiterentwicklung von Hebammenzentralen landesweit. Das ist der Hintergrund. Deshalb sehen wir diese Einrichtungen als verfolgenswert an. Und allem, was Frau Emken gesagt hat, kann ich mich anschließen.

Veronika Bujny: Es tut mir leid, dass ich ausgerechnet als Hebamme an dieser Stelle ein wenig Wasser in den Wein gießen muss. Denn ich muss feststellen, dass es bereits auch hervorragende Beratungsstellen in den Orten gibt. Ich glaube, die Netzwerkschaffung ist erst mal wichtig. Es ist wichtig, dass eine ausreichende Beratungskompetenz und auch ein sozialpädagogischer Hinter-

grund vorhanden sind. Das ist für eine Hebamme manchmal ein bisschen viel. Insofern, denke ich, kommt es auf die örtlichen Strukturen und darauf an, wie man sie bündeln kann, damit nicht wieder weitere Parallelstrukturen geschaffen werden. Wichtig ist es, vor Ort eine gemeinsame Strategie zu entwickeln, wie die Angebote, die vorhanden sind, an die Frauen direkt herangetragen werden können. Das ist jetzt kein Appell, keine Hebammenzentralen einzurichten. Das kann also der richtige Weg sein. Es kann aber auch sein, dass zum Beispiel vielleicht der SkF, eine diakonische Beratungsstelle oder pro familia eine Steuerungsfunktion übernehmen kann. Man muss auch alle Beratungsangebote, die es vor Ort gibt, mitdenken und auch ein bisschen sehen, dass an bestimmten Stellen eine Hebamme eine Hebamme ist.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Dann bedanke ich mich bei Ihnen allen sowohl hier im Raum als auch im digitalen Raum recht herzlich. Das war ein sehr intensiver und sehr guter Austausch. Sie haben uns einen sehr intensiven Einblick gegeben. Wir haben uns im letzten halben Jahr sehr intensiv mit dieser wichtigen Thematik befasst. Die Fraktionen werden sich im Nachgang noch einmal über das Papier austauschen und beraten und auch unseren gemeinsamen Austausch in dieser Sitzung bewerten. Es war gut, dass wir uns diese Zeit nehmen konnten. Vielen Dank noch einmal von meiner Seite im Namen des Ausschusses.



Niedersächsischer Landtag
Vorsitzender des Ausschusses für Soziales,
Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
Herrn Oliver Lottke
Hannah-Arendt-Platz 1
30159 Hannover

Delia Klages
Gesundheitspolitische Sprecherin
Sozialpolitische Sprecherin

Hannover, 05.11.2025

Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zum Triage-Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Sehr geehrter Herr Ausschussvorsitzender,

im Namen der AfD-Fraktion beantrage ich für die Sitzung des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung am 04.12.2025 eine Unterrichtung zum Thema:

„Auswirkungen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zu den Triage-Regelungen des Infektionsschutzgesetzes“.

Am 4. November 2025 erklärte das Bundesverfassungsgericht die in § 5c des Infektionsschutzgesetzes verankerte Regelung zur Triage für verfassungswidrig. Nach Ansicht des Gerichts habe der Bund in diesem Bereich keine Gesetzgebungskompetenz, da es sich nicht um Infektionsschutz im engeren Sinne, sondern um die Ausgestaltung medizinischer Entscheidungsprozesse in existenziellen Mangellagen handele. Die Regelungskompetenz liege somit bei den Ländern.

Angesichts dieser Entscheidung stellt sich die Frage, wie die Landesregierung in Niedersachsen mit dieser neuen Verantwortung umgehen will. Für medizinisches Personal, Krankenhäuser und Bürger ist Planungssicherheit unerlässlich, insbesondere im Hinblick auf zukünftige Krisensituationen oder Katastrophenlagen mit Ressourcenknappheit.

Im Rahmen der Unterrichtung soll die Landesregierung insbesondere folgende Fragen beantworten:

1. Welche konkreten Schritte hat die Landesregierung seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 4. November 2025 unternommen, um eine landesrechtliche Regelung zur Triage vorzubereiten oder zu erarbeiten?
2. Gibt es innerhalb der Landesregierung bereits Überlegungen oder Arbeitsgruppen, wie eine künftige Triage-Regelung in Niedersachsen ausgestaltet werden könnte, und welche Grundprinzipien dabei berücksichtigt werden sollen?

3. Wie stellt die Landesregierung sicher, dass bei der künftigen Ausgestaltung einer Triage-Regelung insbesondere die Interessen vulnerabler Gruppen und die ärztliche Entscheidungsfreiheit angemessen berücksichtigt werden?

Mit freundlichen Grüßen

Delia Klages, MdL



Präsentation der Ergebnisse der Dialogwerkstatt

des Runden Tisches Geburtshilfe des Niedersächsischen Ministeriums
für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
vom 27. September 2025

**im Rahmen der 78. Sitzung des Ausschusses für
Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung**

Donnerstag, den 11. Dezember 2025



Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert

Unter [Vorgabe der 7 Teilziele](#) wurden in der Gruppe Maßnahmen diskutiert und erarbeitet, die das Wohlbefinden werdender Eltern fördern, die eine evidenzbasierte Information und Beratung sichern, sowie Belastungen und Risiken in der Schwangerschaft reduzieren sollen. Die Ergebnisse wurden in kurzfristige, mittelfristige und langfristige Maßnahmen unterteilt.

Ein zentrales Anliegen ist die **Stärkung von Ressourcen, Kompetenzen und Wohlbefinden der Schwangeren**.

- Kurzfristig soll eine standardisierte Anamnesevorlage eingeführt werden, um die individuelle Situation der Schwangeren besser zu erfassen und sie in ein optimales Betreuungs- und Beratungssystem überleiten zu können.
- Mittel- und langfristig werden Konzepte angestrebt, die selbstbestimmte Geburten und den Erhalt geburtshilflicher Abteilungen ermöglichen. Dadurch sollen Sicherheit, Wohlbefinden und Selbstwert gestärkt werden. Interprofessionelle Zusammenarbeit und gemeinsame Konzeptentwicklungen sollen ins Leben gerufen/gefördert werden.

Als ein wichtiger Bestandteil sollen die Ressourcen der Frauen und Familien sein und auch Partner:innen sollen stärker einbezogen werden. Im Gruppenaustausch wurden viele Best-Practice-Beispiele identifiziert, welche flächendeckende Umsetzung finden können.

Evidenzbasierte Information, Beratung und Versorgung sind ein weiterer Schwerpunkt.

- Kurzfristig wird eine standardisierte Anamnese (z.B. nach [Klaus Grave](#)) und Gruppenschwangerenvorsorge nach dem [Centering-Modell](#) empfohlen.
- Mittelfristig sollen bundesweite Fortbildungen für diese Gruppenangebote etabliert und verbindliche Beratungsangebote zu Themen wie Vorsorgeleistungen, Stillen, Ernährung oder Suchtmittel implementiert werden.
- Langfristig wird die Entwicklung einer einheitlichen Informationsplattform vorgeschlagen, die evidenzbasierte Inhalte bündelt, barrierefrei zugänglich macht und alle relevanten Akteure vernetzt. Auch Schulprojekte zu Gesundheits- und Sexualaufklärung sollen ausgebaut werden, wobei Dozent:innen gezielt ausgebildet werden. Leitlinien und Qualitätsstandards sollen interprofessionell entwickelt und in der Praxis implementiert werden.

Im Bereich Belastungen und Risiken werden Maßnahmen zur Information über Medikamenteneinnahme und mögliche Risiken in der Schwangerschaft empfohlen, wie Flyer, QR-Codes zu [Embryotox](#) und Apps, sowie die Auflistung regionaler Beratungsangebote. Ebenso wichtig ist die Aufklärung über schädliche Substanzen:

- Kurzfristig soll Suchtprävention in Schulen gestärkt werden,
- mittelfristig sollen evidenzbasierte Stellungnahmen zu gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen erstellt und Social-Media-Kampagnen umgesetzt werden,
- langfristig sollen politische Kontakte genutzt und Wahlprüfsteine entwickelt werden. Wichtig wird hier die konstante und vorurteilsfreie Information gesehen.

Die Reduktion der Frühgeburtenrate ist ein weiteres Ziel.

- Kurzfristig werden Aufklärungsgespräche und salutogenetische Maßnahmen vorgeschlagen,
- mittelfristig sollen wirtschaftliche Hürden wie Abrechnungsprobleme beseitigt werden,
- langfristig wird die Finanzierung von Ursachenforschung und die Nutzung von Perinatalregistern empfohlen. Für besondere Unterstützungsbedarfe sollen Mentor:innen ausgebildet, Fachkräfte angemessen bezahlt und regionale Beratungsangebote systematisch weitergegeben werden.



Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird als zentrale Grundlage für eine qualitativ hochwertige Betreuung gesehen.

- Netzwerktreffen, gemeinsame Fortbildungen, interdisziplinäre Fallbesprechungen sowie der Aufbau verbindlicher Kommunikationsstrukturen zwischen Berufsgruppen sollen kurzfristig etabliert werden.
- Langfristig wird eine flächendeckende Implementierung interdisziplinärer Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote sowie die nachhaltige Finanzierung solcher Maßnahmen angestrebt. Best-Practice-Beispiele sollen veröffentlicht und adaptiert werden, um die Qualität der Versorgung kontinuierlich zu sichern.

Insgesamt zeigt der Workshop, dass eine gesunde Schwangerschaft nur durch die Verbindung von evidenzbasierter Information, Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen, systematischer Beratung sowie enger interprofessioneller Kooperation erreicht werden kann. Die vorgeschlagenen Maßnahmen bieten einen strukturierten Rahmen für kurzfristige Umsetzungsschritte, mittelfristige Entwicklungsmaßnahmen und langfristige, nachhaltige Verbesserungen der Versorgung werdender Eltern.

Ziel 2: Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert

Eine interventionsarme Geburt wird gefördert, gesundheitliche Ressourcen sind gestärkt

Kurzfristige Umsetzung (bis zu einem Jahr):

- Vordergründig wird die Umsetzung der 1:1 Betreuung gesehen. Dabei soll die Kompetenz der Frau wahrgenommen werden und ihre Zeit ohne Beschleunigungsmaßnahmen gegeben werden.
- Ein postpartales Nachgespräch soll eingeführt werden. Durch dieses wird die Erfahrung der Frau wahrgenommen, ihr somit aufgezeigt, dass es dem Geburtsteam wichtig ist und das Team kann das eigene Handeln reflektieren.
- Gesehen wird, dass eine physiologische Begleitung in der Schwangerschaft förderlich für eine interventionsarme Geburt ist und spätestens im II. Trimenon die Frauen durch Beratung und Informationsgabe empowert werden sollen.
- Noch früher setzt das Konzept der Hebammen in der Schule an. Im Grundschulalter ist das Ziel, das Wachsen des Babys im Bauch zu erklären, aufzuzeigen, dass die Geburt und das Stillen etwas Normales und Natürliches sind, sowie die Stärkung des Vertrauens in die eigenen körperlichen Fähigkeiten und des Körperbewusstseins als Wissensziele zu benennen. An das Alter der Schüler:innen angepasst, kann jede Klasse besucht werden, so auch die Oberstufe.

Mittelfristige Umsetzung (1-5 Jahre):

- Hebammenkreißsäle sollen gestärkt werden. Es gibt für die nach außen erkennbar strukturierten Prozesse im Hebammenkreißaal ein transparentes Zertifikat. In Kooperation mit verschiedenen Risikoauditierungsgesellschaften und dem DHV können Hebammenkreißsäle auf der Basis von definierten Mindestvoraussetzungen durch den Kriterienkatalog des Netzwerks Hebammenkreißaal im DHV risikoauditert werden. Diesem Ziel kommt eine zentrale Bedeutung bei.



- Die Betrachtung der Kardiotokographie (Herzton-Wehen-Schreiber) versus der intermittierenden Auskultation wird genannt (IA). Die IA ist in der [S3 Leitlinie Vaginale Geburt](#) am Termin als Methode genannt, jedoch fehlt die Umsetzung in den Kreißsälen.

Langfristige Umsetzung (>5 Jahre):

- Hier ist die notwendige Forschung zur Intermittierenden Auskultation genannt. Das Problem ist das bisherige Fehlen der Forschung, wodurch die Umsetzung nicht erfolgt.

Es werden fehlende oder nicht passende Faktoren genannt:

Es wird geäußert, dass es interessen geleitete Aufklärung gibt. Die hohe Interventions- und Sectiorate bedarf der Analyse. Die Geburtshilfe wird nicht refinanziert. Weiterhin sorgen finanzielle Anreize für Interventionen. Perspektivisch sollen Hebammen die Prozesse der physiologischen Betreuung in der Geburtshilfe eigenverantwortlich evaluieren können. Zudem sollten Hebammen in verschiedenen Leitungsfunktionen sein, damit hier gleich die Geburtshilfe mit Fachexpertise mitgedacht wird.

Belastungen, Risiken und besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt

Kurzfristige Umsetzung (bis zu einem Jahr):

- Ein gutes Schnittstellenmanagement von klinischem und ambulantem Setting bis hin zu der Versorgung mit besonderen Bedarfen der Familien soll erstellt werden. Dabei spielen auch die Sprachmittlung und Erreichbarkeit eine wichtige Rolle.
- Weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung (FGM/C) betrifft weltweit über 230 Millionen Mädchen und Frauen. Die Aus- und Fortbildung zu FGM/C wird als wichtige Unterstützung genannt.
- Die Situation des Rettungsdienstes muss bezüglich der geburtshilflichen Versorgung überarbeitet werden.

Mittelfristige Umsetzung (1-5 Jahre):

- In Brasilien werden die Frauen durch ihre Krankenkasse über die entstandenen Kosten der Geburt informiert, dabei werden sie über ihre erfahrene Qualität befragt. Dies sollte auch in Deutschland geprüft werden.
- Die Bereitstellung von Latenzphasenzimmer sowie deren Finanzierung wird genannt. Modelle sollen als Best practice „abgeguckt“ werden.

Langfristige Umsetzung (>5 Jahre):

- Netzwerke sollen mit einer Kooperation der geburtshilflichen Versorgung entstehen, die das klinische und ambulante Setting verbindet. Untereinander sollen Hospitationen erfolgen. Niedrige Hierarchien sind anzustreben.
- Der Betreuungsschlüssel soll mit der Personalbemessung von 1 VK-Hebamme: 60 Geburten umgesetzt werden, dabei soll die LoPH-Methode validiert werden.
- Modelle wie kontinuierliche Hebammenbetreuung sollen Umsetzung erfahren. Bestehende gute Modelle (auch interprofessionelle Modelle) sollen beibehalten und gefördert werden.



Die an der Geburt beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen u. gewährleisten eine möglichst kontinuierliche Betreuung

Kurzfristige Umsetzung (bis zu einem Jahr):

- Der gemeinsame interprofessionelle Austausch soll erfolgen. Dazu sind die Erwartungshaltungen zu klären. Einbezogen werden muss das Erleben der Rollenverteilung Hebamme und Gynäkolog:in durch die Gebärenden. Regelmäßige Fallbesprechungen sollen stattfinden. Interventionen sollen im Team reflektiert werden. Auch hier wird ein gutes Schnittstellenmanagement genannt. Es werden Fortbildungen bei Ärztinnen & Ärzten zur Kommunikation gefordert.

Mittelfristige Umsetzung (1-5 Jahre):

- Es sollen Kommunikations- und Teamtrainings stattfinden. Dabei sollen Lernbereitschaft und gelebte Fehlerkultur vorhanden sein.

Langfristige Umsetzung (>5 Jahre):

- Mehrfach wird auf eine interprofessionelle Ausbildung mit interprofessionellen standardisierten Lernzielen verwiesen. Eine Teilnehmerin wünschte sich ein evidenzbasiertes und praxisorientiertes Medizinstudium.

Ziel 3: Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt

Das Wochenbett ist eine zentrale Phase für die Gesundheit von Mutter und Kind. Neben der körperlichen und psychischen Erholung der Mutter spielt das Stillen eine herausragende Rolle für die kindliche Entwicklung, die Bindung und die Prävention von Erkrankungen. Die Dauer und Qualität der Stillbeziehung werden wesentlich durch die frühzeitige Unterstützung, die informierte Entscheidung der Familie sowie den Zugang zu qualifizierter Beratung bestimmt. Dennoch bestehen deutliche Versorgungslücken: Viele Familien erhalten unzureichende oder widersprüchliche Informationen, Stillberatung ist regional unterschiedlich verfügbar, und die Belastungen der frühen Wochen erschweren es Eltern, sich sicher und getragen zu fühlen.

Parallel dazu bleiben Übergänge zwischen Klinik und ambulanter Versorgung problematisch, psychische Belastungen werden nicht immer erkannt, und bürokratische Hürden belasten Familien zusätzlich. Zur Verbesserung der Wochenbettversorgung – insbesondere mit Blick auf die Stillförderung – werden folgende kurz-, mittel- und langfristige Ziele vorgeschlagen.

Kurzfristige Ziele (bis zu einem Jahr):

- Kurzfristig soll die Orientierung für Familien verbessert und die Basis für eine erfolgreichere Stillbeziehung geschaffen werden. Dazu gehört die Erstellung einer leicht verständlichen, barrierefreien Übersicht über alle regional verfügbaren Angebote zur Hebammenbetreuung, Stillberatung, Stillgruppen, Stillambulanzen und Frühen Hilfen. Geburtskliniken sollen sicherstellen, dass Familien unmittelbar nach der Geburt verlässliche Informationen zum Stillen und zur Wochenbettversorgung erhalten – einschließlich des Anspruchs auf Hebammenhilfe und qualifizierte Stillunterstützung.
- Gleichzeitig sollen regelmäßige interprofessionelle Austauschformate zwischen Hebammen, Ärzt:innen, Beratungsstellen und Fachkräften der Frühen Hilfen eingeführt werden, um Schnittstellenprobleme zu reduzieren und die Betreuung nach der Entlassung aus der Klinik



besser abzustimmen. Eine standardisierte Geburtsnachbesprechung soll dazu beitragen, komplikationsreiche oder belastende Geburtserfahrungen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Unterstützung einzuleiten.

- Darüber hinaus soll für Familien in besonderen Belastungssituationen – etwa verwaiste Eltern, Alleinerziehende oder Familien mit Kindern mit Behinderung – eine klare, sichtbare Benennung geeigneter Ansprechstellen erfolgen. Bereits bestehende niedrigschwellige Angebote wie Babylots:innen oder Willkommensbesuche sollen für alle Familien leichter zugänglich gemacht werden.

Mittelfristige Ziele (1-5 Jahre):

- Mittelfristig sollen strukturelle Verbesserungen umgesetzt werden, die eine stabilere und verlässlichere Versorgung ermöglichen. Dazu gehört der Ausbau bestehender Hebammenzentralen, um die Vermittlung von Wochenbettbetreuung flächendeckend sicherzustellen. Ergänzend sollen Hebammenambulanzen sowie Hebammensprechstunden eingerichtet oder ausgeweitet werden, insbesondere in Regionen mit ausgeprägter Unterversorgung.
- Die Verzahnung zwischen klinischer und ambulanter Versorgung soll verbindlicher gestaltet werden, zum Beispiel durch die verlässliche Organisation der U2 im ambulanten Bereich. Parallel dazu sollen gemeinsame Fortbildungsprogramme entwickelt werden, die medizinische, psychosoziale und pädagogische Fachkräfte gleichermaßen einbeziehen und die Grundlage für ein gemeinsames Verständnis von Wochenbettversorgung bilden.
- Zudem sollen evidenzbasierte Informationsstandards zum Wochenbett entwickelt und verbreitet werden. Die psychologische Versorgung im frühen Wochenbett – insbesondere zur Identifikation postpartaler psychischer Erkrankungen – ist auszubauen. Programme wie Babylots:innen sollen nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ erweitert werden, beispielsweise um Kompetenzen im Umgang mit Kindern mit Behinderung. Familienbezogene Verwaltungsprozesse, insbesondere Elterngeld, Kindergeld und Kassenleistungen, sollen verständlicher und leichter zugänglich gestaltet werden.

Langfristige Ziele (>5 Jahre):

- Langfristig ist eine umfassende Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Sinne eines integrierten, flächendeckenden und qualitativ gesicherten Wochenbettangebotes erforderlich. Ziel ist eine funktionierende, ortsunabhängige Hebammenversorgung sowie der Aufbau von Familiengesundheitszentren oder Community-Nurse-Strukturen, in denen medizinische, psychosoziale und entwicklungsbezogene Unterstützung zusammengeführt wird.
- Gesetzliche Rahmenbedingungen sollen an die Lebensrealität junger Familien angepasst werden. Dazu gehören ein verbesserter Mutterschutz für Selbstständige sowie die Weiterentwicklung eines verbindlichen „Vaterschutzes“ in den ersten Tagen nach der Geburt. Darüber hinaus soll die Verwaltung familienbezogener Leistungen vollständig digitalisiert und vereinfacht werden.
- Langfristig sollen außerdem verbindliche Qualitätsstandards für die Wochenbett- und Stillberatung, die psychische Gesundheit und die psychosoziale Begleitung etabliert werden. Versorgungsforschung soll dazu beitragen, Lücken systematisch zu identifizieren und Maßnahmen evidenzbasiert weiterzuentwickeln.



- Gleichzeitig gilt es, eine gesellschaftliche Kultur des Wochenbetts zu fördern, die Erholung, Unterstützung und realistische Erwartungen stärker in den Mittelpunkt stellt und die Stigmatisierung psychischer Belastungen reduziert.

Ziel 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert

Die Ergebnisse aus dem Workshop zeigen deutlich, dass für Familien rund um die Geburt wirksamere, niedrigschwellige und verlässlich finanzierte Unterstützungsstrukturen notwendig sind.

Zentrale Bausteine sind eine **enge Verzahnung von Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Bildung sowie klare Zugänge zu präventiven Angeboten.**

Zur Erreichung der vier Teilziele

1. Gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden sind gestärkt.
2. Die Bindung zwischen Eltern und Kind ist stabilisiert.
3. Komplikationen, Belastungen und Risiken für Familien im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes sind identifiziert und verringert.
4. Familien, die aufgrund besonderer Lebenssituationen einen erhöhten Förderbedarf haben, erhalten passgenaue und schnelle Unterstützung.

wurden im Workshop folgende Maßnahmenempfehlungen abgeleitet:

- Ärztliche Beratung zu Frühen Hilfen sollte vergütet und systematisch in die Regelversorgung eingebettet werden, sodass Hilfen frühzeitig, verbindlich und ohne Hürden erreichbar sind.
- Ebenso braucht es eine flächendeckende Finanzierung von Babylots:innen über die gesetzlichen Krankenkassen, um Risikolagen früh zu erkennen und Familien direkt in passende Unterstützungsangebote weiterzuleiten.
- Wichtig ist zudem der Ausbau niedrigschwelliger Angebote wie Stillberatung, Stillcafés sowie frühzeitige Elternbegleitung. Eine Stärkung der mentalen Gesundheit im ersten Lebensjahr – etwa durch besser zugängliche Therapie- und Beratungsangebote, durch mobile Beratung oder durch ausreichende stationäre Plätze für Eltern in Krisensituationen – ist dabei ein wesentlicher Faktor. Auch das Hebammenwesen braucht verlässliche Rahmenbedingungen: Der Zugang zu Hebammen muss gesichert, die Ausbildung attraktiver gestaltet und Familienhebammen stärker eingebunden werden. Familienpat:innenprogramme, Hausbesuche und sozialräumliche Unterstützungsstrukturen leisten ebenfalls einen wichtigen Beitrag, insbesondere für belastete Familien.

Gleichzeitig zeigt sich, dass **gesellschaftliche und strukturelle Rahmenbedingungen** die Entwicklung von Kindern und den Alltag von Familien wesentlich prägen.

- Väter sollten stärker einbezogen werden – in Geburtsvorbereitung, Familienbildung und als aktive Partner im Alltag.
- Care-Arbeit muss gesamtgesellschaftlich sichtbarer und besser anerkannt werden, und flexible Elternzeit- und Arbeitszeitmodelle können zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf beitragen.



- Um die Qualität der Unterstützung zu sichern, braucht es gute Arbeitsbedingungen für Fachkräfte, mehr Multiprofessionalität, gemeinsame Fortbildungen und eine institutionell abgesicherte Sprachmittlung.

Entscheidend ist zudem, **Zugänge zu Angeboten zu vereinfachen**.

- Bürokratische Hürden müssen reduziert, Antragsprozesse vereinfacht und Informationen für Familien transparent gebündelt werden – zum Beispiel über zentrale Informationsplattformen oder Willkommensbriefe für alle Eltern.
- Regionale Netzwerke und verbindliche Kooperationen zwischen Professionen sollten gestärkt und durch gemeinsame Qualitätszirkel ergänzt werden.
- Eine systematische Evaluation und verbesserte Datenlage können dazu beitragen, Bedarfe sichtbar zu machen und Strukturen kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Insgesamt wird deutlich, dass Familien insbesondere in der sensiblen Phase rund um die Geburt **zuverlässige Orientierung, gut erreichbare Angebote und ein abgestimmtes Unterstützungssystem** benötigen – getragen von starken Fachkräften, klaren Strukturen und einer familienfreundlichen Politik, die Prävention konsequent mitdenkt.

Ziel 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet

Im Gesundheitsziel fünf wird auf die steigende Verantwortung der werdenden und gewordenen Eltern hingewiesen. „Darüber hinaus hat die Gesellschaft den Auftrag, mit geeigneten Rahmenbedingungen und Unterstützungsangeboten für Eltern die Grundlagen bereitzustellen, die einen gesunden Start fördern und eine sichere Zukunftsperspektive unterstützen (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitsziele: Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt). Ein gesundheitsförderliches Umfeld, mit Verhältnissen, die Wohlbefinden und Freude auf den Familienzuwachs fördern sind dabei grundlegend. Es braucht bereits in der Schwangerschaft niedrigschwellige Angebote zur Vernetzung. Eine zentrale, unabhängige Versorgung mit Informationen sollte allen (werdenden) Eltern zur Verfügung stehen. Familien brauchen politische Rahmenbedingungen, die ihr Zusammenwachsen fördern (vgl. Jurczyk, Lange & Thiessen: Doing family).

Das Armutsrisiko durch Elternschaft sollte durch die Förderung der Erwerbsbeteiligung gemindert werden. Die Existenzsicherung sollte für Schwangere und Mütter im ersten Lebensjahr des Kindes einfacher gestaltet werden. Mutterschaftsgeld, Elterngeld u.a. sollten aus einer Hand kommen und nicht von verschiedenen Stellen zu beantragen sein.

Die unterschiedlichen Ressorts in Bund, Ländern und Kommunen sowie Krankenkassen, gemeinnützige und private Trägerorganisationen bieten ein vielfältiges Angebot für Familien, z. B. Angebote des ÖGD und des Netzwerks Frühe Hilfen. In diesem Rahmen sollten die Kommunen über die Sektorengrenzen hinweg Angebote rund um die Geburt und für das erste Lebensjahr sicherstellen, vernetzen und verbreiten (BMFSFJ, 2009). Davon müssen auch Eltern profitieren können, die solche Angebote nicht selbständig wahrnehmen. Es ist eine Herausforderung, passgenaue Angebote für die verschiedenen Bedarfe und Bedürfnisse zu entwickeln, z. B. für die von Alleinerziehenden, von sozial benachteiligten Eltern oder von Eltern mit unterschiedlichen Migrationshintergründen.

Bei der Wiederaufnahme von Arbeit sind z. B. die Unterstützung des Stillens am Arbeitsplatz sowie



familienfreundliche Arbeitszeit und Kinderbetreuungsmodelle von großer Bedeutung. Den Eltern sollte ein flexibler Wiedereinstieg in den Beruf ermöglicht und flankierend Kinderbetreuung bereitgestellt werden. Es sollten alle Möglichkeiten genutzt werden, um Vätern zu ermöglichen, insbesondere in der Zeit des Wochenbetts Zeit für die Familie zu haben.

Forschungsbedarf besteht zu der Frage, wie sich organisatorische, institutionelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter, Kind und Familie auswirken. Public Health bzw. Versorgungs- und Präventionsforschung in Bezug auf die Gesundheit rund um die Geburt ist bedeutsam. Auch bestehen in einigen Bereichen – wie z. B. bei der Dokumentation des Geburtsgewichtes aller Neugeborenen auf Ebene der Kommunen, beim Still-Monitoring und bei der genaueren Erfassung der Müttersterblichkeit – noch Datenlücken, die geschlossen werden sollten. Insbesondere die [bundeseinheitliche Initiative zu einem Geburtenregister](#) ist ein wichtiger Schritt zu mehr Forschungsgrundlagen.

Transparenz und Vernetzung der Hilfestrukturen sind gewährleistet

- Bekanntmachung von niedrigschwelligen Beratungs- und Unterstützungsangeboten. Organisation ressortübergreifender Beratung und Unterstützung. Alle Eltern erreichen.
- Orte, an denen sich Familien treffen, ohne konsumieren zu müssen
- Es gibt viele Projekte und Initiativen, eine Bündelung der Hilfestrukturen ist notwendig. Best Practice: Deutschlandkarte
- Basistelefonnummer (analog zu 116117) landesweites Infotelefon für Eltern bei Fragen nach Leistungen, Anträgen, Angeboten.
- Projekte weiterführen und in andere Regionen ausdehnen (gehen sonst unter) → **Keine Projektitis**
- Zentrale Anlaufstellen mit eingängiger einheitlicher Benennung (Familienzentrum, Gesundheitszentrum, Familienservicebüro).
- Portal/ APP inklusive Chatfunktion
- Zugang zu Familien mit besonderen Bedarfen - Frühe Hilfen nutzen – Synergien schaffen.
- Nachhaltige Finanzierung von Hilfsstrukturen aufbauen.

Präventionsketten sind flächendeckend aufgebaut

- Vernetzung der kommunalen Akteure und Akteurinnen zur Ausgestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse.
- Nachhaltige Familiengesundheit fördern – Selbsthilfe fördern
- Entwicklung von passgenauen Angeboten für spezifische Bedarfe und vulnerable Familien. Umfassende Unterstützung der Phase der Erstgeburt/ Familiengründung. mit dem Ziel gelingenden Familienaufbaus („Doing family“)

Die kommunalen Räume sind familienfreundlich ausgestaltet

- Einbindung der Eltern bei der Planung und Umsetzung familienfreundlicher Räume.
- Runde Tische vor Ort zur Vernetzung.
- Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten.
- Verstärkte Bündelung und bessere Verfügbarmachung von Angeboten für Familien auf kommunaler Ebene.
- Familienfreundliche Ausgestaltung kommunaler Räume, insbesondere in benachteiligten Stadtteilen. Verringerung der Umweltbelastungen, um ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen (z. B. Lärm, Schadstoffe in der Wohnung und im Wohnumfeld)
- Quartiersmanagement



- Mehrgenerationenansätze fördern
- Mobilität fördern – ÖPNV ausbauen insbesondere im ländlichen Raum

Die Arbeitswelt ist familienfreundlich gestaltet

- Teilhabe der werdenden Mütter am Arbeits- und Ausbildungsleben – unter Berücksichtigung der Schutzbestimmungen für Mutter und Kind.
- Verbreitung von Informationsmaterialien für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen zu ihren Pflichten der Gefährdungsbeurteilung und den daraus zu ziehenden Konsequenzen.

Etablierung und Verbreitung von familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen

Die Rahmenbedingungen für eine ausgewogene Ernährung und Bewegung sind gegeben

- Unabhängige und evidenzbasierte Informationen für Eltern zu Ernährungsstandards und zu Bewegung.
- Umsetzung evidenzbasierter Standards zur Ernährung in der Säuglingszeit in der KiTa und Kindertagespflege. Schaffen einer stillfreundlichen Umgebung.
- Stillförderung

Sozial benachteiligte Eltern werden mit ihren besonderen Bedarfen erkannt und mit ihnen gemeinsam werden Zukunftsperspektiven entwickelt und umgesetzt

- Etablierung von Netzwerken, um mit den Eltern gemeinsam eine soziale Perspektive zu entwickeln. Organisation von Unterstützungsangeboten zu den Themen Berufsbildung, Arbeitsvermittlung, Erziehungsberatung und -begleitung.
- Netzwerke zur Unterstützung einer altersgerechten Entwicklung der Kinder. Unterstützung der Schwangeren und jungen Familien durch die Einbettung in soziale Strukturen (Familienpaten und Familienpatinnen, Stadtteilmütter, Familienzentren an Kindertageseinrichtungen). Best practice: offene Kita Hannover
- Bei Bedarf übernehmen Familienhebammen frühzeitig die soziale Begleitung der Familie. Angebote zur Stärkung der Erziehungskompetenz inkl. Beratung zu Angeboten von Kindertageseinrichtungen bzw. Familienzentren.
- Ausstattung von Kindertageseinrichtungen mit familienunterstützenden Angeboten, wie z. B. Entwicklungs- und Bewegungsförderung. Flächendeckendes und qualitativ hochwertiges Angebot von Betreuungsangeboten in Kitas und bei Tagespflegenden zum ersten Lebensjahr; dabei werden die Eltern und Kinder („das kompetente Kleinkind“) als Ko-Produzenten von Bildung und Gesundheit aktiv einbezogen.
- Ausbau der Familienbildungsangebote und Kurse zur gesundheitlichen Elternkompetenz auf Basis des aktuellen Forschungsstandes.
- Qualitätsgesicherte Programme zur Stärkung junger Familien im Rahmen einer kommunalen Gesamtkonzeption.

Die Gesundheits- und Sozialforschung rund um die Geburt wird ausgebaut und der Wissenstransfer ist verbessert

Ein Geburtenregister kann niederschwellig die nötigen Daten liefern (oft nur durch Zusammenführung verschiedenen Daten). Die Initiative der GVG zum Geburtenregister wird ausdrücklich befürwortet (<https://gvg.org/de/article/584.warum-deutschland-ein-geburtenregister-braucht.html>).

- Datenbasis fehlt zu den Bedarfen und Wünsche der Eltern bezüglich Beratung/ Versorgung.
- Wie willkommen fühlen sich die Familien?



- Ausbau der unabhängigen Forschung zur Evidenz von Ernährungsempfehlungen in der Schwangerschaft, Stillzeit und im Säuglingsalter.
- Ausbau der Forschung hinsichtlich der psychischen Vorgänge und Herausforderungen während der Schwangerschaft, des Wochenbetts und des ersten Lebensjahrs.
- Ausbau der Forschung zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Schwangerschaft, im Wochenbett und im ersten Lebensjahr.
- Ausbau der Forschung zu gelingenden Übergängen insb. der Familiengründung/ Transitionsforschung.
- Forschung zu Qualität und Wirkung von Information und Beratung rund um die Geburt.
- Ausbau der Forschung zu den Themen subjektives Wohlbefinden rund um die Geburt.
- Mehr Versorgungsforschung im Bereich der Inanspruchnahme von Hebammenversorgung.
- Ausbau der väterspezifischen Forschung.
- Schließen von Lücken im Datentransfer maternaler und neonataler Daten.
- Bearbeitung von Schnittstellenproblemen in der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Perinatalogie.
- Förderung der Zusammenarbeit wissenschaftlicher Disziplinen durch interdisziplinäre perinatologische Lehrstühle.
- Evaluation von Programmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Rahmen einer kommunalen Gesamtkonzeption für werdende junge Familien.

Hohe Priorität:

- Vernetzung von Strukturen – mehr Transparenz und bessere Information und Erreichbarkeit
- für alle Eltern
- Alle Lebenswelten auf ihre Familienfreundlichkeit prüfen
- Mehr Forschungsvorhaben und -projekte
- Nachhaltigkeit – keine Projektitis
- Eine gute Datenbasis schaffen – ein Geburtenregister aufbauen

Literatur & eine Auswahl weiterer Hinweise

Arbeitskreis Frauengesundheit e.V.: [Flyer „Schwangerenvorsorge Hand in Hand“](#)

Arbeitskreis Frauengesundheit e.V.: [So gelingt die interdisziplinäre Vorsorge in der Schwangerschaft.](#)

AWMF-online: [Die vaginale Geburt am Termin.](#)

Barmer Institut für Gesundheitsforschung: [Warum Deutschland ein Geburtenregister braucht.](#)

Birke Dikken: [Schwangerschaftsvorsorge in der Gruppe: Geht das?](#)

Deutscher Ärztinnenbund e.V.: [Interprofessionelle Schwangerenvorsorge: Kein Abrechnungs- oder Haftungsproblem.](#)

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.: [Warum Deutschland ein Geburtenregister braucht?!](#)

Jurczyk, Lange & Thiessen: [Doing family.](#)

Kooperationsverbund Gesundheitsziele: [Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt.](#)

Markus Antonius Wirtz (Hrsg.): Dorsch: [Lexikon der Psychologie.](#)