

Ergänzende Stellungnahme
zur öffentlichen Anhörung
im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages
zum Hebammenreformgesetz (HebRefG)

Drucksache 19/10612

Deutscher
Hebammenverband e. V.
Büro Berlin
Alt Moabit 92
10559 Berlin
T. 030-3940 677 0
F. 030-3940 677 49
info@hebammenverband.de

Ergänzende Stellungnahme zum Hebammenreformgesetz (HebRefG)

Ergänzend zur inhaltlichen Stellungnahme der Regelungen im Hebammenreformgesetz (HebRefG) im Einzelnen nimmt der DHV zu dem, auch im Bundesrat diskutierten, Thema, wie das HebRefG und weitere Maßnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels beitragen können, wie folgt Stellung:

Die hochschulische Hebammenausbildung ist ein erster, essentieller Schritt zur nachhaltigen Bekämpfung des Fachkräftemangels, sowohl im klinischen wie auch im ambulanten Bereich. Die Akademisierung des Berufs allein kann jedoch nicht die strukturellen Defizite der Versorgungslandschaft auffangen, die insbesondere in der klinischen Geburtshilfe zum aktuellen Fachkräftemangel geführt haben.

Der DHV hat zuletzt im Februar 2019 Vorschläge veröffentlicht, wie der oft benannten Krise in der Geburtshilfe kurz- und mittelfristig effektiv entgegengewirkt werden kann. Dazu hat der DHV Eckpunkte für ein **Geburtshilfe-Stärkungsgesetz** entwickelt, die hier noch einmal als konstruktive Vorschläge in den Gesetzgebungsprozess eingebracht werden.

Bei der Diskussion um die Weiterentwicklung des Hebammenberufes und insbesondere im Kontext des spürbaren Fachkräftemangels im klinischen Bereich müssen aus Sicht des DHV über die Akademisierung der Ausbildung hinaus schnell wirksame Maßnahmen ergriffen werden, damit künftig flächendeckend eine familienorientierte, individuelle und sichere Geburtshilfe sichergestellt werden kann. Das Gesetzgebungsverfahren für das HebRefG bietet sich an, weitere Maßnahmen zur Stärkung der Geburtshilfe im Zuge dieses Verfahrens umzusetzen.

Die Eckpunkte des DHV für ein **Geburtshilfe-Stärkungsgesetz** lauten wie folgt:

Grundsätzliches

Die Versorgungssituation von Frauen und Neugeborenen in den Kreißsälen ist unzureichend und wird von Jahr zu Jahr schlechter. Eine stetige und persönlich zugewandte Betreuung von Frauen während der Geburt ist in Deutschland mittlerweile eher ein Glücksfall als die Regel. Fast die Hälfte der Gebärenden teilt sich eine Hebamme mit zwei anderen Gebärenden. Oftmals betreut eine einzelne Hebamme zu Stoßzeiten oder bei Personalknappheit sogar fünf oder mehr Gebärende gleichzeitigⁱ. Die Folge ist, dass Hebammen in Deutschland inzwischen dauerhaft mehr als doppelt so viele Gebärende betreuen wie Hebammen in anderen europäischen Ländernⁱⁱ.

Die resultierende chronische Überlastung hat schwerwiegende Folgen: Hebammen bewerben sich zunehmend nicht mehr auf freie Stellen in geburtshilflichen Abteilungen. Viele ziehen sich in die Vorsorge und Wochenbettbetreuung zurück oder steigen sogar komplett aus dem Beruf aus. Im Durchschnitt können schon jetzt in jedem Kreißsaal 1,6 Planstellen nicht mehr besetzt werdenⁱⁱⁱ. Ebenso arbeiten lediglich 20 % der angestellten Hebammen in Vollzeit^{iv}.

Die in Deutschland herrschende Betreuungssituation steht in einem deutlichen Widerspruch zur Forderung der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften nach einer Eins-zu-Eins-Betreuung von Frauen durch eine Hebamme während der Geburt. Diese verbessert nachweislich die Gesundheit von Mutter und Kind^v. Eine Eins-zu-Eins-Betreuung verringert Interventionsraten und bewirkt eine höhere Zufriedenheit der Frauen mit der Geburt^{vi}
vii.

Um eine familienorientierte, individuelle und sichere Betreuung von Frauen und ihren Kindern während der Geburt in Deutschland nachhaltig sicherzustellen, bedarf es verschiedener effektiver Maßnahmen im Rahmen eines Geburtshilfe-Stärkungsgesetzes für den klinischen Bereich.

Unerlässlich sind nach unserer Auffassung nachfolgende **Maßnahmen**:

(1) Ein Hebammensonderstellenprogramm schaffen

Problem: In Deutschland gelingt es nicht mehr, freie Planstellen in den Kreißsälen mit Hebammen zu besetzen. In der Folge werden zwei, drei oder mehrere Gebärende zeitgleich von einer einzelnen Hebamme betreut. Damit liegt Deutschland im europäischen Vergleich weit hinter Ländern wie England, Frankreich, Norwegen, der Schweiz und der Türkei^{viii}. Um eine menschenwürdige und familienorientierte Geburtshilfe zu leisten, bedarf es der Einführung von verbindlichen Personalanhaltzahlen und Betreuungsrelationen für Hebammen in der klinischen Geburtshilfe.

Lösung: Neue Hebammenstellen sowie Stellenaufstockungen in geburtshilflichen Abteilungen werden komplett aus einem Sonderprogramm refinanziert. Das geschieht solange, bis für die Umsetzung einer Eins-zu-Eins-Betreuung ein Personalschlüssel von einer Hebammenplanstelle (Vollzeitäquivalent) auf 30 Entbindungen pro Jahr und geburtshilflicher Abteilung erreicht ist. Zukünftig steht damit jeder gebärenden Frau und damit auch dem Kind oder den Kindern und der Familie eine Hebamme während der Geburt zur Seite. Dies ermöglicht eine individuelle und familienzentrierte Geburtshilfe. Für Hebammen erfolgt eine deutliche Entlastung durch Arbeitsaufteilung. Damit haben Hebammen auch unmittelbar bessere Arbeitsbedingungen. Der bessere Betreuungsschlüssel orientiert sich an den Bedürfnissen der Frauen und Kinder. Die Arbeit in der klinischen Geburtshilfe wird für Hebammen wieder attraktiver und der Personalangel kann damit effektiv bekämpft werden.

(2) Den Hebammen-Betreuungsschlüssel in Krankenhäusern veröffentlichen

Problem: Schwangeren Frauen und ihren Familien fehlen Informationen über die Betreuungsqualität in den jeweiligen Krankenhäusern. Sie haben keine Möglichkeit Krankenhäuser zu vergleichen und eine informierte Entscheidung zu treffen.

Lösung: Krankenhäuser werden gesetzlich dazu verpflichtet, die Anzahl der Entbindungen zu veröffentlichen, die im Jahr je tatsächlich besetzter vollzeitäquivalenter Hebammen-Planstelle in ihren Kreißsälen stattfinden. Durch einen verbindlich veröffentlichten aktuellen Hebammen-Betreuungsschlüssel haben Schwangere und ihre Familien die Möglichkeit, Krankenhäuser zu vergleichen und sich für das Krankenhaus mit dem für die Geburt besseren Betreuungsschlüssel zu entscheiden. Dies fördert den konstruktiven Wettbewerb unter den Krankenhäusern und damit auch die Motivation mehr Hebammen – zum Beispiel über das Sonderprogramm – einzustellen.

(3) Ambulante geburtshilfliche Notfallversorgung für Schwangere verbessern

Problem: Schwangere, die außerhalb der Sprechzeiten der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen tatsächlich gesundheitliche Probleme haben oder nach Überschreitung des voraussichtlichen Entbindungstermins eine Kontrolluntersuchung benötigen, finden heute außerhalb eines Krankenhauses kein verlässliches Versorgungsangebot. Deshalb suchen sie die von ihnen gewählte Entbindungsklinik auf. Die Folge sind lange Wartezeiten für die Frauen. Zudem bestehen Abrechnungsprobleme auf Seiten der Krankenhäuser. Durch diese ambulante geburtshilfliche Notfallversorgung werden die ohnehin knappen personellen Kapazitäten der Kreißsäle zu Lasten der gebärenden Frauen beansprucht. Eine weitere Überlastung des Kreißsaal-Personals erfolgt, sowohl bei Hebammen als auch bei Ärztinnen und Ärzten.

Lösung: Es werden Möglichkeiten geschaffen, die diese ambulante geburtshilfliche Notfallversorgung in geburtshilflichen Kliniken außerhalb der Kreißsäle sicherstellen. Dafür können geburtshilflich-gynäkologische Notdienste oder Hebammen- und/oder Arztportalpraxen aufgebaut werden.

(4) Fehler reduzieren und interprofessionelle Zusammenarbeit in der Geburtshilfe verbessern.

Problem: In deutschen Kreißsälen sind evidenzbasierte, verbindliche Behandlungspfade, die Berücksichtigung von S3-Leitlinien, Verfahrensanweisungen und verbindliche Absprachen bei Be- und Überlastungssituationen nicht durchgängig zu finden. Damit können Schwangere sich derzeit nicht auf eine bestmögliche, verbindliche und an Qualitätsstandards orientierte Betreuung verlassen – und zwar unabhängig von der Größe und des Versorgungslevels der jeweiligen Klinik. Zudem führen immer häufiger verkürzte Übergabezeiten zum Verlust von Informationen und fehlenden gesicherten Verfahrensabläufen in der Geburtshilfe. Keine oder kaum vorhandene interprofessionelle Aus- und Fortbildungsprogramme, Notfalltrainings und ein fehlendes, mangelhaftes oder angstbesetztes Fehlermanagement in der Geburtshilfe kann Mütter und Neugeborene gefährden^{ix}.

Lösung: Krankenhäuser mit geburtshilflichen Abteilungen werden dazu verpflichtet, regelmäßig interprofessionelle Fortbildungen und Notfalltrainings durchzuführen. Ebenso werden diese Krankenhäuser verpflichtet, ein anonymes Fehlermeldesystem einzurichten, das die Grundlagen

für interprofessionelle und intersektorale Fallbesprechungen und Fehleranalysen bildet. Die Leitung der geburtshilflichen Abteilung obliegt einer Hebamme. Diese benötigt eine entsprechende Qualifikation und einen Stellenumfang, der die Umsetzung dieser Maßnahmen erlaubt. Die Regelungen der Richtlinie zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen in Level I- und Level II-Krankenhäusern (Fortbildungsverpflichtung für Hebammen in Leitungsverantwortung) müssen dem zukünftigen akademischen Ausbildungsniveau angepasst werden^x. Sie müssen zudem in jeder Versorgungsstufe angewendet werden.

(5) Das volle Hebammenpotential für die Frauen und die Geburtshilfe nutzen sowie die Drop-Out-Rate aus dem Beruf senken

Problem: Frauen und Kindern steht in der klinischen Geburtshilfe nicht annähernd das volle Hebammenpotential zur Verfügung: Hebammen müssen im Klinikalltag viele fachfremde Tätigkeiten wie Assistenz Tätigkeiten, Materialbeschaffung und Putzdienste übernehmen. Dies schränkt in erheblichem Maß die Zeit für die originäre Geburtshilfe und die Betreuung der Frauen und ihrer Kinder ein. Ebenso sind die meisten geburtshilflichen Abteilungen durch Hierarchien, zu wenig Austausch zwischen den Berufsgruppen sowie eine mangelnde strukturelle und qualitative Weiterentwicklung der Geburtshilfe geprägt. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu guter Geburtshilfe und Arbeitsorganisation kommen nur verspätet oder gar nicht in den Kreißsälen an. Darüber hinaus behindert das bisherige berufsfachschulische Niveau der Hebammenausbildung (DQR4) eine zeitgemäße Weiterentwicklung der Geburtshilfe.

Die genannten Probleme führen als Konsequenz dazu, dass die Verweildauer von Hebammen in der klinischen Geburtshilfe aufgrund der Frustration durch die Arbeits- und Rahmenbedingungen von Jahr zu Jahr dramatisch sinkt.

Lösung: Hebammen in der klinischen Geburtshilfe werden konsequent von fachfremden Tätigkeiten befreit und in ihren Kernkompetenzen für die direkte Betreuung der Frauen und Neugeborenen eingesetzt. In jeder geburtshilflichen Abteilung werden zudem Hebammengeleitete Kreißsäle geschaffen.

Ebenso werden Hebammen deutlich stärker in die Leitung und Organisation der geburtshilflichen Abteilungen eingebunden. Die vollständige und zügige Akademisierung des Hebammenberufes ist hierfür eine Voraussetzung. Die interprofessionelle Ausbildung (Interprofessional Education) mit Ärztinnen und Ärzten und weiteren Gesundheitsfachberufen muss ein Bestandteil des Studiums werden^{xi} ^{xii}. Zur Einbeziehung der Hebammen mit altrechtlicher Ausbildung in die Reform des Hebammenberufes ist eine rechtliche Regelung zur Schaffung einer Gleichwertigkeit (wie der „Nachträgliche Titelerwerb“ (BA) analog zur Schweiz) von großer Bedeutung.

Eine gute Geburtshilfe für Frauen und Kinder braucht zwingend bessere Strukturen und Arbeitsbedingungen in der klinischen Geburtshilfe. Durch die obenstehenden Maßnahmen wird die Geburtshilfe nachhaltig verbessert und das Berufsbild der Hebamme als reflektierter

Praktikerin auf allen Versorgungsstufen (Level I bis IV) im Klinikalltag etabliert. Damit sind auch wieder die notwendigen Fachkräfte für die klinische Geburtshilfe zu gewinnen.

Berlin, 19. Juni 2019

U. Geppert-Orthofer

Ulrike Geppert-Orthofer
Präsidentin

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit mehr als 20.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrerinnen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftlerinnen, Hebammen in den Frühen Hilfen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschülerinnen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.

ⁱ DHV/Picker, Hebammenbefragung 2015: Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken.

ⁱⁱ Deutscher Bundestag 2017: Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären geburtshilflichen Einrichtungen in ausgewählten Ländern.

ⁱⁱⁱ Deutsches Krankenhausinstitut 2014: Krankenhausbarometer 2014.

^{iv} DHV/Picker, Hebammenbefragung 2015: Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken.

^v AWMF 2015: S1-Leitlinie 087-001: Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland.

^{vi} Hodnett ED et al. 2013: Continuous support for women during childbirth. The Cochrane database of systematic reviews.

^{vii} ACOG 2014: Obstetric care consensus no.1: save prevention of the primary cesarean delivery.

^{viii} Deutscher Bundestag 2017: Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären geburtshilflichen Einrichtungen in ausgewählten Ländern.

^{ix} BMG/BQS 2018: Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten.

^x Gemeinsamer Bundesausschuss 2005: Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschuss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V, zuletzt geändert 17. Mai 2018, in Kraft getreten 1. Januar 2019.

^{xi} WHO-Regionalbüro für Europa 2015: Strategische Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region im Einklang mit den Zielen von „Gesundheit 2020“, Kopenhagen.

^{xii} WHO 2010: Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice.