

Eckpunkte für ein Geburtshilfe-Stärkungsgesetz im klinischen Bereich

Februar 2019
aktualisierte Fassung
12. Februar 2020

**Deutscher
Hebammenverband e. V.**

Büro Berlin

Alt Moabit 92

10559 Berlin

T.030-3940 677 0

F.030-3940 677 49

info@hebammenverband.de

www.hebammenverband.de

Eckpunkte für ein Geburtshilfe-Stärkungsgesetz im klinischen Bereich: Für eine familienorientierte, individuelle und sichere Geburtshilfe!

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. Zu Stoßzeiten oder bei Personalknappheit betreut eine einzelne Hebamme oftmals sogar vier oder mehr Gebärende gleichzeitig¹. Die Folge ist, dass Hebammen in Deutschland inzwischen dauerhaft mehr als doppelt so viele Gebärende betreuen wie Hebammen in anderen europäischen Ländern².

Die resultierende chronische Überlastung hat schwerwiegende Folgen: 43 % der Hebammen denken über eine Reduzierung ihrer Arbeitszeit in der Klinik nach, obwohl ca. 72 % der Hebammen bereits in Teilzeit³ arbeiten. 28 % überlegen sogar ihre Arbeit in der Klinik ganz zu beenden. Dabei sind schon jetzt 18 % der Planstellen in den Kliniken vakant, Tendenz steigend.

Die in Deutschland herrschende Betreuungssituation steht in einem deutlichen Widerspruch zur Empfehlung der WHO⁴ und zur Forderung der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften⁵ nach einer Eins-zu-Eins-Betreuung von Frauen durch eine Hebamme während der Geburt. Diese verbessert nachweislich die Gesundheit von Mutter und Kind⁶. Eine Eins-zu-Eins-Betreuung verringert Interventionsraten und bewirkt eine höhere Zufriedenheit der Frauen mit der Geburt^{7 8 9}.

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 folgende 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 Türkei¹⁰. Um eine menschenwürdige und familienorientierte Geburtshilfe zu leisten, bedarf es der Einführung von verbindlichen Personalanzahlzahlen 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 und entspricht den Ansprüchen der Hebammen an die eigene Arbeit¹¹. Der bessere Betreuungsschlüssel orientiert sich an der Sicherheit für und den Bedürfnissen von Frauen und Kindern¹². Gleichzeitig führt dies auch zu angemessenen Arbeitsbedingungen für Hebammen. Die Arbeit in der klinischen Geburtshilfe wird für Hebammen wieder attraktiver und der Personalmangel kann damit effektiv bekämpft werden.

(2) Den Hebammen-Betreuungsschlüssel in Krankenhäusern veröffentlichen

Problem: Schwangeren Frauen und ihren Familien fehlen transparente 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 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 Ärzten¹³.

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. Für die notwendige Qualitätsentwicklung der geburtshilflichen Abteilung und das Implementieren von aktuellen Leitlinien und Standards sind leitende Hebammen nicht ausreichend freigestellt¹⁴. Keine oder kaum vorhandene interprofessionelle Aus- und Fortbildungsprogramme, Notfalltrainings und ein fehlendes, mangelhaftes oder angstbesetztes Fehlermanagement in der Geburtshilfe kann Mütter und Neugeborene gefährden¹⁵.

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 und die Qualitätsentwicklung der geburtshilflichen Abteilung ermöglicht. 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 werden¹⁶. 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 und wird bei 63 % der Hebammen als Grund dafür angegeben, ihre Tätigkeit in der Klinik reduzieren oder sogar aufgeben zu wollen¹⁷. 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. 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 Hebammen-geleitete Kreißsäle geschaffen¹⁸.

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 werden¹⁹ ²⁰. Zur Einbeziehung der Hebammen mit altrechtlicher Ausbildung 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 reflektierte Praktikerin auf allen Versorgungsstufen (Level I bis IV) im Klinikalltag etabliert. Damit sind auch die notwendigen Fachkräfte für die klinische Geburtshilfe zu gewinnen.

U. Geppert-Orthofer

Ulrike Geppert-Orthofer
Präsidentin
12. Februar 2020

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 Hebammschülerinnen 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.

¹ IGES Institut 2019: Stationäre Hebammenversorgung, Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit.

² Deutscher Bundestag 2017: Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären geburtshilflichen Einrichtungen in ausgewählten Ländern.

³ <https://de.statista.com/infografik/4788/schwierige-berufssituation-fuer-hebammen/>

⁴ WHO recommendations 2018: Intrapartum care for a positive childbirth experience.

⁵ AWMF 2015: S1-Leitlinie 087-001: Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland.

⁶ Sandall J et al. 2016: Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667.

⁷ Hodnett ED et al. 2013: Continuous support for women during childbirth. The Cochrane database of systematic reviews.

⁸ ACOG 2014: Obstetric care consensus no.1: save prevention of the primary cesarean delivery.

⁹ National Institute for Health and Care Excellence 2017: Intrapartum Care for healthy women and babies 2014 Update 2017.

¹⁰ Deutscher Bundestag 2017: Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären geburtshilflichen Einrichtungen in ausgewählten Ländern.

¹¹ IGES Institut 2019: Stationäre Hebammenversorgung, Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit.

¹² Sandall J et al. 2016: Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667.

¹³ IGES Institut 2019: Stationäre Hebammenversorgung, Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit.

¹⁴ IGES Institut 2019: Stationäre Hebammenversorgung, Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit.

¹⁵ BMG/BQS 2018: Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten.

¹⁶ 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.

¹⁷ IGES Institut 2019: Stationäre Hebammenversorgung, Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit.

¹⁸ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2017: Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt.

¹⁹ 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.

²⁰ WHO 2010: Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice.