



POSITIONSPAPIER WOCHENBETTBETREUUNG

Das Positionspapier wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe
des Referates Hebammenvergütung des Deutschen
Hebammenverbandes (DHV) erstellt

Deutscher
Hebammenverband e. V.
Gartenstraße 26
76133 Karlsruhe
T. 0721-98189-0
F. 0721-98189-20
info@hebammenverband.de
www.hebammenverband.de

Autorinnen:

Daniela Erdmann (Leitung), Astrid Giesen, Regine Knobloch, Denize Krauspenhaar, Manuela Nickel, Tanja Riese

September 2018

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
1 Positionspapier Wochenbettbetreuung	4
1.1 Einleitung	4
2 Aspekte der Wochenbettbetreuung aus unterschiedlichen Perspektiven	4
2.1 Sicht der Frau	4
2.2 Gesellschaftliche Sicht	5
2.3 Blick auf die Aufgaben und Rolle der Hebamme in der Überwachung des Wochenbettes – Kompetenzen und Fertigkeiten	6
2.4 Vernetzung und Abgrenzung in der interdisziplinären Zusammenarbeit	7
2.5 Aspekte der Salutogenese	8
3 Qualitätsmerkmale und Orte der Wochenbettbetreuung	9
3.1 Qualifikation	10
3.2 Qualitätssicherung	11
4 Resümee	12
5 Forderungen	12
Anhang	15
Literaturverzeichnis	19
Internetquellen	20

Aufgrund einer besseren Lesbarkeit ist die weibliche Sprachform gewählt worden. Wird von der Hebamme gesprochen, ist der Entbindungspfleger miteingeschlossen.

1 Positionspapier Wochenbettbetreuung

1.1 Einleitung

Das Wochenbett ist mehr als die Zeit der Rückbildung der schwangerschafts- und geburtsbedingten Veränderungen – es hat eine außergewöhnliche Bedeutung als unwiederholbare erste und damit prägende Zeit der Etablierung einer zuverlässigen Bindung zwischen dem Neugeborenen und seiner Mutter und weiteren Bezugspersonen.¹

Im Zentrum der Betreuung steht dabei, unabhängig vom Ort der Betreuung, dass Familien ermutigt und darin bestärkt werden, das Wochenbett als wichtige Zeit der Erholung, der Bindung und des Kennenlernens wahrzunehmen, sie zu nutzen und entsprechenden Freiraum und Unterstützung im Alltag zu organisieren. Eine gute Betreuung im Wochenbett trägt – z. B. durch die Förderung intuitiver Elternkompetenzen – wesentlich dazu bei, häufig auftretende Probleme wie Stillschwierigkeiten, exzessives Schreiverhalten des Kindes und Überlastung der Familien zu verhindern oder zumindest abzumildern.²

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Bedeutung des Wochenbettes in dem Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ anerkannt und mit entsprechenden Zielen formuliert.

2 Aspekte der Wochenbettbetreuung aus unterschiedlichen Perspektiven

2.1 Sicht der Frau

Das Wochenbett stellt eine sensible Phase für die Frau und für die gesamte Familie dar. Es ist eine Zeit des Kennenlernens, der Veränderungen, der gegenseitigen Rücksichtnahme und der elterlichen Rollenfindung. Die Familie benötigt hierfür einen geschützten Rahmen, in dem Ruhe, Zeit und Fürsorge für das Zusammenwachsen gegeben ist. Dabei besetzt die Hebamme eine wichtige Schlüsselposition, deren Fokus auf physiologische Prozesse mit gesundheitsförderndem Ansatz liegt. Durch die Geburt eines Kindes sind die Eltern oftmals an einer stärkeren Ausrichtung hinsichtlich gesunder und natürlicher Lebensführung interessiert.

In unserer Gesellschaft sind die Frauen durch ein breitflächiges Informationsangebot in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit bestens vorbereitet und tragen

¹ Vgl. Mergeay, C., Wochenbett, 2009, S. 6-8.

² Vgl. Sayn-Wittgenstein, F. zu, Geburtshilfe, 2007, S. 116-117.

ihre Wünsche, Erwartungen und Vorstellungen an die Fachprofessionen heran. Die Wochenbettbetreuung ist dabei ein wichtiger Baustein in der Planung der zukünftigen Eltern. Jedoch wird die Versorgungssituation im klinischen Setting, ausgelöst durch gesundheitspolitische und ökonomische Fallstricke, immer problematischer. Den Fallpauschalen geschuldete verkürzte Liegezeiten, fehlendes Fachpersonal und ein hoher Aufwand an fachfremden Tätigkeiten erschweren die individuelle und bedürfnisangepasste Betreuung.³ Daraus resultiert eine verstärkte Auslagerung in die ambulante Wochenbettbetreuung durch die Hebamme. Dies wird besonders deutlich, da aufgrund einer durchschnittlichen Verweildauer von 3,7 Tagen und der damit einhergehenden zunehmenden ambulanten Versorgung des Gesundheitswesens die Familien auch im Bereich der Hebammenhilfe verstärkt Unterstützung einfordern.⁴

Die Frauen sehen die Hebamme als Expertin für die Gesundheitsversorgung von Mutter und Kind, die bedürfnis- und ressourcenorientiert arbeitet und ihnen die nötige Sicherheit gibt.⁵

Im Rahmen der Wochenbettbetreuung, kann die Frau - ortsunabhängig - individuell die Leistungen der Beratung, Hilfestellung und Information durch die Hebamme dosieren.⁶

2.2 Gesellschaftliche Sicht

In den letzten Jahren werden in Deutschland wieder mehr Kinder geboren, allein 2016 waren es sieben Prozent mehr als im Vorjahr. Im fünften Jahr in Folge hat sich der Trend damit fortgesetzt.⁷ Der Wunsch nach einem oder einem weiteren Kind ist allerdings größer als die tatsächliche Kinderzahl. Hier öffnet sich ein Potenzial, wenn Hebammen stärker als bisher in die Beratung zur Familienplanung einbezogen werden, was zu ihrem Berufsbild gehört.

Selbst eine weitere Steigerung der Geburtenrate, wie sie zuletzt erfolgte, kann den demografischen Wandel nicht umkehren, höchstens abmildern. Weniger, bunter, älter – die demografische Entwicklung sorgt auch für Menschen in der Lebensmitte für Veränderungen mit mehr Belastung. Davon sind junge Familien genauso betroffen wie Hebammen. Für Familien bedeutet dies immer öfter neben der Versorgung der eigenen Kinder zunehmend die Pflege der eigenen Eltern oder Großeltern sicherzustellen.⁸

³ Vgl. Grieshop, M., Wochenbett, 2013, S.193.

⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit, 2017, S. 27.

⁵ Vgl. Ayerle, G. M. et al., hebammenrelevante Versorgung, 2016, S. 22-23.

⁶ Vgl. Grieshop, M., Wochenbett, 2013, S.193.

⁷ Vgl. Onlinpaper Welt, Geburtenziffer, 2018, o. S.

⁸ Vgl. Tiedemann, B., Familie, 2014, S. 1-4.

Gleichzeitig bricht die Unterstützung der Großfamilie für junge Eltern weg. Die Geburtenrate je Frau in Deutschland hat 2015 eine leichte Steigerung auf 1,5 erfahren und lag seit Jahren zuvor bei knapp 1,4.⁹

Im Wochenbett können junge Eltern immer seltener auf Erfahrungen und Vorbilder aus ihrem direkten Umfeld zurückgreifen. Dem Bedarf an Antworten auf medizinische, psychosoziale wie auch alltägliche Fragen werden Quellen wie das Internet mit seiner ungefilterten Informationsflut nicht unbedingt gerecht.

Die Wochenbettbetreuung durch Hebammen hat einen hohen Bekanntheitsgrad, wird aber dennoch von jungen Frauen und Frauen mit niedrigem sozialen Status seltener in Anspruch genommen. Eine flächendeckende Versorgung sollte gerade unter Beachtung dieser Umstände geplant werden.

Welches Potenzial in einer fachkompetenten Wochenbettbetreuung volkswirtschaftlich stecken kann, soll hier am Beispiel Wochenbettdepression kurz aufgezeigt werden. Psychische Erkrankungen im Wochenbett treten nicht selten auf, beeinflussen die Eltern-Kind-Bindung und können die Kindesentwicklung negativ beeinträchtigen.¹⁰ Um einem chronischen Verlauf einer postpartalen Depression vorzubeugen, ist es wichtig Hinweise frühzeitig zu erkennen und Unterstützungs- und Therapieangebote zugänglich zu machen.¹¹ Hier kommt der Hebamme in der Wochenbettbetreuung ein hoher Stellenwert zu.

2.3 Blick auf die Aufgaben und Rolle der Hebamme in der Überwachung des Wochenbettes – Kompetenzen und Fertigkeiten

Die komplexen Vorgänge im Prozess des Mutter-Werdens/der Familienbildung benötigen ein breites Fachwissen, das laufend aktualisiert, neu beurteilt und in die Praxis umgesetzt werden muss.

Kenntnisse über die physiologischen Systeme und Prozesse – wie Anpassungsprozesse, hormonelle und neurophysiologische Systeme – sind die Grundlagen, auf deren Basis die Hebamme handelt. Das Wissen um Einflüsse des Verhaltens, aber auch die der Umwelt auf diese Prozesse ist bedeutend. Studienergebnisse belegen, dass früh entlassene Frauen bei regelmäßiger Hebammenbetreuung weniger postnatale Depressionen und eine größere Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung erleben und sich sicherer im Umgang mit dem neugeborenen Baby und in ihrer Mutterrolle fühlen.¹²

⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Geburtenziffer, 2018, o. S.

¹⁰ Vgl. Universitätsklinikum Heidelberg, Postpartum-Studie, 2018, o. S.

¹¹ Vgl. Bürmann, C. et al., Postpartale Depression, 2014, S. 1-8.

¹² Vgl. Grieshop, M., Gesundheitsverhalten, 2013, S. 62 ff.

Für die kompetente Betreuung im Wochenbett sind darüber hinaus Kenntnisse der spezifischen Kompetenzen des Kindes bereits als Ungeborenes, während der Geburt sowie als Neugeborenes und als Säugling wichtig, da dieses Wissen Voraussetzung für die Bindungsförderung und das Infant-Handling ist.¹³ Ebenfalls sind Kompetenzen in der Betreuung bei Verlust- und Krisensituationen von hoher Bedeutung. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Betreuung durch Hebammen ist die Stillförderung im Hinblick auf die Gesundheit der Mutter und des Kindes. Auch hier sind die positiven Auswirkungen wie die Verringerung der Wahrscheinlichkeit für das Auftreten verschiedener Erkrankungen wie Adipositas, allergischer Erkrankungen wie Asthma oder atopische Dermatitis¹⁴ sowie ein verringertes Risiko für SIDS ebenfalls belegt.¹⁵

Die Aufgaben und Tätigkeiten der Hebamme zeichnen sich durch hohe Komplexität und Verantwortung aus. Die Entscheidungskompetenzen der Hebamme umfassen fachliche wie überfachliche Bereiche und orientieren sich grundsätzlich an der evidenzbasierten Medizin. Die Hebamme handelt weisungsfrei und ist Fachfrau für den Prozess der Mutterschaft, für die Phase der Familienbildung sowie für Lebensabschnitte mit frauenspezifischen Gesundheitsveränderungen. Somit betreut, versorgt und berät die Hebamme die Frau vor und während der Schwangerschaft, bei Fehlgeburt und Totgeburt, in der Geburtsvorbereitung, während der Geburt, während des frühen und späten Wochenbetts, während der Rückbildung, während der Stillzeit sowie bei Fragen zu Konzeption und Kontrazeption.¹⁶

2.4 Vernetzung und Abgrenzung in der interdisziplinären Zusammenarbeit

Die professionelle Arbeit der Hebamme wird ergänzt durch Vernetzung und Kooperation mit anderen Berufsgruppen und erfordert klare Abgrenzungen zur deren Rollen und Kompetenzen in der Betreuung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Eine kontinuierliche Hebammenbetreuung beugt einer fragmentierten medizinischen Versorgung in den einzelnen Phasen vor. Als geburtshilfliche Expertin ist die Hebamme die einzige Fachperson, die eine umfassende, kontinuierliche Begleitung und Versorgung von der Konzeption bis zum späten Wochenbett und dem Ende der Stillzeit anbietet. Diese Leistungen erbringt sie in Eigenkompetenz und -verantwortung. Somit wirkt ihre Arbeit der Gefahr entgegen, dass es bei einer fragmentierten Begleitung einerseits zu Unterversorgung

¹³ Vgl. Graf, S., Hurni, A., Wochenbett, 2014, S. 12.

¹⁴ Vgl. BMG, Nationales Gesundheitsziel, 2017, S. 48.

¹⁵ Vgl. BMG, Nationales Gesundheitsziel, 2017, S. 48.

¹⁶ Vgl. Graf, S., Hurni, A., Wochenbett, 2014 S. 12.

(durch nicht ausreichende Pflege, Behandlung oder Beratung) oder andererseits zu Überversorgung (durch hochtechnische und medizinische Interventionen bei einem gesunden Zustand) kommt.¹⁷

Verschiedene internationale Untersuchungen zeigen, dass die kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung zu niedrigeren Interventionsraten und zufriedeneren Frauen führt.¹⁸ Eine Übersichtsstudie zeigt bei Hebammenbetreuungsmodellen im Vergleich zu den üblichen Modellen die besseren Gesundheitsergebnisse für Frauen und Kinder auf. Die Autorinnen und Autoren kommen zum Schluss, dass allen Frauen eine hebammengeleitete Begleitung, Überwachung und Pflege angeboten werden soll, verbunden mit der Ermutigung zur Annahme dieses Angebots. Die Vorteile sind bezüglich Sicherheit, Effektivität, körperlichem und psychosozialen Outcome klar gegeben.¹⁹

Die Hebamme kennt ihren Kompetenzbereich und dessen Grenzen. An den Schnittstellen der verschiedenen Fachdisziplinen kommt der Hebamme eine Schlüsselrolle zu. Für gesunde Frauen und Kinder übernimmt sie die vollumfängliche, kontinuierliche Zuständigkeit und verantwortet dabei die Maßnahmen zur Förderung des regelrechten Verlaufes. Bei regelabweichendem oder pathologischem Verlauf koordiniert sie die Zusammenarbeit mit zuständigen Fachpersonen (z. B. aus Gynäkologie, Medizin, Psychologie, Körpertherapie) und überweist die Frauen bei Bedarf an diese. Dabei verantwortet sie notwendige hebammen-spezifische Maßnahmen und fördert weiterhin die regelkonformen Anteile der Prozesse. Das Ziel einer interdisziplinären Zusammenarbeit besteht in der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Frau, des Kindes und der Familie sowie in der Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung.

2.5 Aspekte der Salutogenese

Der Begriff der Salutogenese ist komplementär zu dem Begriff der Pathogenese (griech. páthos = Schmerz, Leid), der die Lehre der Entstehung von Krankheit bezeichnet. Die Salutogenese beinhaltet die Frage, wie ein Organismus es schafft gesund zu wachsen, sich zu entwickeln und zu vermehren. Dies erfordert eine dynamische, aufeinander abgestimmte Ordnung (= Kohärenz).²⁰ Das daraus entstehende Kohärenzgefühl setzt sich aus drei

¹⁷ Vgl. Graf, S., Hurni, A., Wochenbett, 2014, S. 13.

¹⁸ Vgl. Sandall, J. et al., Cochrane Geburtshilfe, 2013, o. S.

¹⁹ Vgl. Sandall J. et al., Cochrane Versorgungsmodelle, 2016, o. S.

²⁰ Vgl. Antonovsky, A., Salutogenese, 1997, S. 8-26.

Aspekten zusammen: Das Verständnis über die Zusammenhänge der Geschehnisse, das Wissen darüber, dass die Geschehnisse zu bewältigen sind, und die Überzeugung, dass alles einen Sinn ergibt. Dadurch kommt es zu einer größeren Akzeptanz.

Die Hebamme hat mit dem Konzept von Salutogenese und Kohärenz ein wertvolles Instrument für die Diagnose, die Prognose sowie für Betreuungsmöglichkeiten. Der Schwerpunkt liegt hier auf dem Erkennen und Fördern der physiologischen Prozesse innerhalb der Mutterschaft, um ein Gleichgewicht zu erreichen. Diese Betrachtungsweise gilt auch für die Zeit des Wochenbetts. „Indem die Hebamme die Säulen der Gesundheit nutzt, um mit ihren Sinnen Mutter und Kind zu beobachten und zu begleiten, bekommt sie ein realistisches Bild der Situation. Wenn sie Ressourcen und Symptome in den Kontext der Salutophysiologie einordnet, kann die Hebamme ruhiger und gelassener sein. Dies führt zu einem verstärkten Gefühl des Vertrauens in die Prozesse von Mutter und Kind und zur Sicherheit gegenüber eigenen Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten. Es entspricht der Berufsethik von Hebammen, Frauen und Kinder in ihrer Eigenverantwortung und Unversehrtheit zu unterstützen. So werden sowohl Hebammen wie auch die von ihnen begleiteten Frauen in ihrem Sicherheitsgefühl und ihrem Vertrauen gestärkt. Ein sich selbst positiv verstärkender Kreislauf entsteht.“²¹

Somit wird der Aspekt der Selbstwirksamkeit für die Mutter berücksichtigt und die Bindungsförderung zwischen Mutter und Kind unterstützt. Dies trägt dazu bei, eine Basis zu bilden, auf der Mütter- und Kindergesundheit wachsen kann.

3 Qualitätsmerkmale und Orte der Wochenbettbetreuung

Die Qualität der Wochenbettbetreuung ist unabhängig vom Ort der Leistungserbringung festgelegt. So steht der primär aufsuchenden Betreuung die Wochenbettbetreuung als ambulante Leistung – sogenannte nicht-aufsuchende Betreuung – als Ergänzung zur Verfügung. Damit wird ein Instrument bereitgestellt, das dem zunehmenden Mangel in der Versorgung von Wöchnerinnen entgegenwirkt und auch verhindert, dass einer weiteren Fragmentierung der physiologischen Prozesse im Wochenbett durch verschiedene und zum Teil deutlich geringer qualifizierte Berufsgruppen Vorschub geleistet wird.

Während die nicht-aufsuchende Betreuung im späten Wochenbett durchaus auch einen Benefit für die betreuten Familien bedeuten kann, so ist im frühen Wochenbett – definiert als die Zeit der ersten zehn Tage nach der Geburt des Kindes – in jedem Fall die aufsuchende

²¹ Landwehr, B., Salutogenese, 2015, o. S.

Wochenbettbetreuung im häuslichen Umfeld der Frau zu fördern. Verschiedene internationale Studien belegen, dass Säuglinge deutlich weniger medizinische Notfallversorgung benötigten, wenn ihre Mütter mehr postnatale Hausbesuche erhielten. Mehr Hausbesuche könnten ebenso mehr Mütter ermutigt haben, ihre Säuglinge ausschließlich zu stillen.²²

Dem individuellen Verlauf entsprechend kann unter Umständen der präventive Charakter der Betreuung nur im häuslichen Umfeld erreicht werden, so dass auch über die ersten zehn Tage hinaus die aufsuchende Wochenbettbetreuung zur Verfügung stehen sollte.

Die außerhäusliche Versorgung kann für Frauen, die aus persönlichen oder kulturellen Gründen einen Hausbesuch ablehnen, die notwendige Versorgung mit Hebammenhilfe sichern. Aber auch die in Einrichtungen stattfindende Kommunikation und Bildung von sozialen Netzwerken kann einen positiven Effekt für die Mütter und Familien bedeuten, da die Kontaktaufnahme mit Menschen in identischen Lebenssituationen stärkend wirken kann.

Mit der Einrichtung von Wochenbettambulanzen werden Konzepte geschaffen, die kurzfristig der zunehmenden Unterversorgung von Frauen in der Wochenbettbetreuung entgegenwirken. Um eine flächendeckende und wohnortnahe Betreuung der Frauen weiterhin zu gewährleisten, müssen innovative Versorgungsmodelle entwickelt werden.

3.1 Qualifikation

Das Hebammengesetz²³ ist die gesetzliche Grundlage für die Ausbildung zur Hebamme. Zudem sind darin verpflichtende Regelungen zur Berufsausübung enthalten. Es ist klar definiert, wem die Erlaubnis erteilt wird die Berufsbezeichnung „Hebamme“ zu tragen. In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger²⁴ sind die Inhalte der theoretischen und praktischen Ausbildung festgelegt. Im Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung²⁵, welches in zahlreichen Hebammenschulen und Studiengängen eingesetzt wird, wurden auf Basis der in der EU-Richtlinie 2005/36 EG genannten Tätigkeiten von Hebammen und aufgrund empirischer Untersuchungen Kompetenzen beschrieben, die Hebammen im Rahmen ihrer Qualifikation erlernen sollen. Die Aufgaben der Hebamme sind durch die EU-Richtlinie und die Berufsordnungen für Hebammen der Bundesländer genau festgelegt. Die von der Europäischen Union (EU) 2013 beschlossene

²² Vgl. Yonemoto N. et al., Wochenbett, 2017, o. S.

²³ Vgl. HebG, Hebammengesetz, 1985, S. 1-9.

²⁴ Vgl. HebAPrV, Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger, 1981, S. 1-20.

²⁵ Vgl. Deutscher Hebammenverband e. V., Rahmencurriculum, 2008.

Änderung der EU-Richtlinie 2005/36 EG (Richtlinie 2013/55/EU) begründet die Notwendigkeit der Neuausrichtung bestehender Ausbildungsstrukturen im Hebammenwesen.²⁶ Die beschlossenen Änderungen können nur durch eine vollständige Überführung der Berufsausbildung an die Hochschulen umgesetzt werden. Die EU begründet dies vor dem Hintergrund der steigenden Herausforderungen an das Gesundheitssystem mit der Notwendigkeit einer besseren Vorbereitung der Hebammen auf ihre anspruchsvolle Tätigkeit. Die gesellschaftlichen Veränderungen führen zu immer komplexeren Aufgaben und veränderten Versorgungsstrukturen für alle Gesundheitsfachberufe und besonders auch in der Geburtshilfe. Als letztes Land in Europa ist daher auch in Deutschland die zeitnahe Reform der Hebammenberufsgesetze zwingend erforderlich.

3.2 Qualitätssicherung

Die freiberuflich arbeitende Hebamme ist als Leistungserbringerin innerhalb des SGB V §134a vertraglich verpflichtet, die Qualität ihrer Arbeit zu sichern und weiterzuentwickeln. Qualitätssicherung muss im Rahmen eines Qualitätsmanagements nachvollziehbar sein und die Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität müssen definiert werden und entsprechend der Bedarfe der Versicherten messbar sein. Die Hebammenarbeit muss beschrieben, dokumentiert und evaluiert werden.

Für die außerklinische Geburtshilfe findet eine quantitative Qualitätssicherung über die „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe“ (QUAG e. V.) statt. Hebammen, die außerklinische Geburten betreuen, sind verpflichtet, an der Erfassung aller Geburten durch QUAG e. V. teilzunehmen. Diese Daten fließen in einen jährlichen bundesweiten Bericht ein und dienen als Grundlage einer Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur mit außerklinischer Geburtshilfe in Deutschland. Sie belegen darüber hinaus eine differenzierte Entscheidung der Hebammen und Schwangeren für eine außerklinische Geburt.

Instrumente zur Qualitätssicherung und zum Risikomanagement sind Fortbildungen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Qualitätszirkel, aktive Mitgliedschaft im Berufsverband oder Fachorganisationen, so wie ein Critical Incident Reporting and Learning System (CIRLS) als Instrument im Umgang zum Fehlermanagement.

Weitere Regelungen zur Qualitätssicherung sind in den jeweils geltenden Berufsordnungen vorgesehen, die die Fortbildungspflicht länderspezifisch festlegen.

²⁶ Vgl. Europäische Parlament und Rat der EU, Richtlinie 2013/55/EU, 2013, S. L354/134-138.

4 Resümee

Aufsuchende Wochenbettbetreuung im häuslichen Umfeld erreicht Familien in ihrem Sozialsraum und stellt damit einen entscheidenden Faktor zur Prävention dar. Verstärkt werden kann der Effekt durch kontinuierliche Betreuung an Stelle von Einzelmaßnahmen, wo situationsangepasst unter Beachtung der Gesamtsituation und Diversität gesundheitsfördernde Lebensweisen aufgezeigt werden können.²⁷ In Kombination mit weiteren Angeboten wie Wochenbettambulanzen, Sprechstunden, Kursen zur Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik sowie Eltern-Kind-Gruppen besteht die Möglichkeit, Familien über mehrere Wege und damit nachhaltiger zu erreichen. Voraussetzung ist die Verfügbarkeit und bedarfsgerechte Inanspruchnahme durch die Zielgruppen.

Die Abrufbarkeit dieser Versorgungsleistungen ist zurzeit ein häufig diskutiertes Thema. Einerseits verfügt das deutsche Gesundheitssystem über ein hochwertiges medizinisches Versorgungsspektrum, dessen Zugang für fast jede Bürgerin und jeden Bürger gesichert ist.²⁸ Andererseits kann die Nachfrage dieser Versorgungsleistungen momentan nicht flächendeckend gewährleistet werden. Die freiberuflich tätige Hebamme befindet sich in einem Spannungsfeld zwischen Erfüllung eines bedürfnisorientierten und evidenzbasierten Betreuungskonzeptes auf der einen Seite, und einer zunehmenden Arbeitsverdichtung auf der anderen Seite. Das führt zu einer Ausdünnung im außerklinischen Sektor. Eine solche Entwicklung schwächt die bedarfsgerechte Versorgung von Familien. Folglich müssen Frauen und Familien mit einer geringeren Kapazitätsrate für sämtliche hebammenrelevanten Versorgungsleistungen im außerklinischen Bereich rechnen.

Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass der Hebammenmangel dazu führt, dass die einzelne Hebamme überlastet ist und die Versorgungsqualität durch die hohe Betreuungsquote sinkt.

5 Forderungen

Das vorrangige Ziel der Wochenbettbetreuung durch die Hebamme ist die Erhaltung bzw. Verbesserung der Gesundheit von Mutter und Kind, bzw. der Familie in den ersten Wochen nach der Geburt. Die Familie sollte gestärkt und mit gewonnenem Selbstvertrauen aus der oft krisenhaften Wochenbettzeit hervorgehen.

Durch die frühzeitige Entlassung der Frauen aus der Klinik fallen dem Frühwochenbett besondere Bedeutungen zu. In dieser Zeit sind die Rückbildungs- und Heilungsprozesse noch

²⁷ Vgl. GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, 2017, o. S.

²⁸ Vgl. Busse et al, Gesundheitssystem, 2013, S. 271.

nicht abgeschlossen und Störungen, die nicht erkannt werden, können schwerwiegende Folgen für die Gesundheit der Mutter haben.

Um der Forderung einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung nachzukommen, müssen die Arbeitsbedingungen für Hebammen attraktiver gestaltet werden. Es ist ein dringender Handlungsbedarf angezeigt, um langfristig die Versorgungssituation durch innovative Ideen mit einer angemessenen Vergütung, gestützt auf evidenzbasierten Betreuungskonzepten flächendeckend zu ermöglichen und abzusichern. Gefordert werden neue Arbeitsmodelle für den Berufsstand, in der die Vereinbarkeit von Privatleben/Familie und Beruf berücksichtigt werden und somit Potenziale freigegeben werden, die die Hebammen in den Beruf zurückkehren lassen.

Die Hebamme übernimmt in der Begleitung der Familien eine wichtige Funktion als Schnittstellenfigur sowie als Multiplikatorin. Aufgrund ihrer fachlichen Expertise gewährleistet sie eine kontinuierliche Begleitung und ist in der Lage, sektoren- und settingübergreifende Versorgungsangebote zu unterbreiten. Der niedrighschwellige Zugang für die Nutzerinnen sollte durch eine zu geringe Hebammendichte nicht gefährdet werden. Besonderes Augenmerk gilt hier dem Einsatz anderer Berufsgruppen, die den Versuch unternehmen, nicht abrufbare Versorgungsleistungen für die Nutzerinnen anzubieten. Das Tätigkeitsfeld einer Hebamme wird dabei unterwandert und es wird abermals der Fragmentierung physiologischer Prozesse Vorschub geleistet (siehe 2.4). Hier sollten neue Wege beschritten werden, die dieser Entwicklung entgegensteuern können. Im Zeitalter digitaler Medien ist die Telemedizin eine alternative Möglichkeit. Der Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnologie kann unterstützend und entlastend für Arbeitsprozesse genutzt werden. Digitale Beratungsportale sind nur ein Beispiel für den Einsatz im Gesundheitssystem. Als unterstützende Prozesse können sie durchaus gewinnbringend sein.

Daraus ergeben sich folgende Forderungen, um eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung mit qualitativ hochwertiger und qualifizierter Hebammenhilfe sicherzustellen:

- attraktivere Arbeitsbedingungen für Hebammen; dazu gehören:
 - innovative Konzepte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf;
 - zügige Umsetzung der Akademisierung des Hebammenberufes entsprechend der Richtlinie 2013/55/EU;
 - eine angemessene Vergütung der Leistungen;
- niedrighschwelliger Zugang für die Nutzerinnen;
- sektoren- und settingübergreifende Versorgungsangebote;

- kein Einsatz anderer Berufsgruppen im Bereich der originären Hebammentätigkeiten;
- Partizipation an Entwicklungen der Telemedizin;
- bei Bedarf Zugang zu spezialisierten Diagnostik und Therapie-Angeboten ohne Zeitverlust;

Verschiedene Untersuchungen belegen deutlich die Bedeutung der Hebamme als Expertin für den gesamten Betreuungsbogen in der Prävention und Gesundheitsförderung. Als Gesellschaft sollte es uns wichtig sein, diese Möglichkeit der Betreuung durch die Hebamme zu erhalten und zu fördern, damit die guten Ergebnisse der Wochenbettbetreuung erhalten bleiben und nicht in Einzelleistungen verschiedener - und teilweise geringer qualifizierter - Berufsgruppen aufgegliedert werden.

Anhang

Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 a SGB V Anhang 1.2 Leistungsbeschreibung (Stand September 2017)

Mutter:

- Unterstützung zur Förderung des regelrechten Wochenbettverlaufs
- Erheben und Auswerten der Vitalzeichen und des Allgemeinzustands
- Kontrolle und ggf. Unterstützung der Rückbildung der genitalen und extragenitalen schwangerschafts- und geburtsbedingten Veränderungen
- Begutachtung und Pflege von Geburtsverletzungen oder Kaiserschnittnaht
- Inspektion und Pflege der Brust (z. B. Hilfe bei Milchstau, drohender Brustentzündung und wunden Brustwarzen)
- Wochenbetthygiene
- Beratung, Durchführung und Anleitung zu Wochenbettgymnastik, (z. B. Inkontinenz, Thromboseprophylaxe)
- Nachbesprechung der Geburt
- Stärkung der Elternkompetenzen, der Bindungssicherheit und des Zusammenwachsens der Familie/Veränderungen der Lebenssituation
- Durchführung besonderer Maßnahmen auf ärztliche Anordnung
- ggf. besondere Unterstützung bei der Verarbeitung traumatischer Schwangerschafts- oder Geburtserfahrungen und -situationen

Kind:

- Erheben und Auswerten der Vitalzeichen und des Allgemeinzustandes
- Information zum NG-Screening, U2/U3, Prophylaxen und Impfungen
- Gewichtskontrolle
- Nabelpflege
- Kontrolle der Ausscheidungen
- visuelle Bilirubinkontrolle
- Handling und praktische Anleitung zur Säuglingspflege, Unfallprävention (z. B. Gefahren am Wickeltisch, Haustiere)
- Erkennen von Bedürfnissen und Problemen, Beobachtung, Anzeichen, Maßnahmen
- Information zur Kariesprophylaxe

Laktation, Stillen und Ernährung des Kindes:

- Regulation der Laktation
- Beobachtung, Information, Anleitung und Unterstützung vor, während und nach der Mahlzeit des Kindes
- Information und Anleitung zu Stillpositionen/Anlegetechnik und dem angemessenen Umfeld zum Stillen
- Anleitung zur Milchgewinnung und Aufbewahrung der gewonnenen Muttermilch
- Unterstützung in besonderen Stillsituationen der Wöchnerin und des Kindes/der Kinder
- Informationen zu Allergieprophylaxe durch Stillen bzw. Ernährung und über den Übertritt von Substanzen in die Muttermilch
- ggf. Anleitung zur Zubereitung der Nahrung und zum Umgang mit Flaschen und Saugern

Besondere Situationen in der Wochenbettbetreuung

Frühgeburt

- Betreuung der Mutter
- Förderung des Bondings
- Anleitung zum Stillen eines frühgeborenen Kindes, Unterweisung im Abpumpen der Muttermilch, Hinweise zur Aufbewahrung, zum Transport und zu Hygienemaßnahmen
- Anleitung zur Steigerung der Milchbildung (einschließlich Stressverarbeitung und Ruhe)
- Erläuterung medizinischer Maßnahmen
- Eingehen auf die besondere Problematik der Frühgeburtlichkeit
- Unterstützung der Eltern bei der Verarbeitung der Frühgeburt
- Beratung zu Hintergründen und zur Prophylaxe der Frühgeburtlichkeit
- Information zur psychomotorischen Förderung
- interdisziplinärer Austausch mit Kinderarzt/ärztin, Krankengymnastik, Frühförderung

Suchtmittelgeschädigte, kranke oder behinderte Kinder

- Förderung des Bondings und der Stillbeziehung
- Unterstützung der Eltern in der Aufarbeitung ihrer jeweiligen Situation
- Aufklärung über präventive Möglichkeiten

- Information über weiterbetreuende Einrichtungen und Selbsthilfegruppen
- Beratung zu rechtlichen und finanziellen Hilfen

Interruptio, Fehl- oder Totgeburt

- Unterstützung beim Abstillen
- Information über die Möglichkeit und Organisation einer Bestattung
- Unterstützung und Begleitung des Trauerprozesses
- Information zu Hintergründen
- Hinweise auf weiterführende Institutionen und Selbsthilfegruppen

Adoption oder Annahme eines Pflegekindes

- Unterstützung der Bindung zwischen Eltern und Kind
- ggf. Stillanleitung und Beratung
- Informationen über weiterbetreuende Einrichtungen und Selbsthilfegruppen

Sekundärheilung einer Dammverletzung

Die Sekundärheilung ist eine Abheilungsstörung infolge einer bakteriellen Infektion einer Dammverletzung oder eines Damm-/Scheidenschnittes. Der verzögerte Prozess macht eine längerfristige Wundpflege notwendig. Ggf. muss die Verletzung mit Heilungsstörung erneut operativ versorgt werden. Nach der so genannten Sekundärnaht besteht zusätzlich ein erhöhter Pflegebedarf. Zur Förderung der Wundheilung steht neben den hier aufgelisteten Maßnahmen die Sicherstellung der körperlichen Schonung und Ruhe der Wöchnerin im Mittelpunkt der Bemühungen.

- Überwachung des Heilungsvorganges
- Anleitung zur Pflege der Wunde
- ggf. Entfernung des Nahtmaterials
- Anleitung zum Stillen unter körperschonenden Bedingungen
- Information der Familie über das Ruhebedürfnis der Wöchnerin
- Beratung zur Organisation des Familienalltags
- Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe- oder Familienpflege
- Informationen
 - zur sekundären Wundversorgung
 - zum dammschonenden Vorgehen bei einer späteren Geburt
 - über Beratungs- und Selbsthilfeeinrichtungen
 - Anleitung zur kreislaufstabilisierenden und thromboseprophylaktischen Gymnastik

- Beratung zur Sexualität
- Kooperation mit dem betreuenden Arzt*in oder Krankenhaus
- psychosoziale Beratung zur Vorbereitung auf den evtl. erneuten operativen Eingriff

Sectio (Kaiserschnitt)

- Pflege der Naht und Überwachung des Heilungsprozesses
- Anleitung zur Thromboseprophylaxe
- Anleitung zur schonenden post-operativen Lebensführung
- ggf. Kontrolle der Laborparameter veranlassen
- Förderung des Bondings und der Stillbeziehung

Frauen in besonderen Situationen benötigen vermehrte Betreuung, z. B.: alleinerziehende junge Mütter, Mütter mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen, Migrantinnen, wohnungslose Frauen und obdachlose Frauen.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (Salutogenese, 1997): Zur Entmystifizierung der Gesundheit, in: Franke, Alexa (Hrsg.), Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 36, Tübingen: Dgvt-Verlag, 1997, S. 8-26
- Ayerle, Gertrud M., Mattern, Elke, Lohmann, Susanne, Kirchner, Änne (hebammenrelevante Versorgung, 2016): Präferenzen und Defizite in der hebammenrelevanten Versorgung in Deutschland aus Sicht der Nutzerinnen und Hebammen: Eine qualitative explorative Untersuchung. Projektbericht (unveröffentlicht), Halle/Saale, 31.12.2016
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (Gesundheitsziel, 2017): Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt, Köln: Druckhaus Süd Medien GmbH, Januar 2017
- Busse, Reinhard, Blümel, Miriam, Ognnyanova, Diana (Gesundheitssystem, 2013): Das deutsche Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2013, S. 271
- Deutscher Hebammenverband e. V. (Rahmencurriculum, 2008): Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung, Karlsruhe, 2008
- Graf, Sabine, Hurni, Anja (Wochenbett 2014): Empfehlungen für die Betreuung im frühen und späten Wochenbett, Bern: Schweizerischer Hebammenverband, Sektion Bern (Hrsg.), 2014
- Grieshop, Melita (Wochenbett, 2013): Mütterliche Gesundheit nach der Geburt. Primär-präventive Versorgung im Wochenbett durch Hebammen, in: Makowsky, K, Schücking, B. (Hrsg.), Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2013, S.193
- Grieshop, Melita (Gesundheitsverhalten, 2013): Gesundheitsverhalten von Müttern nach der Geburt. Eine quantitative Studie zur Gesundheitsförderung durch Hebammen, Osnabrück, 2013 S. 62ff (Dissertation, Universität Osnabrück 2013)
- Mergeay, C. (Wochenbett, 2009): Respekt und Zeit für das Wochenbett, in: Deutsche Hebammenzeitschrift, 61. Jg. (2009) Nr. 8, S. 6-8
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, J., Shennan, A., Devane, D. (Geburtshilfe, 2013): Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women updated. Cochrane Database Syst Rev. Issue 8, doi:10.1002/14651858
- Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (Hrsg.) (Geburtshilfe, 2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland, Bern: Verlag Hans Huber, 2007, S. 116-117
- Statistisches Bundesamt (Gesundheit, 2017): Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2016, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Erschienen am 27.09.2017, Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017, S. 27

Internetquellen

- Bürmann, Claudia, Klärs, Gabriele, Möhrke, Barbara, Ernst, Christiane, Rüweler, Mareike, Kolip, Petra, Hornberg, Claudia (Postpartale Depression, 2014): Postpartale Depression tabuisiert, unterschätzt und unterversorgt (10-07-2014), http://frauenundgesundheit-nrw.de/wp-content/uploads/2014/08/Faktenblatt_PPD.pdf, (Zugriff 18-05-10, 11:45 MEZ)
- Europäische Parlament und Rat der EU (Richtlinie 2013/55/EU, 2013): Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems ("IMI-Verordnung") (2013-11-20), https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/ZAB/Richtlinien_der_EU/Aenderung_RL_2005_36EG_2013_11_20_RL_2013_55EU.pdf (Zugriff 18-07-26, 10:00 MEZ)
- GKV-Spitzenverband (Leitfaden Prävention, 2017): Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V aus dem Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. November 2017, (2017-11-27), https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2017_3/Leitfaden_Praevention_12-2017_P170262_final_V.pdf (Zugriff 18-05-10, 14:00 MEZ)
- HebAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger, 1981): in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1987 (BGBl. 929), die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden (03.09.1981) <https://www.gesetze-im-internet.de/hebapro/HebAPrV.pdf> (Zugriff am 2018-09-14, 10:00 MEZ)
- HebG (Hebammengesetz, 1985): Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger (Hebammengesetz – HebG) (1985-06-04) Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), das zuletzt durch Artikel 17b des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist, https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_1985/HebG.pdf (Zugriff am 2018-09-14, 09:45 MEZ)
- Landwehr, Birgit (Salutogenese, 2015): Hemmschuh oder hilfreich, in: Deutsche Hebammenzeitschrift, 67. Jg. (2015) Nr. 2, <https://www.dhz-online.de/archiv/archiv-inhalt-Heft/archiv-detail-leseprobe/artikel/hemmschuh-oder-hilfreich/> (Zugriff am 2018-06-05, 10:00 MEZ)
- Onlinepaper Welt (Geburtenziffer, 2018): Höchste Geburtenziffer in Deutschland seit 1973 (2018-03-28), <https://www.welt.de/politik/deutschland/article174957849/Hoehste-Geburtenziffer-in-Deutschland-seit-1973.html>, (Zugriff 18-05-10, 12:30 MEZ)
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (cochrane Versorgungsmodelle, 2016): Hebammengeleitete Kontinuitätsmodelle im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen für Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und der ersten Zeit der Elternschaft, (2016-04-28), <https://www.cochrane.org/de/CD004667/hebammengeleitete-kontinuitatsmodelle-im-vergleich-zu-anderen-versorgungsmodellen-fur-frauen-waehrend>, (Zugriff 18-06-02, 11:00 MEZ)

- Statistisches Bundesamt (Geburtenziffer, 2018): Zusammengefasste Geburtenziffer nach Kalenderjahren (2018), <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenZiffer.html>, (Zugriff 18-05-10, 10:00 MEZ)
- Tiedemann, Birte (Familie, 2014): Vereinbarkeit von Familie und Beruf (2014-08-11), <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/187837/vereinbarkeit-von-familie-und-beruf?p=all>, (Zugriff 18-05-10, 09:00 MEZ)
- Universitätsklinikum Heidelberg (Postpartum-Studie, 2018): Heidelberger Postpartum Studie: Epidemiologie postpartaler Angststörungen und Depressionen, Baby Blues, Bonding und mütterliche Selbstwirksamkeit „Depression und Angststörung im Postpartalzeitraum - Eltern-Kind-Beziehung, kindliche Entwicklung und Familienallianz“ <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Heidelberger-Postpartum-Studie.114284.0.html>, (Zugriff 18-05-10, 11:00 MEZ)
- Yonemoto N., Dowswell T., Nagai S., Mori R. (Wochenbett, 2017): Hausbesuche im ersten Zeitabschnitt nach der Geburt eines Säuglings (2017-08-02), <https://www.cochrane.org/de/CD009326/hausbesuche-im-ersten-zeitabschnitt-nach-der-geburt-eines-sauglings>, (Zugriff 18-06-16, 10:40 MEZ)