



Expertise des Bund Deutscher Hebammen e.V. im Rahmen der Anhörung vor dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24. August 2006 in Berlin zum Thema:

„Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen im Sinne einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung“

Karlsruhe, im August 2006

## 1. Grundlagen

In der öffentlichen Diskussion um das Gesundheitswesen und die beteiligten Berufsgruppen wird die Berufsgruppe der Hebammen<sup>1</sup> oft unter den Pflegeberufen subsumiert. Durch ihr autonomes Handlungsfeld, ihren gesetzlichen Grundlagen und der Charakteristik ihres Tätigkeitsprofils entsprechen Hebammen dem Profil eines Pflegeberufes aber nur bedingt. Um dies zu verdeutlichen werden im Folgenden kurz die Grundlagen des Hebammenberufes skizziert.

### 1.1 Rechtliche Grundlagen des Hebammenberufes

In Deutschland haben Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes das Recht auf Hebammenhilfe. Dieses Recht ist in den §§ 195 und 196 der Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911 festgehalten. Darüber hinaus unterliegen Ärztinnen und Ärzte nach § 4 des Hebammengesetzes von 1985 der Verpflichtung zu jeder Geburt – unabhängig von ihrem Schweregrad – eine Hebamme hinzuzuziehen. Im umgekehrten Fall besteht diese Verpflichtung, solange die Geburt normal verläuft, nicht. Diese Hinzuziehungspflicht ist im internationalen Vergleich einzigartig. Da neben Ärztinnen und Ärzten nur Personen mit der Berufsbezeichnung *Hebamme* oder *Entbindungspfleger* nach dem Hebammengesetz befugt sind Geburtshilfe zu leisten, gilt sowohl die Betreuung der klinischen und außerklinischen Geburt selbst als auch die Überwachung des klinischen sowie außerklinischen Wochenbettes in den ersten zehn Tagen nach der Geburt als vorbehaltene Tätigkeit der Hebammen (§4 Abs. 2).

Im Weiteren hält das Europäische Parlament mit dem Artikel 42 der Richtlinie 2005/36/EG (ehemals Artikel 4 der Richtlinie 155/88/EG von 1980) über die Anerkennung von Berufsqualifikationen die Tätigkeitsfelder der Hebammen während der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes fest [1]. Die Richtlinie 2005/36/EG wurde in den Hebammen-Berufsordnungen der einzelnen Länder umgesetzt. Hebammen sind somit an der gesundheitlichen Versorgung von Frauen in der reproduktiven Lebensphase maßgeblich bzw. gesetzlich verbindlich beteiligt.

---

<sup>1</sup> Mit der letzten Änderung des Hebammengesetzes wurde die Ausbildung auch für Männer zugänglich. Nach Abschluss der Ausbildung erhalten sie die Berufsbezeichnung ‚Entbindungspfleger‘. Aufgrund der mangelnden Präsenz männlicher Vertreter und zugunsten der besseren Lesbarkeit wird sich im weiteren Verlauf der Stellungnahme auf die weibliche Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ beschränkt.

## 1.2 Berufsbild der Hebamme

Hebammen wird in der Sicherung der kontinuierlichen Versorgung innerhalb der Gesundheitsdienste eine Schlüsselrolle zuerkannt [2]. Zu ihren Aufgaben zählen u.a. die Durchführung von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden, Durchführung von Geburtsvorbereitungskursen, Hilfeleistungen bei Fehlgeburten, Überwachung des Geburtsverlaufs und Durchführung eventueller Notfallmaßnahmen, Überwachung des Wochenbetts und der Stillzeit. Die Durchführungen und Überwachungen geschehen, solange keine pathologischen Veränderungen auftreten, eigenverantwortlich. Stellt die Hebamme Auffälligkeiten fest, ist sie verpflichtet die Schwangere bzw. Wöchnerin auf die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung hinzuweisen. Im Idealfall erfolgt die weitere Betreuung dann in Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten.

Hebammen treten in ihrem Wirken für eine bedürfnisorientierte Versorgung der Frauen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit ein. Mit der Vermeidung einer Überversorgung gesunder Frauen mit einem unkomplizierten Verlauf dieser Lebensphase und einer Unterversorgung von Frauen mit einem nachweislichen Risiko verfolgen sie einen Ansatz, der an einem Ansatz der Gesundheitsförderung ausgerichtet ist. Sie zielen in ihrem Handeln sowohl auf die Ressourcenstärkung zur Gesunderhaltung (Gesundheitsförderung) als auch auf die Krankheitserkennung und -vermeidung (Prävention). Dabei werden sie auf allen Interventionsebenen sowohl rein als auch kontextbezogen verhaltenspräventiv tätig.

## 2. Weichenstellung für die Professionsentwicklung

Die Vermeidung von Über- Unter- und Fehlversorgung und Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit stellen vor dem Hintergrund einer zunehmend medikalisierten und technisierten Geburtshilfe für den Bund Deutscher Hebammen besondere Herausforderungen dar, denen er sich im Sinne der Professionsentwicklung gestellt hat und weiterhin stellen wird. Im Folgenden werden Projekte dargestellt, die sowohl in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen in der reproduktiven Lebensphase als auch in der Professionsentwicklung eine Weichenstellung bedeuten.

## 2.1 Betreuungsmodell Hebammenkreißaal

In Deutschland finden über 98% aller Geburten im Krankenhaus statt. Die technische und medizinische Ausstattung des Kreißaals sowie personelle Ressourcen werden somit allen dort entbindenden Frauen vorgehalten, egal ob es sich um eine Hoch-Risikoschwangere oder um eine Schwangere mit einem physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf handelt. Die leichte Verfügbarkeit der Mittel scheint u.a. dazu zu führen, dass derzeit weniger als zehn Prozent aller Frauen, die eine komplikationslose Schwangerschaft erleben und die auch während der Geburt in der Klinik keines der, in einer Definition der WHO formulierten Risiken aufweisen, ohne Interventionen gebären [3]

Aufgrund dieser Problematik hat sich 1998 innerhalb des Berufsverbandes eine Arbeitsgemeinschaft gegründet, mit dem Ziel, das im Ausland bereits fest etablierte Betreuungsmodell Hebammenkreißaal in deutschen Kliniken zu implementieren.

### **Hebammenkreißaal:**

Ein Hebammenkreißaal ist eine geburtshilfliche Abteilung in einem Krankenhaus, in der (angestellte) Hebammen gesunde Schwangere vor und während der Geburt betreuen. Die Hebammen arbeiten in dieser Abteilung selbständig und eigenverantwortlich. Der Hebammenkreißaal ersetzt nicht den herkömmlichen Kreißaal, sondern stellt eine Erweiterung des geburtshilflichen Angebotes dar. Beide Abteilungen arbeiten in enger Kooperation miteinander, so dass gesunde Schwangere, die vor oder während der Geburt Komplikationen entwickeln, vom Hebammenkreißaal in die ärztlich geleitete Betreuung des herkömmlichen Kreißaals weitergeleitet werden können. Grundlage für die Beurteilung der Notwendigkeit einer Weiterleitung ist dabei ein interdisziplinär erarbeiteter Ein- und Ausschlusskriterienkatalog. Im Wochenbett werden die Frauen ebenfalls durch die Hebammen des Hebammenkreißaals betreut. Das Betreuungsmodell Hebammenkreißaal existiert u.a. in Schweden, Großbritannien, Dänemark, Österreich und der Schweiz, wobei aus diesen Ländern auch Studienergebnisse zu Interventionsraten, Zufriedenheit der Frauen und vereinzelt auch Wirtschaftlichkeitsanalysen vorliegen, die den Einsatz dieses Betreuungsmodells rechtfertigen.

Die Arbeitsgruppe „Hebammenkreißaal“ des Berufsverbandes wurde 2002 durch die wissenschaftliche Expertise der Fachhochschule Osnabrück, der Universität Osnabrück sowie der Universität Bremen erweitert. Im Juni 2003 wurde der erste Hebammenkreißaal in Bremerhaven eröffnet, der durch Professorinnen der genannten Hochschulen wissenschaftlich begleitet wird (Studienergebnisse werden Anfang 2007 erwartet). Mittlerweile existieren zwei weitere Hebammenkreißäle im Norden Deutschlands und zwei große Kliniken im Süden Deutschlands stehen unmittelbar vor der Implementierung. Auch hier ist eine wissenschaftliche Begleitung geplant.

Das Interesse für das Betreuungsmodell Hebammenkreißsaal wächst zunehmend, was aus bundesweit zahlreichen Anfragen von Klinikleitungen ersichtlich wird.

## **2.2 Gründung der „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.“ (QUAG)**

Um der Skepsis gegenüber der außerklinischen Geburtshilfe zu begegnen gründeten die beiden Hebammenverbände in Deutschland (Bund Deutscher Hebammen und Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands) im Jahr 1999 die „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.“ Ziele der Gesellschaft sind die Erhebung und Auswertung von Daten der außerklinischen Geburtshilfe, um zur Schaffung und Erhaltung optimaler Bedingungen in dieser beizutragen. Die methodische Beratung sowie die Datenauswertung wird durch das Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen in Hannover durchgeführt.

Obwohl es sich für die freiberuflich tätigen Hebammen um eine freiwillige Maßnahme handelt beteiligen sich mittlerweile fast 90% an der Erhebung. Hierzu wird zu jeder Geburt ein speziell gestalteter Dokumentationsbogen ausgefüllt. Neben den jährlichen erscheinenden Qualitätsberichten erfolgt im Herbst 2006 die Veröffentlichung eines 6 Jahresberichts mit annähernd 50 000 Datensätze aus der außerklinischen Geburtshilfe.

## **2.3 Berufsbegleitende Weiterbildung**

Die berufsbegleitende Weiterbildung „Hebamme/Entbindungspfleger für die pflegerische Leitung einer Station oder Einheit“ ist eine staatlich anerkannte Weiterbildungsmaßnahme, die vom Bund Deutscher Hebammen entwickelt und erstmalig von November 2003 bis April 2005 durchgeführt wurde. Ihre Konzeption ist die Reaktion des Berufsverbandes auf den Mangel an Weiterbildungsmaßnahmen, die auf die neuen Anforderungen in einer leitenden Position im Krankenhaus vorbereiten und zugleich hebammenspezifisch ausgerichtet sind. So zeigte eine Untersuchung, die vom Bund Deutscher Hebammen in Auftrag gegeben wurde, dass nur knapp die Hälfte der leitenden Hebammen in Deutschland zuvor an einem Leitungskurs teilgenommen hatte. Für

ca. 40% der Hebammen lag dieser Kurs länger als 10 Jahre zurück. Die Dauer der absolvierten Leitungskurse schwankte zwischen 3 und 12 Monaten [4].

Bei der Weiterbildung „Hebamme/Entbindungspfleger für die pflegerische Leitung einer Station oder Einheit“ handelt es sich um eine berufs begleitende Maßnahme, die insgesamt 720 Stunden, verteilt auf 18 Monate umfasst. Mit ihr sollen Hebammen mit ihren komplexen Leitungsaufgaben in den verschiedenen Bereichen ihres Arbeitsspektrums vertraut gemacht, zur Wahrnehmung mitarbeiterbezogener, hebammenspezifischer und betriebsbezogener Leitungsaufgaben befähigt und ihnen die zur Erfüllung dieser Aufgaben erforderlichen speziellen Kenntnisse, Fertigkeiten und Verhaltensweisen vermittelt werden.

#### **2.4 „Hebamme für Gesundheitsbildung“**

Annähernd jedes 105. Kind in Deutschland wurde im Jahr 2004 von einer minderjährigen Mutter geboren [5]. Bei jeder 16. Schwangerschaftsunterbrechung, die im Jahr 2004 vorgenommen wurde war die Betroffene ebenfalls minderjährig [6]. Diese Zahlen machen deutlich, dass die curriculare Verpflichtung der Grund- und weiterführenden Schulen bzgl. des Sexualkundeunterrichts mehr als berechtigt ist.

Hebammen fühlen sich in diesem Zusammenhang nicht nur in der Betreuung minderjähriger Schwangerer und Mütter, sondern auch in der Aufklärung von Kindern und Jugendlichen in einer besonderen Verantwortung. Aus diesem Grund konstituierte sich im Jahr 2001 innerhalb des Bund Deutscher Hebammen die Arbeitsgemeinschaft „Hebamme für Gesundheitsbildung“. Die Arbeitsgemeinschaft entwickelte für Hebammen neben einem Fortbildungsangebot auch altersentsprechende Unterrichtsentwürfe für Kinder und Jugendliche, sowie Informationsmaterial für die unterschiedlichen Bildungseinrichtungen. Diese zeigen mittlerweile bundesweit großes Interesse an der Unterrichtsgestaltung durch Hebammen.

Neben dem reinen Präventionsgedanken steht die Gesundheitsförderung im Vordergrund des Unterrichts durch Hebammen. Dank der Medien, allen voran Film- und Fernsehproduktionen werden nicht nur Kinder und Jugendliche geprägt von dem Konstrukt des „lebensbedrohlichen Zustands Schwangerschaft und Geburt“. Eine stillende Mutter sucht man in Vorabendserien und Spielfilmen ebenfalls vergeblich. So ist es nicht verwunderlich, dass sechs Monate nach der Geburt nur noch 9,8% der Kinder in Deutschland entgegen sowohl kinderärztlicher als auch WHO- Empfehlungen gestillt werden [7].

Mit dem Bemühen bereits Kindern im Kindergartenalter die Normalität von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit nahe zubringen wird ein ausgleichendes Moment zum derzeit vorherrschenden Risikokonzentrat in der Geburtshilfe geschaffen. Darüber hinaus kann die Thematisierung der schädigenden Wirkung von Alkohol, Nikotin und Drogen sowie die Bedeutung einer gesunden Ernährung Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund von Schwangerschaft und Muttermilchernährung besonders prägnant vermittelt werden.

Erfreulicherweise findet die Idee, Hebammen in die Gesundheitsbildung zu integrieren ganz allgemein immer mehr Beachtung. So ist in Kassel für das Jahr 2007 die wissenschaftliche Begleitung eines, vom Bund Deutscher Hebammen initiierten Projektes mit allen 3. bzw. 4. Grundschulklassen der Stadt geplant, die von Hebammen in einer kleinen Unterrichtsreihe unterrichtet wurden. Und auch Krankenkassen beauftragen vereinzelt Hebammen im Rahmen ihrer Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention Projekte mit Kindern und Jugendlichen zur Stärkung des Gesundheitsbewusstseins durchzuführen.

Die Finanzierung derartiger Projekte ist längst nicht immer geklärt und die Durchführung nur durch das Engagement einzelner Beteiligten gewährleistet. Eine einheitliche Regelung ist hier wünschenswert.

## **2.5 Konzept Familienhebamme**

Die aufsuchende Tätigkeit der Hebammen, stellt ein niedrighschwelliges Versorgungsangebot dar, wodurch insbesondere Familien aus vulnerablen Bevölkerungsgruppen profitieren. Dies konnte in der Evaluation eines Modellversuchs in Bremen aus dem Jahr 1980 nachgewiesen werden [8]. Bestandteil des Modellversuchs war eine achtmonatige vorherige Zusatzausbildung der Hebammen, die auf die Arbeit mit sozialbenachteiligten Familien vorbereitete.

Trotz der vorliegenden wissenschaftlich belegten positiven Auswirkungen des Modellprojektes in Bremen gelang es weder bundesweit noch im Land Bremen, Familienhe-

bammen als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen zu etablieren. Und so wurde auch die Qualifizierung zur Familienhebamme in Form einer Zusatzausbildung nicht weiterverfolgt.

Das Konzept der Familienhebamme wird regional sehr unterschiedlich bewertet. Aufgrund dessen gibt es derzeit auch keine einheitliche, verpflichtende Weiterbildung für Familienhebammen. Das Spektrum reicht von 9 Monaten Vollzeitfortbildung vor dem Einsatz, über selbst zu organisierende Einzelfortbildungen bis zum Arbeitsbeginn ohne jegliche Einarbeitung oder Fortbildung.

Die praktische Erfahrung zeigt, dass der Einsatz in Familien in besonderen Situationen wie niedriger sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund, Teenagerschwangerschaften, Suchtproblematik, Gewalterfahrungen etc. zunehmend gefordert wird und Hebammen hierfür im Sinne der Qualitätssicherung eine besondere Schulung erfahren müssen. Aus diesem Grund wurde vom Bund Deutscher Hebammen im Jahr 2005 ein Curriculum zur Weiterbildung zur Familienhebamme entwickelt, das in der familien- und bildungspolitischen Diskussion des Bundes und der Länder eine wichtige Grundlage darstellt.

Aufgrund der fehlenden Eingliederung der Hebammenausbildung in eine in Deutschland übliche Ausbildungssystematik (Berufs- oder Hochschulausbildung) kann die Qualifizierung zur leitenden Hebamme, Hebamme für Gesundheitsbildung und Familienhebamme bislang nur auf einem Fort- und Weiterbildungsniveau erreicht werden. Nicht zuletzt deshalb fordert der Bund Deutscher Hebamme seit den 1990er Jahren eine grundlegende Reform mit der Zielrichtung der Akademisierung der Erstausbildung auf Bachelor- und anschließenden spezifischen Qualifikationsangeboten auf Masterniveau.

## **2.6 Empfehlungen für die Schwangerenvorsorge durch Hebammen/ Empfehlungen zur Stillbegleitung durch Hebammen**

Mit der erstmaligen Entwicklung der „Empfehlungen für die Schwangerenvorsorge durch Hebammen“ im Jahr 2004 sowie der „Empfehlungen zur Stillbegleitung durch Hebammen“ im Jahr 2006 reagierte der Bund Deutscher Hebammen auf die vom Gesetzgeber in §135 Sozialgesetzbuch (SGB) V vorgeschriebene Verpflichtung zur Qualitätssicherungen. In beiden Fällen handelt es sich um wissenschaftlich abgeleitete Empfehlungen als erste Stufe in der Leitlinienentwicklung. Hebammen wird hier ein

Überblick über vorhandene Evidenzen gegeben, wonach sie ihr Handeln ausrichten (können).

Derzeit existieren als allgemeines Qualitätsbewertungsinstrument neben einigen von Fachgesellschaften erarbeiteten, themenspezifischen Leitlinien nur die Richtlinien zur ärztlichen Vorgehensweise in der Schwangerschaft und im Wochenbett (*Mutterschaftsrichtlinien*), an deren Entwicklung Hebammen nicht beteiligt werden. In der Formulierung der Richtlinien werden zugrundeliegende Evidenzen nicht ersichtlich und können somit von Medizinerinnen und Mediziner sowie Hebammen nicht eingesehen und auf ihre Aktualität überprüft werden. Die genannten Empfehlungen bieten durch ihre ausführliche Darstellung vorhandener Evidenzen für Hebammen eine wichtige Orientierung.

Als wünschenswert wird die gemeinsame Entwicklung von Leitlinien aller in die medizinische Betreuung von Schwangeren, Müttern und ihren Kindern involvierten Personen angesehen. Sollte dies in naher Zukunft nicht möglich sein, stellen die genannten Empfehlungen den Anfang für die Formulierung weiterer Empfehlungen aus anderen Tätigkeitsbereichen der Hebammen dar.

## **2.7 Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens**

Der eigenständige Anteil der Hebammenarbeit an der Gesundheitsbeschaffung und –sicherung wird bisher nicht ausreichend anerkannt. Ersichtlich wird dies beispielsweise im Frauengesundheitsbericht aus dem Jahr 2001, in dem bei dem Versuch der Darstellung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen in der reproduktiven Lebensphase lediglich die Daten der jährlichen Erhebungen der Kassenärztlichen Selbstverwaltung, sowie der Krankenhausstatistik der gesetzlichen Krankenkassen und der Perinatalerhebung der Länder verwendet wurden. Auch im Entwurf zum Präventionsgesetz bleibt der präventive und gesundheitsfördernde Ansatz der Hebammenarbeit bislang unberücksichtigt.

Aus diesem Grund beantragte im Jahr 2002 die damalige Präsidentin des Bund Deutscher Hebammen Frau Magdalene Weiß gemeinsam mit Frau Prof. zu Sayn-Wittgenstein von der Fachhochschule Osnabrück erfolgreich die finanzielle Unterstützung einer mehrjährigen Projektarbeit zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens bei der Robert Bosch Stiftung. Ergebnis ist ein 192 Seiten starker Bericht mit dem Titel: „Geburtshilfe neu denken - Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland“, herausgegeben von Prof. zu Sayn-Wittgenstein als wissen-

schaftliche Leiterin, der in Kooperation mit dem Bund Deutscher Hebammen erstellt wurde.<sup>2</sup>

Mit der Darstellung des salutogenetischen und ressourcenorientierten Betreuungsansatzes der Hebammen, der Begründung für einen Handlungsbedarf sowie der Formulierung von Zielen und Empfehlungen wendet sich dieser Bericht an Expertinnen und Experten aus der Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Familienpolitik sowie an Vertreterinnen und Vertreter von Kostenträgern, Trägern von Einrichtungen, den Berufsverbänden der verschiedenen an der Geburtshilfe beteiligten Gesundheitsberufen und an die berufliche Praxis.

## **2.8 Antrag zur Gesetzestextänderung im SGB V**

Schwangerschaft und Geburt sind derzeit im SGB V als gesunde, physiologische Ereignisse nicht benannt, weshalb sie bei Gesetzesänderungen und neuen Gesetzen wie dem Präventionsgesetz oft keine Berücksichtigung finden. Aus diesem Grund haben die Berufsverbände der Hebammen, das Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland und die Vernetzungsstelle der Berliner Geburtshäuser im April 2006 dem Bundesministerium für Gesundheit einen Änderungsvorschlag zur Übernahme der Inhalte sowie Ergänzung der §§195-196 Reichsversicherungsordnung (RVO) ins Dritte Kapitel, Dritter Abschnitt des Sozialgesetzbuch V eingereicht.<sup>3</sup> Er beinhaltet die Überführung der leistungsrechtlichen Regelungen zu Schwangerschaft und Geburt aus der Reichsversicherungsordnung in das Sozialgesetzbuch und eine Anpassung der Systematik von bereits vorhandenen Paragraphen an moderne Gegebenheiten, so auch die Regelungen zu Hebammenhilfe und hebammengeleiteten Geburtshäusern.

Der Änderungsvorschlag wurde am 31. Mai 2006 zudem sowohl Politikerinnen/Politikern als auch Ärztinnen/Ärzten und Vertreterinnen/Vertretern von Leistungsträgern auf einem parlamentarischen Abend in Berlin vorgestellt.

---

<sup>2</sup> Der Bericht liegt dem Sachverständigenrat als Arbeitsdokument vor. Eine Buchpublikation ist für das IV. Quartal 2006 durch den Hans Huber Verlag geplant.

<sup>3</sup> Der Änderungsvorschlag wurde dem Sachverständigenrat ebenfalls im Vorfeld der Anhörung zugesandt.

### **3. Kooperationsformen auf verschiedenen Ebenen**

In einer neuen Aufgabenverteilung und der Entwicklung neuer Kooperationsformen sieht der Bund Deutscher Hebammen neben der Professionsentwicklung des Hebammenberufes grundsätzlich die Chance der Medikalisierung und Technisierung der Geburtshilfe (=Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit) sowie einer Über-, Unter- und Fehlversorgung in dieser Phase durch den stärkeren Einbezug der Hebammenexpertise entgegen zuwirken. Dabei darf die Entwicklung neuer Kooperationsformen nicht auf eine Mikro- bzw. Makroebene beschränkt bleiben, sondern sollte bereits auf einer Metaebene ansetzen.

#### **3.1 Kooperationsformen auf Metaebene**

Zu den Kooperationsformen auf Metaebene gehören die interdisziplinär erarbeiteten leistungsrechtlichen Grundlagen ebenso wie die Entwicklung von Grundlagen, auf die einzelne Betreuungskonzepte, egal in welchem Setting, aufbauen. Darüber hinaus ist bereits in der beruflichen Sozialisierung der an der Betreuung beteiligten Professionen eine Basis zu schaffen, die eine spätere reibungslose Kooperation möglich werden lässt.

##### **3.1.1 Gemeinsamer Bundesausschuss**

Neben dem Hebammengesetz stellt das Krankenkassen-Gebührenrecht eine weitere rechtliche Voraussetzung für die Hebammentätigkeit dar, die zum Einflussbereich von Bundesrat und Bundestag gehört. Zum 01.01. 2007 ändert sich dies allerdings. Mit der zu diesem Zeitpunkt geplanten Entlassung in die Selbstverwaltung sehen sich die Hebammen dem Allokationsverfahren der korporativen Koordination gegenüber. Dies stellt nicht zuletzt deshalb eine Herausforderung dar, da die Aufnahme der Berufsgruppe der Hebammen in die gemeinsame Selbstverwaltung, dem gemeinsamen Bundesausschuss bisher nicht vorgesehen ist.

Bereits in der Vergangenheit konnte der Bund Deutscher Hebammen die Erfahrung machen, dass bei der Verhandlung des „Bundesausschuss der Ärzte und Kranken-

kassen“ bzgl. der Leistungen in der Schwangerenvorsorge und im Wochenbett, den *Mutterschaftsrichtlinien* die Hebammenverbände zwar, wie in den §§ 92 Abs. 1b und 134 Abs. 2 des SGB V vorgesehen gehört wurden, die Vorschläge für Neuformulierungen aber unberücksichtigt blieben. So findet sich nach wie vor in den *Mutterschaftsrichtlinien* eine missverständliche Formulierung, die für Ärztinnen und Ärzten den nicht gesetzeskonformen Schluss zulassen kann, dass Hebammen in der Schwangerenvorsorge lediglich auf ärztliche Anordnung tätig werden dürfen. Durch derartige Formulierungen bleiben nicht nur Ärztinnen und Ärzten, sondern auch den Nutzerinnen sowie anderen Institutionen der gesetzliche Anspruch der Versicherten auf freie Wahl des Leistungsanbieters (Ärztin/Arzt oder Hebamme) in der Schwangerenbetreuung verborgen. So ist beispielsweise im Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu lesen, dass *„Hebammen schwangere Frauen im Delegierungsprinzip betreuen [können]. Ihre Möglichkeiten beginnen, >wenn der Arzt dies im Einzelfall angeordnet hat oder wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat und daher seinerseits keine Bedenken gegenüber weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme bestehen<.“* [9, S.341].

Mit der Aufnahme der Hebammenverbände in den gemeinsamen Bundesausschuss werden themenrelevante Richtlinien wie die *Mutterschaftsrichtlinien* durch die Expertise der Hebammen somit auch im Sinne der Nutzerinnen und anderer Institutionen erweitert.

Als beispielhaft kann in diesem Zusammenhang das Vorgehen in den Niederlanden angesehen werden. In Konsensuskonferenzen zwischen Hebammen, Hausärztinnen/ Hausärzten und Gynäkologinnen/ Gynäkologen wird hier regelmäßig eine sogenannte *Verloskundige Indicatie Lijst* überarbeitet und verabschiedet, die die Zusammenarbeit der Professionen und damit die gesundheitliche Versorgung der Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett regelt. Darüber hinaus legen die genannten Berufsgruppen in einem Zusammenschluss, dem *Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV)* die Qualitätskriterien der gesundheitlichen Versorgung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit sowie der gesundheitlichen Versorgung ihrer neugeborenen Kinder fest [10].

### **3.1.2 Mutterschafts-Charta**

Eine Mutterschaftscharta stellt eine wichtige Basis für Betreuungskonzepte innerhalb der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und ihren Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit dar. Von allen an der Versorgung Schwangerer, Mütter und ihrer Kinder beteiligten Berufsgruppen wird mit der Bildung eines runden Tisches eine Leitlinienentwicklung angestrebt, mit dem Ziel einer bedarfsgerechten, würdevollen, effizienten sowie effektiven Betreuung der ihnen sich anvertrauenden Personen.

Im Sinne der Bedeutung der Identifizierung und Achtung der Patientenrechte in Deutschland muss in dieser Expertinnen-/Expertengruppe auch eine repräsentative Klientinnengruppe vertreten sein. Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen sind keine Patientinnen im herkömmlichen Sinne. Als primär gesunde Frauen werden sie in der, in aller Regel krankheitsorientierten Konzeptentwicklung von Krankenhausträgern bzw. deren Managementsystemen nicht ausreichend beachtet. Um so wichtiger ist es ihre Perspektive, Bedürfnisse und Rechte zu spezifizieren und eine Konzeptentwicklung im Sinne evidenzbasierter Medizin auch in diese Richtung zu lenken.

### **3.1.3 Interprofessionelle Ausbildung**

Die hierarchischen Strukturen in Krankenhäusern sowie die unterschiedlichen Ausrichtungen in der Ausbildung von Hebammen und Medizinerinnen/Medizinern führen zu Unverständnis zwischen den Professionen und Differenzen im Arbeitsalltag, die nahezu immer zu Lasten der Nutzerinnen und möglicherweise auch ihrer Familien gehen. Die Konzeption der Hebammenausbildung sieht vor, dass der theoretische Unterricht sowohl von erfahrenen Hebammen als auch von erfahrenen Ärztinnen und Ärzten erteilt wird. Hebammenschülerinnen lernen so gleichermaßen bei physiologischen Geburtsverläufen wie auch in geburtshilfflichen Notfallsituationen adäquat zu reagieren. Der praktische Teil der Ausbildung erfolgt, weil weitestgehend im klinischen Setting zwar unter ärztlicher Aufsicht, die praktische Anleitung wird aber wiederum von erfahrenen Hebammen übernommen.

Im Umkehrschluss ist der theoretische Unterricht durch erfahrene Hebammen nicht Bestandteil des Medizinstudiums. Und auch im praktischen Teil ist die Anleitung durch erfahrene Hebammen sowie ein Einsatz in der außerklinischen Geburtshilfe nicht vor-

gesehen. So ist nachzuvollziehen, dass viele Medizinerinnen/Mediziner der außerklinischen Geburtshilfe trotz vorhandener Evidenzen in Bezug auf die kindliche und mütterliche Morbidität und Mortalität eher skeptisch bis abwertend gegenüberstehen.

Ohne die Möglichkeit des theoretischen und praktischen Unterrichts durch erfahrene Hebammen im Medizinstudium ist damit zu rechnen, dass diese Skepsis bzw. Wertung unreflektiert von Medizinergeneration zu Medizinergeneration weitergetragen wird.

Auch in diesem Zusammenhang stellt das Nachbarland Niederlande ein Vorbild dar. Im Amsterdam Medical Centre beispielsweise erhalten Studenten sowohl im zweiten als auch im fünften Jahr des Medizinstudiums theoretischen und praktischen Unterricht durch erfahrene Hebammen [11]. Der hohe Anteil der Hausgeburten dort (31%) im Vergleich zur Bundesrepublik (knapp 2%) scheint dies möglich zu machen.

In jüngster Zeit sind auch hierzulande Stimmen von Gynäkologen zu hören, die den Einsatz von erfahrenen Hebammen in der Medizinerausbildung als sinnvoll erachten [12].

Sowohl in der Ausbildung der Kranken- und Kinderkrankenpflege als auch in der Hebammenausbildung wird vielfach auf eine interprofessionelle Ausbildung (DozentInnen-Team von Krankenschwester/-pflegern, Kinderkrankenschwestern/-pflegern, Hebammen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen etc.) Wert gelegt. Dies ist aber oft dem Engagement, dem Bemühen um geeignete DozentInnen der einzelnen Schulleitungen zu verdanken. Eine einheitliche Regelung ist hier wünschenswert.

### **3.2 Kooperationsformen auf Makroebene**

Die zunehmend zu beobachtenden Bemühungen die gesundheitliche Versorgung von Schwangeren, Müttern und Neugeborenen in Perinatalzentren des Level 1 und Level 2 sowie Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt zu verorten mögen sich vielleicht im Einzelfall positiv auf die Strukturqualität auswirken, sind aber in Bezug auf die Prozess- und Ergebnisqualität, insbesondere unter Einbezug der Patientenzufriedenheit als Ergebnisqualitätsindikator als eine Herausforderung anzusehen. Die Prüfung, innovative Versorgungskonzepte in eine derartige Zentralisierung der Geburtshilfe zu integrieren ist daher von besonderer Bedeutung.

Die Förderung physiologischer Lebensprozesse, auch im Risiko- bzw. Krankheitsfall ist das zentrale Element in der Betreuung von Frauen und Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Zu diskutieren ist, ob dies in Perinatalzentren des Level 1 und Level 2 sowie in Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt, die auf die Sicherung der neonatologischen Versorgung ausgerichtet sind gelingt. Ebenfalls zu diskutieren ist, ob Frauen mit physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverläufen die materiellen und personellen Ressourcen dieser Kliniken zwingend zur Verfügung stehen müssen. In Bezug auf eine bedarfs- und bedürfnisgerechte sowie effiziente und effektive Betreuung sollte deshalb die Möglichkeit der Integration innovativer Versorgungskonzepte geprüft werden. Dazu gehören Konzepte wie das Betreuungsmodell Hebammenkreißaal, Jugendkliniken, Mutterschafts- bzw. Familienzentren oder auch Zentren für perinatale Medizin.

### **3.2.1 Jugendkliniken**

Wie in Punkt 2.1 beschrieben befindet sich das Betreuungsmodell Hebammenkreißaal in Deutschland bereits in den Anfängen. Interdisziplinär (Ärztinnen/Ärzte, Hebammen, Pflegepersonal, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter usw.) besetzte Jugendkliniken wie sie beispielsweise in Schweden existieren, gibt es hingegen in Deutschland nicht. In diesen Kliniken finden Jugendliche nicht nur Hilfe bei Essstörungen, Drogenproblematiken oder Gewalterfahrungen, sondern auch bei Verhütungsfragen, Abtreibungen, Schwangerschaften und Geburten [10]. Die Einrichtung solcher Kliniken entspricht den Forderungen der European Association for Children in Hospital (EACH), Kindern eine altersgemäße Behandlung im Krankenhaus zukommen zulassen, in dem sie beispielsweise nicht auf Erwachsenenstationen behandelt werden [13]. Dies ist aber gerade in dem sensiblen Fachbereich Gynäkologie/Geburtshilfe in Deutschland der Normalfall.

### **3.2.2 Mutterschaftszentren**

Ebenfalls in Schweden ist die Betreuung aller Frauen in der Schwangerschaft und im Wochenbett durch Mutterschaftszentren geregelt. Hier arbeiten Hebammen im Sinne einer Case-Managerin. Sie übernimmt für die Schwangere oder auch Entbundene eine Lotsinnenfunktion und überweist sie ggf. zu allen notwendigen ärztlichen Untersuchun-

gen, wozu allerdings nicht die normale Schwangerenvorsorge gehört. Die Mutterchaftszentren stehen in enger Kooperation mit den Geburtskliniken [10].

### 3.2.3 Familienzentren

In Familienzentren sind unterschiedliche, an der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und ihren Familien beteiligten Professionen unter einem Dach tätig. Dadurch wird die Möglichkeit einer lückenlosen und vor allem gemeindenahen Versorgungskette für Eltern und ihre Kinder geboten. Wird beispielsweise bei einer Routineuntersuchung des Kindes in diesem Familienzentrum eine Entwicklungsverzögerung festgestellt, besteht gleichzeitig die Möglichkeit diese auch hier zu behandeln ohne aufwändige und vor allem zeitraubende Überweisungsregularien einzuhalten.

Ein Beispiel für ein Familienzentrum existiert seit 2003 in Amsterdam. Im *Ouder-kindcentra Amsterdam- Noord* bieten Hebammen, Wochenpflegerinnen, Ärztinnen/Ärzte, Pflegekräfte, Pädagoginnen/ Pädagogen und Motopädinnen/ Motopäden Versorgungsleistungen von Beginn der Schwangerschaft bis zum Eintritt des Kindes in die erste Schulform der Niederlande an [14].

### 3.2.4 Zentren für perinatale Medizin

Das Konzept der perinatalen Medizin beinhaltet die Verknüpfung von Geburtshilfe und Neonatologie. Die Etablierung durch Fachgesellschaften führte in einigen Ländern bereits zur Einführung der ärztlichen Fachdisziplin „Perinatal Medicine“, in der gleichsam die intra- wie extrauterine Diagnostik bei sowie Behandlung von Kindern ausgeübt wird. Diese Verbindung führt dazu, dass Frauen vor und nach einer risikobehafteten Geburt in der Klinik von ein- und demselben Team auf der perinatalen Station betreut werden. In Deutschland wurde unter dem Begriff „perinatale Medizin“ bislang weitestgehend die Weiterentwicklung der Pränataldiagnostik verstanden und gefördert, was u.a. dazu geführt hat, dass der Einsatz der Pränataldiagnostik nicht mehr zwingend indikationsgebunden zu sein scheint.

Eine repräsentative Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigte, dass 85% der befragten Schwangeren spezielle pränataldiagnostische Maßnahmen durchführen ließen. Ein Viertel dieser Schwangeren gab als Grund für die Durchführung den Willen der Ärztin bzw. des Arztes an und über ein Drittel, dass die Pränataldiagnostik Bestandteil der normalen Schwangerenvorsorge sei [15].

Auch in Bezug auf die in den *Mutterschaftsrichtlinien* für die Schwangerschaft vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen wird die Entwicklung hin zu einer Bedeutungslosigkeit des objektiven Bedarfs und einem Übergewicht des subjektiven Bedarfs deutlich. Vorgesehen sind drei Ultraschalluntersuchungen um die 10., 20. und 30. Schwangerschaftswoche. JAHN und PETERSEN (2004) stellten in ihrer Studie jedoch fest, dass die von ihnen befragten Frauen sich durchschnittlich sieben Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft unterzogen. Zwei Drittel dieser Frauen sahen sich im Verlauf der Schwangerschaft mit auffälligen Befunden konfrontiert, wobei zu 44% Ultraschalluntersuchungen hieran beteiligt waren.

Die Studie von JAHN und PETERSEN kann sowohl als Beispiel für eine Überversorgung als auch für eine Fehlversorgung dienen. Eine durchschnittliche Anzahl von sieben Ultraschalluntersuchungen stellt zweifelsohne eine Überversorgung dar, zumal der Feldzugang für diese Studie über Geburtsvorbereitungskurse gewählt wurde, die erfahrungsgemäß über einen verschwindend geringen Anteil Hochrisikoschwangerer verfügen.

Die Fehlversorgung wird in der detaillierteren Betrachtung der Studienergebnisse sichtbar. Fast die Hälfte der Frauen mit auffälligen Ultraschallbefunden gab an, dass es aufgrund des Befundes zu weiteren Untersuchungen bei dem selben Arzt gekommen ist. Ein Drittel gab an, dass zusätzlich Untersuchungen bei Spezialisten oder in Kliniken stattgefunden haben. 16 Frauen (Gesamtkollektiv 360 Schwangere; 367 Kinder) erhielten die Diagnose „V.a. kindliche Fehlbildung“, wovon sich allerdings glücklicherweise postnatal nur drei bestätigten. Dagegen haben neun Frauen ein Kind mit Fehlbildungen geboren, die präpartal nicht erkannt wurden. Mehr als die Hälfte der Frauen, denen gegenüber die Diagnose eines auffälligen Befundes ausgesprochen wurde zeigten sich anhaltend besorgt und verängstigt [16].

Diese Entwicklung kann nicht im Sinne einer effektiven und effizienten Versorgung sein. Deshalb bestärkt der Bund Deutscher Hebammen noch einmal seine Stellungnahme zur Anhörung im Ausschuss für Familien, Senioren, Frauen und Jugend am 16.2.2005 zur Problematik der späten Schwangerschaftsabbrüche, die Pränataldiagnostik (einschließlich der Ultraschalluntersuchungen) von der Schwangerenvorsorge abzukoppeln und diese in Zentren für perinatale Medizin zu verlagern. Durch diese Eingrenzung in der Verfügbarkeit der Mittel wird ein Ausgleich zwischen subjektivem und objektivem Bedarf möglicherweise wieder hergestellt.

Die Versorgung von Kindern mit intra- und/oder extrauterinen Beeinträchtigungen erfolgt in den Perinatalzentren hierzulande nach wie vor durch die unterschiedlichen Fachdisziplinen, die räumlich mitunter weit von einander getrennt sind. Eine Versorgung in einem Zentrum für perinatale Medizin bzw. auf einer perinatalen Station, die auf der Grundlage der Fachdisziplin „Perinatal Medicine“ erfolgt, entspricht dem Bedürfnis der Frauen nach einer kontinuierlichen Betreuung sowie nach Unterstützung physiologischer Lebensprozesse wie dem Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung und dem Stillen trotz dieser zweifelsohne belastenden Situation.

Für Deutschland wäre die Integration der vorgestellten Versorgungskonzepte durchaus vorstellbar, wenngleich nicht alle zeitnah umgesetzt werden können. Regelmäßig auf der Basis evidenzbasierter Medizin überarbeitete Kooperationsvereinbarungen zwischen den genannten sowie den bereits existierenden Versorgungskonzepten (Geburtsklinik ohne Kinderklinik, außerklinische Geburtshilfe, ambulante Betreuung durch Ärztinnen/Ärzte und Hebammen) und Perinatalzentren des Level 1 und Level 2 sowie Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt in den jeweiligen Regionen sind dabei unbedingte Voraussetzung. Die Implementierung der genannten Versorgungskonzepte ist jedoch nicht nur vor dem Hintergrund der angestrebten Zentralisierung der Geburtshilfe (weiter) zu fördern. Auch in der derzeitigen Versorgungslandschaft bieten sie eine wichtige Ergänzung zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung.

### **3.3 Kooperationsformen auf Mikroebene**

Studien weisen darauf hin, dass Frauen unterschiedliche Ansprüche an die Betreuung durch Hebammen und Gynäkologinnen/Gynäkologen haben und sie sich eine sich ergänzende Betreuung durch beide Berufsgruppen wünschen [17] [18]. Nicht zuletzt aus diesem Grund sollten Kooperationen in durchaus unterschiedlichen Ausprägungen und Settings zwischen Hebammen und Ärztinnen/Ärzten gefördert werden.

Darüber hinaus erfordern besondere Situationen wie z.B. Entwicklungsauffälligkeiten, Suchtproblematiken oder auch Wochenbettdepressionen ein enges Netzwerk zwischen Hebammen, Pädiaterinnen/Pädiatern, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeitern usw. In einem derartigen engen Netzwerk bewegen sich nur Familienhebammen, wovon es derzeit ca. 50 in Deutschland gibt.

Aus Ermangelung dieses Netzwerkes konstituieren sich in einzelnen Städten sogenannte Hebammenzentralen. Hebammen, die hier ehrenamtlich arbeiten versuchen sowohl den Bedarf an Versorgungsleistungen durch Hebammen in ihrem regionalen Umfeld zu koordinieren als auch Hebammen in der Bereitstellung von Adressen/ Telefonnummern anderer Professionen eine Vernetzung in besonderen Situationen zu ermöglichen. Durch die Eigenfinanzierung dieses Systems sind Implementierungen und zeitliche Ressourcen der Hebammenzentralen jedoch sehr begrenzt.

### **3.3.1 Kooperation zwischen Hebammen und niedergelassenen Gynäkologinnen/ Gynäkologen**

In der Praxis findet die rechtliche Gleichstellung von Hebammen und Ärztinnen/Ärzten im Fall einer normalverlaufenden Schwangerschaft, Geburt und eines normalverlaufenden Wochenbetts vielfach nicht die gewünschte Beachtung. Als verantwortlich hierfür sieht der Bund Deutscher Hebammen sowohl die unterschiedliche Ausrichtung der Ausbildungen der einzelnen Professionen als auch ganz allgemein die vom Sachverständigenrat in seinem letzten Gutachten skizzierten Schwachstellen des Korporatismus. In jüngster Vergangenheit sorgte beispielsweise eine mangelhafte Informationspolitik seitens des Berufsverbandes der Frauenärzte für viel Verunsicherung bei niedergelassenen Gynäkologinnen/Gynäkologen bzgl. Kooperationsformen mit Hebammen.

Um wertvolle Kooperationsbestrebungen in den unterschiedlichsten Ausprägungen zwischen Hebammen und Ärztinnen/Ärzten nicht im Keime zu ersticken, sollte auf eine wertfreie und vor allem gesetzeskonforme Informationspolitik durch **alle** beteiligten Professionen auch im Sinne des Verbraucherschutzes größten Wert gelegt werden.

Wünschenswert ist in diesem Zusammenhang die Erarbeitung einer gemeinsamen Resolution der verschiedenen Berufsverbände.

### **3.3.2 Kooperation zwischen Hebammen, Pflegepersonal und Gynäkologinnen/ Gynäkologen in der Klinik**

Die hierarchischen Strukturen im Krankenhaus spiegeln nicht die eigentlich eigenverantwortliche Stellung der Hebamme in der Betreuung von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit wider. Auch werden die EU Richtlinien, das Hebammengesetz und die Berufsordnungen der Länder durch die derzeitigen Krankenhausstrukturen ausgehebelt. Statt einer kontinuierlichen Hebammenbetreuung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit erfahren die Frauen bei einem normalen Verlauf dieser Phasen eine fragmentierte Betreuung durch Ärztinnen/Ärzte, Hebammen, Krankenschwestern/-pflegern und Kinderkrankenschwester/-pflegern. Unberechtigte hierarchische Strukturen sowie unzulängliche Absprachen über einzelne Kompetenzbereiche führen so zu Unzufriedenheit sowohl unter dem Personal als auch unter den Nutzerinnen und ihren Familien.

Hier stellen einzelne Konzepte wie der hebammengeleitete Kreißsaal oder die integrative Wochenbettpflege (die gemeinsame Betreuung der Wöchnerinnen und ihrer Neugeborenen durch Hebammen, Krankenschwester/-pflegern und Kinderkrankenschwestern/-pflegern), in denen Ärztinnen/Ärzte/ im Bedarfsfall hinzugezogen werden können, einen hoffnungsvollen Anfang dar, den es zur Zufriedenheit aller zu fördern gilt. Darüber hinaus müssen Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich identifiziert und Standards, die auf einer Abstimmung beider Bereiche abzielen interdisziplinär (Hebammen, Pflegepersonal, Ärztinnen/Ärzte) erarbeitet werden.

### **3.3.3 Integrierte Versorgung**

Die zuvor genannten Schwachstellen der Kooperationsformen auf Mikroebene werden durch das Konzept der integrierten Versorgung weitestgehend aufgehoben. Es bietet außerdem den Vorteil, dass die verschiedenen Leistungserbringer einen geschützten Rahmen finden, in dem sie mit anderen Professionen kooperieren können. Für die Berufsgruppe der Hebammen sind derartige Konzepte von besonderer Bedeutung, da die Aspekte Gesundheitsförderung/Prävention sowie Eigenverantwortlichkeit ihrer Tätigkeit allgemeine Beachtung finden. Bislang suchen längst nicht alle Frauen in der Schwangerschaft den Kontakt zu einer Hebamme, was teilweise durch Unwissenheit zu begründen ist.<sup>4</sup>

Im geburtshilflichen Bereich existieren zurzeit nur sehr wenige Modelle, die auf das Konzept der integrierten Versorgung aufbauen. Je nach Modellausprägung sieht der Bund Deutscher Hebammen jedoch nicht nur Vorteile. So ist die Frau in der Wahl ihres Geburtsortes deutlich eingeschränkt und sie kann sich in ihrer Wahl nicht nach ihren Bedürfnissen unmittelbar vor der Geburt richten. Deshalb muss innerhalb des Modells durch die Wahl der Kooperationspartner mindestens gewährleistet sein, dass der Versicherten alle derzeit existierenden Versorgungsmodelle (Perinatalzentrum Level 1 bis zur Hausgeburtshilfe) für ihre Geburt zur Verfügung stehen. Auch sieht der Bund Deutscher Hebammen bei Modellen, die Krankenhäuser als alleinige Vertragspartner vorsehen weiterhin die Gefahr der Pathologisierung (Diagnostik und Risikofokussierung) der Geburtshilfe aus wirtschaftlichem Interesse. Zu bevorzugen ist deshalb das Modell

---

<sup>4</sup> Eine Forsaumfrage im Auftrag der Firma NUK, durchgeführt im April 2005 zeigte, dass 34% der befragten Frauen in ihrer Schwangerschaft aus den unterschiedlichsten Gründen keinen Kontakt zu einer Hebamme hatten. 38% dieser Frauen wussten nicht, dass sie in ihrer Schwangerschaft auch eine Hebamme zur Durchführung der Schwangerenvorsorgeuntersuchung hätten aufsuchen können.

der Versorgung in gemeinsamer Regie mehrerer Leistungserbringer, die vertraglich mit jeder einzelnen Berufsgruppe geregelt ist.

### **3.3.4 Voraussetzungen**

Neben den genannten Voraussetzungen wie gemeinsame Erarbeitung leistungsrechtlicher Grundlagen, Kooperationsvereinbarungen etc. muss gewährleistet sein, dass Hebammen mit Ärztinnen/Ärzten sowie Vertreterinnen/Vertretern von Krankenhäusern und Apotheken möglichst reibungslos kommunizieren können. Nach den neueren Entwicklungen in der Gesundheitstelematik ist der elektronische Heilberufsausweis ein wichtiger Grundstein in der Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten, Zahnärztinnen/ärzten, Krankenhäusern, Apotheken und Krankenkassen. Hebammen müssen als gleichberechtigte Berufsgruppe durch die Aushändigung eines elektronischen Heilberufsausweises die Möglichkeit bekommen an der elektronischen Kommunikation zwischen den Anbietern untereinander sowie zwischen Anbietern und Leistungsträgern, so wie der Gesetzgeber sie vorsieht, teilhaben zu können. Dies ist bislang im §291a SGB V nicht wiedergegeben.

Auch sollten Hebammen mit Hilfe eines elektronischen Heilberufsausweises die Gelegenheit haben Frauen im Bedarfsfall direkt an Fachärztinnen/-ärzte z.B. in der Diabetologie überweisen zu können. Der Weg über die gynäkologische Praxis ist hier weder effizient noch effektiv.

## **4. Neue Aufgabenverteilungen im stationären und ambulanten Versorgungsbereich**

Trotz sinkender Geburtenzahlen werden Hebammen im klinischen Alltag dem Betreuungsanspruch einer entbindenden Frau unter anderem aufgrund nicht fallbezogener Tätigkeiten wie Hol- und Bringdienst und Putzarbeiten häufig nicht gerecht. Auch fallbezogene Tätigkeiten, die aber eher dem ärztlichen Tätigkeitsbereich zugeordnet werden können, schränken Hebammen in der Ausübung ihrer originären Hebammentätigkeiten im Klinikalltag zeitlich ein. Neben der zeitlichen Einschränkung besteht zusätzlich die Problematik, dass, sofern die Hebamme als Beleghebamme in der Klinik tätig ist, derartige Tätigkeiten weder in der Hebammengebührenverordnung (HebGV) noch

im G-DRG-System ausreichend abgebildet sind<sup>5</sup>. Ein Delegieren dieser Tätigkeiten ist somit auch vor diesem Hintergrund anzustreben.

#### 4.1 Stationärer Versorgungsbereich

##### Nicht fallbezogene Tätigkeiten

Die Problematik, die generell im Outsourcingverfahren bezogen auf den Kreißaalbereich besteht ist das unabsehbare Arbeitsaufkommen, sowie die Frequentierung in den Nachtstunden. Da diese Problematik aber ganz allgemein für den Funktionsbereich zutrifft, sollten hier Arbeitszeitmodelle für Reinigungskräfte erarbeitet werden, die zu einer Entlastung der Hebammen und Pflegekräfte im Funktionsdienst führen. Möglicherweise müsste hier die Stellen- bzw. Stundenberechnung ebenfalls auf der Basis der Fallzahlen berechnet werden.

Nicht fallbezogene Tätigkeiten (Bestellwesen, Überprüfung des Sterilgutes, Überprüfung Verfallsdatum von Medikamenten usw.), die sowohl im Pflege- wie im Funktionsdienst in unterschiedlicher Ausprägung abzuleisten sind sollten darüber hinaus soweit wie möglich strukturiert bzw. zeitlich abgestimmt werden, so dass hierfür Studentendienste, Zivildienste oder ähnliche beauftragt werden können. Hier ist auch die Mitarbeit von weiterführenden Schulen, die eine berufsorientierte Oberstufe anbieten denkbar.

##### Fallbezogene Tätigkeiten, die dem ärztlichen Bereich zuzuordnen sind

Vielfach gehört zum Arbeitsalltag der Hebammen die Vorbereitung einer Peri-/ Epiduralanästhesie, die Assistenz bei der Durchführung, die Narkoseüberwachung, die Aufrechterhaltung ihrer Wirkung sowie die Nachbereitung. Neben der Arbeitskraftbündelung ist auch die rechtliche Grauzone, in der sich Hebammen in diesem Zusammenhang oft bewegen, ein großes Problem. Hier muss eine eindeutige Zuordnung zur Fachdisziplin Anästhesie erfolgen. Ob diese Arbeiten dann allerdings beispielsweise durch Anästhesietechnische Assistenten (ATA) zu leisten sind ist zu diskutieren. Grundsätzlich beinhaltet das Tätigkeitsfeld des ATA die bisher im Zusammenhang einer geburtshilflichen PDA/EDA vielerorts zu leistende Arbeit einer Hebamme und deshalb aus Sicht des Bund Deutscher Hebammen zu befürworten. Diskussionen um diesen Beruf, wie auch um den Beruf des medizinischen Assistenten für Anästhesie

---

<sup>5</sup> Näheres hierzu kann im Bericht „Geburtshilfe neu denken - Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland“ ab Seite 117 nachgelesen werden

(MAFA) sind eher berufspolitischer Natur und deshalb von den entsprechenden Berufsverbänden zu führen.

Ganz allgemein wird die Assistenz bei ärztlichen Leistungen in den Kliniken sehr unterschiedlich gehandhabt. So wird in einigen Kreißsälen die Assistenz der Hebamme bei einer Damмнаht erwartet, in anderen wiederum nicht. Die unterschiedliche Handhabung zeigt, dass eine medizinische Notwendigkeit nicht immer zwingend vorliegt. Erfahrungsgemäß wirkt sich die Assistenz hinsichtlich der ärztlichen Zeitersparnis nur geringfügig aus, für die Hebamme ist der Zeitaufwand aber erheblich. Auch in diesem Zusammenhang ist eine reflektiertere Vorgehensweise im Zeitmanagement der einzelnen Professionen wünschenswert. Eine Überprüfung durch unabhängige Personen wäre hier denkbar.

Neben den genannten Arbeitsentlastungsmodellen muss im Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe generell eine Umstrukturierung analog der EU-Richtlinien, des Hebammengesetzes und der Berufsordnungen der Länder erfolgen. Mit der Aufhebung der fragmentierten Betreuung durch Bildung einer **geburtshilflichen Einheit** mit einem prä- und postnatalen sowie einem Kreißsaalbereich, betreut von einem interdisziplinär besetzten Team bestehend aus Hebammen, Kinderkrankenschwestern/-pflegern und Krankenschwestern/-pflegern und unter der pflegerischen Leitung einer Hebamme, würden EU-Richtlinien, Hebammengesetz und Berufsordnungen konsequent umgesetzt.

## 4.2 Ambulanter Versorgungsbereich

### Wochenpflegerin

Durch den Gesetzgeber wurde der Anspruch der Frauen auf Haushaltshilfe während der Schwangerschaft und nach der Geburt in den §§195 und 199 RVO gesetzlich geregelt. In der Praxis sieht es jedoch so aus, dass nicht zuletzt aufgrund des nicht planbaren Einsatzes Frauen vor allem nach Frühentlassungen nach der Geburt Schwierigkeiten haben, von den entsprechenden Organisationen Unterstützung durch eine Haushaltshilfe zu erhalten. Um eine ausreichende Erholung der Frauen nach der Geburt zu gewährleisten ist der Einsatz von Wochenpflegerinnen, wie es bis in die 1970er Jahre in Deutschland üblich war und in den Niederlanden bis heute immer noch üblich ist, erstrebenswert.

Mit der Einführung der G-DRG's ist auch mit einer weiteren Zunahme von Frühentlassungen und damit auch mit einer Zunahme des Unterstützungsbedarfs zu rechnen. Dieser Entwicklung muss mit einer entsprechenden Konzeptentwicklung (Ausbildung zur Wochenpflegerin, Finanzierung, Arbeitsstrukturen) Rechnung getragen werden.

### Familienhebamme

Vor dem Hintergrund der derzeit herrschenden Diskussion um Präventionsprogramme vor allem für Familien in Problemlagen ist das Konzept der Familienhebamme weiter zu forcieren. Die aufsuchende Tätigkeit der Hebamme sowie die Kontinuität in der Betreuung ist gerade in diesen Familien etwaigen Pflichtuntersuchungen vorzuziehen. In diesem Zusammenhang wird das von der WHO geforderte Konzept der Familiengesundheitspflegerin/ Familiengesundheitshebamme unter der Prämisse des Erhalts der originären Tätigkeitsfelder der einzelnen Berufsgruppen sehr begrüßt. Da dieses Konzept bislang nur in Form von Modellprojekten in wenigen ausgewählten Städten umgesetzt wird und eine Evaluation erst für die Jahre 2008/2009 geplant ist, muss das Konzept der Familienhebammen weiterhin unterstützt und gefördert werden. Kurzfristiges Ziel muss die flächendeckende Versorgung durch Familienhebammen sein.

### Hebamme als Lotsin

Die internationale Anerkennung der Hebamme als Expertin für die physiologischen Abläufe der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit sollte auch auf deutsche Verhältnisse durch die Einführung eines Lotsenmodells übertragen werden. Der bereits erfolgten Einführung des Hausarztmodells würde demnach die Einführung eines Hebammenmodells, wie es in Schweden, den Niederlanden oder auch dem vereinigten Königreich vorherrscht, folgen. Hier übernehmen Hebammen während der Schwangerschaft eine Lotsinnenfunktion, in dem sie alle normalen Schwangerenvorsorgeuntersuchungen selbst durchführen und zu weiterführenden ärztlichen Untersuchungen, falls diese notwendig sind überweisen.

## **5. Bedeutung von multidisziplinären Teams und die Stellung der Hebamme**

Solange Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit normal verlaufen sollte die Hebamme die Hauptansprechpartnerin für die Frau und ihre Familie sein. Der Hebam-

me kommt in dieser Funktion u.a. die Aufgabe zu, den Bedürfnissen der Frau nach ärztlicher Begleitung auch bei nicht pathologischen Verläufen Rechnung zu tragen.

Die Betreuung durch ein multidisziplinäres Team ist in der Geburtshilfe in besonderen Situationen von großer Bedeutung. So erfordert beispielsweise die Betreuung von Familien mit einer Suchtproblematik die enge Zusammenarbeit von Gynäkologinnen/Gynäkologen, Pädiaterinnen/Pädiatern, Hebammen, Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeitern, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten usw. Dies gilt ebenso für Familien, deren Wohlbefinden durch intra- oder extrauterine Beeinträchtigungen des Un- bzw. Neugeborene eingeschränkt ist. Mit besonderer Sorgfalt muss hier eine fragmentierte Betreuung durch einzelne Disziplinen verhindert werden.

Die Hebamme hat in diesem wie in allen anderen multidisziplinär besetzten Teams primär die Aufgabe, die physiologischen Abläufe sowie die dazu dienlichen Ressourcen zu identifizieren und zu fördern. Ganz allgemein stellt der salutogenetische und ressourcenorientierte Betreuungsansatz eine wichtige Ergänzung im Klinikalltag dar, weshalb auf den Einsatz von Hebammen in prä- und postnatalen Versorgungseinheiten nicht verzichtet werden darf.

Die unter Punkt 2 beschriebenen Projekte stellen nicht nur eine Weichenstellung in der Professionsentwicklung dar, sondern sind zudem wichtige Grundlagen für eine neue Aufgabenverteilung sowie für die Entwicklung neuer Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen.

## Literatur

- [1] Amtsblatt der Europäischen Union 2005. *Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.*
- [2] W H O Regionalbüro für Europa. 2000. *Erklärung von München -Pflegerinnen und Hebammen- ein Plus für Gesundheit.*
- [3] Schücking, B., Schwarz, C. 2002. Wie häufig kommt eine 'normale' Geburt heute in der Klinik vor? *Die Hebamme* no. 3, pp. 127-131.
- [4] Hamburger Sozialforschungsgesellschaft e. V. 2001. *Bestandsaufnahme der Situation von Geburtshilfeabteilungen in den Kliniken.* Bund Deutscher Hebammen e.V.
- [5] Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. 2006. *BQS-Qualitätsreport-Geburtshilfe.* [www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de).
- [6] Statistisches Bundesamt Deutschland. 2006. *Bevölkerungsentwicklung 2004.* [www.destatis.de](http://www.destatis.de).
- [7] Dulon, M. & Kersting, M. 2000. Stillen und Stillernährung in Deutschland - die >>SuSe<<-Studie. In Deutsche Gesellschaft für Ernährung (ed.). *Ernährungsbericht Deutschland* (pp 81-95). Frankfurt: Eigenverlag.
- [8] Collatz, J, Rohde, B. 1986. *Ergebnisse der Aktion Familien-Hebamme im Überblick: Evaluation eines Modellversuchs zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und gesundheitsdienlichen Lebensweisen in der Schwangerschaft und im Säuglingsalter,* BPT-Bericht 12/86. Gesellschaft für Strahlen und Umweltforschung München.
- [9] Bundesministerium für Familie, Senioren. Frauen und Jugend. 2001. *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland* . Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Berlin: Kohlhammer.
- [10] Kateman, H. & Herschderfer, K. 2005. *Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Current Practice in Europe and Australia. A descriptive study,* Den Haag: Eigenverlag.
- [11] Stiefel, A. 2004. Zukunftsvision: Gemeinsame Ausbildung von Hebammen und Ärzten. *Die Hebamme* vol. 17, no. 2, pp. 74-75.
- [12] Krause, M. 2004. Welche Qualifikationen sollten GeburtshelferInnen besitzen? *Die Hebamme* vol. 17, no. 2, pp. 76-78.
- [13] European Association for Children in Hospital. 1988. *Charta für Kinder im Krankenhaus.* Leiden (NL). 05/1988.
- [14] ([http://www.noord.amsterdam.nl/smartsite.dws?id=8398&aqua=1#bk\\_5](http://www.noord.amsterdam.nl/smartsite.dws?id=8398&aqua=1#bk_5)) Ouder-en-kindcentra. Abruf am: 02.08.2006.

[15] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (ed.) 2006. *Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik*. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik. Köln: Eigenverlag.

[16] Jahn, A. & Petersen, J. 2004. 'Unklare Befunde in der Schwangerschaft: Was sind die Folgen für Schwangerschaftserleben und Geburtsverlauf? *Kongressband des X. nationalen Hebammenkongresses*. pp. 192-197.

[17] Bergmann, R., Kamtsiustcis, P., Bergmann, K., Huber, M. & Dudenhausen, J. 2000. Kompetente Elternschaft. *Deutsche Hebammenzeitschrift*. no. 10, pp. 557-581.

[18] Wimmer-Puchinger, B. & Schmidt, M. 1993. *Zustandsanalyse der geburtshilflichen Betreuung aus der Sicht der betroffenen Frau*. IFES und Ludwig Boltzmann-Institut für die Gesundheitspsychologie der Frau. Wien.