

Hebammenverband
Baden-Württemberg e.V.

www.hebammen-bw.de

31.01.2015

Vortrag auf der Frauengesundheitskonferenz der Grünen-Fraktion im Landtag von Baden-Württemberg am 31.01.2015 in Stuttgart von Jutta Eichenauer, 1. Vorsitzende des Hebammenverbandes Baden-Württemberg e. V. (Bitte beachten: Fußnote S. 8)

Das Berufsbild von Hebammen heute

Ein Überblick über das gesamte Spektrum der Hebammenversorgung. Welche Qualifikationen bleiben heute ungenutzt und wie können sie wieder in den Berufsalltag integriert werden.

Hebammen leisten einen gleichermaßen großen Beitrag zur Frauengesundheit wie zur Kindergesundheit. Sie sind dazu ausgebildet, normale Prozesse aufmerksam zu begleiten und Abweichungen frühzeitig zu erkennen.

Durch den ressourcenorientierten Ansatz ihrer Tätigkeit gelingt es relativ oft, eigene Kompetenzen der Frauen und Familien zu fördern und auf ein gesundheitsförderndes Verhalten hin zu wirken. Wo das nicht ausreichend gelingt, sind Hebammen die Lotsinnen zu anderen Hilfesystemen.

Hebammen arbeiten eng und intensiv in den Familien und genießen dort ein großes Vertrauen. Der Besuch der Hebamme stigmatisiert die Familien nicht. Die Hebammenhilfe ist eines der niedrigschwelligsten Hilfsangebote für Familien und wird von einem sehr großen Teil der Bevölkerung gerne in Anspruch genommen. Hebammen arbeiten an verschiedenen Schnittstellen z. B. zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe/Sozialarbeit etc.. Durch das Vertrauen, das den Hebammen entgegen gebracht wird, können sie Frauen und Familien dazu ermuntern, auch andere Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen.

Um das in dieser Arbeit verborgene Potential nutzen zu können, muss es gelingen, Hebammen und ihr Erfahrungswissen noch mehr in bestehende lokale Netzwerke zu integrieren.

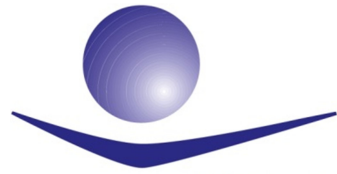
Es werden viele Hebammenleistungen in Deutschland von der Krankenkasse bezahlt, andere Länder beneiden uns zum Teil darum. Der Schwerpunkt darin liegt allerdings auf der medizinischen Versorgung.

Werden diese „Kassenleistungen“ ausreichend ausgeschöpft? Und wenn nein, warum nicht?

Hierzu einige Fakten.

Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Arbeit als Hebamme:

- a) **Hebammengesetz** regelt die Arbeitserlaubnis, so ist beispielsweise im **§4** die vorbehaltene Tätigkeit (Geburt und Wochenbett) und Zuziehungspflicht (zu jeder Geburt muss eine Hebamme hinzugezogen werden) festgeschrieben; auch hierum beneiden uns die Kolleginnen aus benachbarten Ländern.
Das Hebammengesetz regelt gleichermaßen die Ausbildung durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, wobei die Inhalte der Ausbildung EU-Richtlinien unterliegen
- b) **Hebammenberufsordnungen** der Länder gibt ebenfalls einen klar definierten Rahmen vor, was die Aufgaben und Pflichten einer Hebamme betrifft:
In §1 BO Ba-Wü steht folgendes geschrieben:
Hebammen haben Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen Hilfe zu leisten und Rat zu geben. Dabei ist die Gesundheit der Schwangeren, Mütter und Neugeborenen zu schützen und zu erhalten. Bei der Beratung sind neben medizinischen auch soziale und psychische Faktoren zu berücksichtigen. Die Schwangere ist zur Mitarbeit zu gewinnen, ihre Selbstverantwortlichkeit ist zu fördern.
- Aufklärung und Beratung zur Familienplanung,
 - Feststellen der Schwangerschaft und Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft und die Durchführung der in der normalen Schwangerschaft notwendigen Untersuchungen.
 - Veranlassen von Untersuchungen zum möglichst frühzeitigen Erkennen einer Risikoschwangerschaft
 - Vorbereitung auf die Elternschaft
- c) **Sozialgesetzbuch V:**
mit der Überführung der Leistungen aus der RVO ins SGB V in 2010,
- Regelt der **§ 24** den Anspruch der Frau/Kind hinsichtlich Hebammenhilfe; erst vor kurzem wurde hier die Wahlfreiheit des Geburtsortes ergänzend hinzugefügt.
 - Im **§134a**) ist seit 2007 die Bezahlung für die Hebammen geregelt, die Vergütung der Hebammenleistungen.



Hebammenverband
Baden-Württemberg e.V.

www.hebammen-bw.de

Der Begriff der Geburtshilfe:

Geburtshilfe meint heute nicht nur nach dem herkömmlichen Verständnis die Unterstützungsleistung zum Zeitpunkt der Geburt. In Anlehnung an den Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland aus dem Jahr 2007 bedeutet Geburtshilfe vielmehr die gesamte Lebensphase im Übergang zur Mutterschaft/Elternschaft. Meint also die Frau mit ihrem Partner im gesamten familiären Umfeld, welche bedeutsam an Verlauf von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit beteiligt sind und somit unbedingt in der Begleitung dieser Phase zu berücksichtigen sind. Besagter Bericht ist eine mehrjährige Projektarbeit, an denen sehr viele Personen beteiligt waren. Er wäre ohne die Unterstützung der Robert-Bosch-Stiftung, des Deutschen Hebammenverbandes und der Stiftung Fachhochschule Osnabrück nicht möglich gewesen. „Geburtshilfe neu denken“ ist die Hauptquelle auf die ich mich in meinem Vortrag beziehe (*neben meiner fast 32jährigen Erfahrung als Hebamme*)

Hebammenleistungen im Einzelnen (Stand heute)

Schwangerschaft:

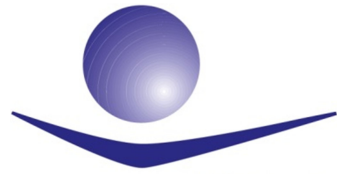
Beratung (12 x),
Vorgespräch (1-2 x),
Hilfeleistung,
Geburtsvorbereitung (14 x 60'),
Vorgespräche,
Vorsorgeuntersuchung (i.d.R. nach Mutterschaftsrichtlinien, es sei denn, die Frau wünscht ausdrücklich ein anderes Vorgehen)

Geburtshilfe:

- Klinik (98%),
- Beleghebamme,
- Geb.haus,
- Hausgeburt.

Nach der Geburt:

- Wochenbettbetreuung:
 - o Innerhalb der ersten 10 Tage 20 Leistungen, danach bis zum Ende der achten Woche zusätzlich 16 Leistungen
- Nach dem Wochenbett, bis zum Ende der Stillzeit bzw. Vollendung des neunten Lebensmonats acht Leistungen
- Rückbildungsgymnastik (10 x 60')



Hebammenverband
Baden-Württemberg e.V.

www.hebammen-bw.de

Welche Entwicklung hat stattgefunden?

Mit der Hospitalisierung der Geburt seit den 60er Jahren hat sich das Gebären ins Krankenhaus verlagert. Damit hat der Prozess der Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt seinen Gang genommen. Die häusliche Betreuung durch die Hebamme ist aus dem Fokus gerückt. In den Vordergrund rückte die Betreuung in der Klinik.

Anfänglich wurde auch im Krankenhaus die „Gekonnte Nichtintervention“ gepflegt, also eine Geburtshilfe die mit „Nichtstun“ ausgeübt wurde. Mit der Änderung der ärztlichen Schwangerenvorsorge Anfang der 1970er änderte sich das in Richtung Risikoorientierung, geregelt durch die Mutterschaftsrichtlinien. Neben der Medikalisierung fand eine Technisierung der geburtshilflichen Versorgung statt. Gleichzeitig entwickelte sich immer mehr eine Fragmentierung der Versorgung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett/Säuglingszeit: immer mehr Berufsgruppen stehen in dieser Lebensphase den Frauen/Familien zur Verfügung. Sie sind jedoch wenig vernetzt und folgen ihren jeweils ganz eigenen Richtlinien (Bsp. Mutterschaftsrichtlinien → verpflichtend für Ärztinnen und Ärzte, aber nicht für Hebammen).

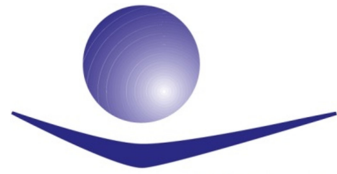
Trotz Reanimation der häuslichen Versorgung durch Hebammenhilfe (vormals 10 Tage Liegezeit, dann 7 Tage, heute nur noch 3 Tage, dem entsprechend hat der durch die Kassen geregelte Leistungsumfang zugenommen), sind Frauen mehr verunsichert denn je. Das spiegelt sich zwei Entwicklungen:

- steigende Inanspruchnahme von IGe-Leistungen für die Untersuchungen in der Schwangerschaft
- bis vor einem Jahr stetig wachsende Zahl an Kaiserschnitten

Auch im Wochenbett trauen Frauen sich kaum noch zu, es alleine zu schaffen. Durch den Umgang mit Schwangerschaft und Geburt und dem Bestreben nach Perfektionismus ist mittlerweile jegliche Wochenbettkultur abhandengekommen. Auf Grund der sich veränderten Lebensbedingungen haben Frauen keine Leitbilder mehr, das sichere Netz durch die Familie ist so nicht mehr existent.

Den Frauen heute wird die Fähigkeit aberkannt primär einfach mal schwanger sein zu können und gebären zu können. Und wenn wir nicht aufpassen, dann wird auch den Müttern/Eltern von vorn herein aberkannt, in die Mutter- bzw. Elternrolle hineinzuwachsen. So werden die Fragen zur Erziehungskompetenz in den Dokumentationsbögen von vielen Frauen als Eingriff in die Privatsphäre empfundenen)

Derzeitige Versorgungskonzepte legen ihren Schwerpunkt auf die Überwachung der körperlichen Vorgänge, psychosoziale Bedürfnisse werden marginalisiert. Das Angebot in der gesundheitlichen Versorgung der reproduktiven Lebensphase ist nicht durchgängig und es ist fragmentiert. Fehl-, Unter und Überversorgung sind die Folge, dies wiederum führt zur Verschwendung von Ressourcen und zu Fehlallokationen.



Hebammenverband
Baden-Württemberg e.V.

www.hebammen-bw.de

Verwissenschaftlichung und Technisierung der Geburtshilfe hat eine Spezialisierung, Steigerung und Präzision in Diagnose, Therapie und technischer Kompetenz in diesem Fachgebiet erreicht:

Die Schwangere wurde zur Patientin und die Geburt zu einem medizinischen Ereignis, das mit technischen Mitteln überwacht und gesteuert werden muss.

Ein Paradigmenwechsel ist unumgänglich

Vorstellbar ist eine Mutterschafts-Charta (vergleichbar mit der Ottawa-Charta, der Charta für Kinder im Krankenhaus, Rechte des Kindes vor während und nach der Geburt), erarbeitet in einem transdisziplinären Dialog unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern repräsentativer Klientengruppen.

Die Achtung von Patientenrechten gewinnt mehr und mehr an Bedeutung. Frauen sollten in der reproduktiven Lebensphase in dieser Entwicklung eine gesonderte Rolle einnehmen, da sie keine Patientinnen im üblichen Sinn sind. Zurzeit werden ihre Bedürfnisse und Rechte nicht ausreichend erfasst, geschweige denn, dass sie in irgendwelchen Betreuungskonzepten wiederzufinden sind.

Eine Mutterschafts-Charta kann die Neubewertung des Bedarfes und der Bedürfnis auch von Leistungsträgern und Leistungserbringern unterstreichen. Sie schließt vorangegangene Arbeiten und Beschlüsse auf internationaler, europäischer und nationaler Ebene mit ein wie bspw. die Ottawa-Charta (WHO 1986).

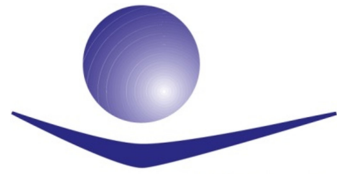
Geburtshilfe statt Geburtsmedizin

Prävention und salutogenetisches Denken

Die Frau muss im Kontext ihres sozialen Umfeldes und ihrer Lebenswelt betrachtet werden. Um zum Wohle von Mutter und Kind, von den Familien und hiermit den zukünftigen Generationen die Ressourcen der Hebammenarbeit voll auszuschöpfen, bedarf es dringend der Umkehr von einem zunehmend krankheitsorientierten Modell hin zu einem salutogenetischen, ressourcenorientierten und frau-zentrierten Betreuungsansatz.

Im Präventionsgesetz spiegelt sich die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention im Pflegerischen Bereich mittlerweile wider. Aber der die Lebensphasen Elternschaft und Kleinkindalter fehlen. Prävention darf nicht erst im Alter von sechs Jahren beginnen. Eltern werden und Elternschaft sollte ein eigener Abschnitt sein.

Hebammenhilfe inkludiert medizinische, psychosoziale, präventive und bindungsfördernde Leistungsinhalte. Ihr Aufgabenspektrum ist die reproduktive Phase der Frau, bzw. der jungen Familie. Die Hebamme ist dazu qualifiziert alle vier Aspekte der Leistungserbringung ausüben zu können. Leider stellen seit Jahren die Kassen vorwiegend den medizinischen Aspekt ihren Versicherten zur Verfügung. Dies mag daran liegen, dass die Kassen eine inhaltliche Trennung zwischen Heilung und Prävention vornehmen und die inhaltliche Arbeit der Hebamme als solche nicht kennt.



Hebammenverband
Baden-Württemberg e.V.

www.hebammen-bw.de

Es gilt aber auch, präventives Denken kritisch zu beleuchten, denn bei einem großen Teil der Präventionsmaßnahmen wird potentieller Nutzen überschätzt, möglicher Schaden ignoriert. Weite Teile der Präventivmedizin werden nicht auf der Basis hochwertiger Untersuchungen propagiert und praktiziert. Elf bis zwölf Untersuchungen der physiologischen Schwangeren in Deutschland - muss das sein? Bringt das einen Nutzen? Nachbarländer machen es anders vor, ohne dass die Zahlen andere sind (z. B. GB, Holland).

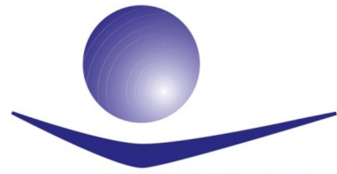
Es gibt keine klare Evidenz für eine Korrelation zwischen der Frequenz von Routineuntersuchungen in der Schwangerschaft und der Reduktion von Risiken bzw. einem verbesserten Outcome, solange die Zahl nicht unter vier sinkt. Salutogenetisches Denken sollte unser Handeln bestimmen, mit der Frau im Mittelpunkt. An ihren Ressourcen und denen ihres Umfeldes müssen wir uns orientieren. Mehrfach ist bewiesen wie sich diese Lebensphase als biographische Übergangssituation auf ihre Gesundheit und ihr gesundheitliche Verhalten in der Zukunft auswirkt. Besondere Ereignisse, wie die gelungene Bewältigung der Geburt eines Kindes (diese ganz besonders), eröffnen die Möglichkeit, gesundheitsförderliche Ressourcen zu entdecken und im familiären Leben weiterzuentwickeln. Wenn Frauen auf diese Lebensphase gestärkt und zufrieden zurückschauen können, wirkt sich dieses nicht nur positiv auf die Frau selber aus: Stillrate und Mutter-Kind-Bindung sind weitere Aspekte, die in unmittelbarem Zusammenhang zu sehen sind.

Auch besteht ein Zusammenhang zwischen einem ersten positiven Geburtserlebnis und einem weiteren Kind. Alle familien-fördernde Maßnahmen wie bspw. Elterngeld, Kindergeld, Elternzeit nützen keinem, wenn die Kinder hierfür nicht mehr geboren werden.

Das derzeitige Versorgungsangebot wird der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit als primär physiologischer und vitaler Prozess im Leben einer Frau nicht gerecht:

Eine undifferenzierte Anwendung des Risikokonzeptes führt derzeit zu Überversorgung der einen und Unterversorgung der anderen Schwangeren (soz. Benachteiligten, Alleierziehende, Migrantinnen mit Integrationsproblemen, Minderjährige werden benachteiligt, dies ist bekannt). So führen beispielsweise die häufigen Untersuchungen in der Schwangerschaft mit dem Blick auf die Pathologie mit Verboten und Geboten ausschließlich zur Verunsicherung und nicht zu einem besseren Outcome von Mutter und Kind. Ein Strauß von Empfehlungen/Geboten/Verboten nach dem Motto: „Nur zur Sicherheit, damit kann man nichts falsch machen“ führen dazu, dass Frauen schlussendlich nicht mehr allen Empfehlungen nachkommen können und vielleicht die für sie wirklich wichtige Empfehlung unter den Tisch fällt.

Die Einführung der Perinatalogie rückt das Kind in den Focus, Mutter und Kind sind keine Einheit mehr (à Materialprüfung des Ungeborenen). Die Normale Geburt wird neu definiert und die Grenze zwischen Normalität und Pathologie verschiebt sich à über 90% der komplett unauffälligen Frauen erhalten Interventionen; steigende Kaiserschnitttrate; wenige babyfreundliche Krankenhäuser sind weitere Indizien für die Fehlentwicklung.



Hebammenverband
Baden-Württemberg e.V.

www.hebammen-bw.de

Das Versorgungsangebot durch Hebammen birgt ungenutztes Potential:

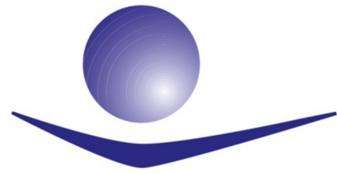
Die verbesserte Implementierung der Hebamme, bereits in der Schwangerschaft bzw. zum Zeitpunkt der Planung dienen der Unterstützung und zum Erhalt der Gesundheit durch Gesundheitsförderung und differenzierten Präventionsmaßnahmen unter Berücksichtigung individueller und kultureller Bedürfnisse. Die Lotsinnenfunktion der Hebamme muss bekannter und mehr genutzt werden. Die Vorteile der Schlüsselfunktionen „Niederschwelligkeit, Weisungsungebundenheit, im Auftrag der Frau/Familie“ müssen klar sein.

Der Aufbau eines Netzwerkes zur optimalen Verknüpfung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und Optimierung der Interdisziplinarität ist durch die Bi-ansatzweise erhalten, bedarf aber noch großer Verbesserungen. Die Versorgung durch Hebamme als eine umfassende und durchgängige Betreuung von Frauen im reproduktiven Lebenszyklus bietet sich dazu an, Gesundheitsförderung, Frauen- und Familiengesundheit mit ökonomischen Aspekten für das Gesundheitssystem zu verbinden

Herausforderungen auf dem Weg

Die Sicherung der Versorgungsleistung:

- Ausrichtung der Versorgungslandschaft hin zur Gesundheitsförderung muss auf Bundesebene unterstützt werden, aber auch auf Länderebene ist Handlungsbedarf. Gesundheitsleitbild aus Baden-Württemberg weist zwar darauf hin, dass die Menschen hier von Geburt an ein gesundheitsförderndes Aufwachsen und Leben ermöglicht wird. Darin und in den Gesundheitskonferenzen steckt noch Potential, die ganz frühe Lebensphase einzubeziehen. Stichwort Gesunderhaltung!
- Hebammenwesen stärken, um dessen Potential optimal zu nutzen. Das heißt, dass Hebammen in allen maßgeblichen Gremien, Fachgruppen, Ausschüssen vertreten sind und sich mit einbringen.
- Rechtlichen Weichenstellung:
 - EU-Richtlinie und die Umsetzung dieser (im Herbst 2013 ist die 12jährige allgemeine Schulbildung in der EU-Richtlinie 2005/36/EG zur Anerkennung von Berufsqualifikationen in erster Lesung im Europäischen Parlament beschlossen worden)
 - SGB V (differenzierte Leistungsbeschreibung, Familienhebammenleistung)
 - Präventionsgesetz (Aufnahme der reproduktiven Lebensphase von Frauen mit der Begleitung durch die dazugehörige Berufsgruppe).
- Überprüfung der Finanzierung der Versorgungsleistung: Leistungen der Versicherungsträger können ergänzt werden aus Mitteln der öffentlichen Hand → BI ein Stück weit geschehen.



Hebammenverband
Baden-Württemberg e.V.

www.hebammen-bw.de

Verbesserung der Ausbildung

- Hebammenausbildung auf Hochschulniveau. Nach Evaluierung der Modellstudiengänge in 2015
- Systematische inhaltliche Anpassung der Ausbildungsinhalte durch quantitative und qualitative Analyse der berufl. Anforderungen am besten durch die eigene Wissenschaft.
- Mitfinanzierung der Ausbildung aus öffentlichen Mitteln um die Finanzierung von Interessensgruppen abzukoppeln
- Masterstudiengänge im Anschluss an den Bachelor der Primärqualifikation
- Entwicklung von Standards und Konzepten in der derzeitigen Ausbildungsstruktur.

Forschung

- Strukturen an deutschen Hochschulen schaffen zur Vertiefung des Faches Hebammenwesen
- Förderung des internationalen Austausches in Wissenschaft und Forschung
- Bereitstellung von Mitteln für gezielte Forschung

Fazit

Zum Wohle der Frauen und der Jungen Familien müssen die Ressourcen der Hebammenarbeit voll ausgeschöpft werden. Das ist das Potential, das zur Verfügung steht, aber noch viel zu wenig genutzt wird. Es senkt Kosten und stärkt den Menschen.

Die flächendeckende Versorgung der Familien muss gewährleistet werden. Es muss eine Erhebung stattfinden, um diese Lücken in der Versorgung mit Zahlen hinterlegen zu können. Hierfür ist die Politik gefragt, denn Zahlen, die wir als Verband liefern, würden nicht anerkannt werden.

Fußnote:

Dieser Bericht beansprucht nicht den Status einer wissenschaftlichen Abhandlung. Im Arbeitsalltag begegnen einem viele Anregungen, Ideen und Recherchen von Kolleginnen und Kollegen. Der Gedankenaustausch mit ihnen auf zahlreichen Veranstaltungen trägt Früchte. So basieren manche Inhalte des Vortrages im Wesentlichen auf zwei Quellen:

- Friederike zu Sayn-Wittgenstein (Hg.): „Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland“. Bern (Verlag Hans Huber), 2006
- Christine Wehrstedt: „Prävention und Beratung: nicht automatisch nützlich oder unschädlich“. Hebammenforum (Fachmagazin des Deutschen Hebammenverbandes). Berlin, Januar 2015, S. 24-26.

Allen Kolleginnen vielen Dank!