



Geburtshilfliche Versorgung in den Kliniken flächendeckend sicherstellen, Hebammenpotenziale nutzen!

Zehn Forderungen für eine gute klinische Geburtshilfe

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

Geburtshilfliche Versorgung in den Kliniken flächendeckend sicherstellen, Hebammenpotenziale nutzen!

Zehn Forderungen für eine gute klinische Geburtshilfe

Seit Jahren wird die Zentralisierung der Geburtshilfe in Deutschland vorangetrieben. Ursprünglich waren die Verbesserung der Versorgungssituation – speziell von Frühgeborenen – und die Senkung der Säuglingssterblichkeit der Grund für die Spezialisierung von geburtshilflichen Abteilungen und die Schließung kleinerer Kreißsäle. Mittlerweile sind vor allem der ökonomische Druck und der Mangel an qualifiziertem Personal – Hebammen sowie Geburtshelferinnen¹ – Hauptursachen für die Aufgabe von immer mehr Kreißsälen deutschlandweit. Die Folgen sind: Täglich müssen Frauen in den verbleibenden Kreißsälen abgewiesen werden oder weite Strecken zur nächsten Geburtsklinik zurücklegen. Regelmäßig stehen Hebammen vor der Situation, zu viele Geburten zeitgleich betreuen zu müssen. Zugleich birgt die aktuelle Finanzierung über Fallpauschalen die Gefahr, dass vor allem in großen spezialisierten geburtshilflichen Kliniken mehr Eingriffe in den Geburtsvorgang als notwendig vorgenommen werden, um den Betrieb ökonomisch zu tragen (unnötige Interventionen und Pathologisierung).

Diese Situation ist untragbar und der DHV fordert, dass kurzfristig sinnvolle Maßnahmen getroffen werden, um die Betreuungslücken von Mutter und Kind in der Geburtshilfe zu schließen. Mittelfristig muss eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung mit klinischer Geburtshilfe von Hebammen in Deutschland wieder sichergestellt werden.

Eine flächendeckende Versorgung mit guter und sicherer Geburtshilfe in Deutschland ist vor allem dann möglich, wenn die Finanzierung der klinischen Geburtshilfe nachhaltig gesichert ist und der Arbeitsplatz Klinik für Hebammen wieder attraktiver wird. Dafür sind strukturelle Veränderungen notwendig. Die folgenden Maßnahmen sehen wir als Voraussetzungen dafür, den Wandel von einer *Geburtshilfe* zur *Geburtsmedizin* zu stoppen, wieder mehr Hebammen für die Arbeit in der klinischen Geburtshilfe (zurück) zu gewinnen und die Finanzierung geburtshilflicher Abteilungen deutschlandweit zu sichern.

1. Flächendeckende Versorgung sicherstellen

Schwangere und Gebärende müssen flächendeckend eine sichere und frauenzentrierte geburtshilfliche Versorgung vorfinden. Eine Geburt ist kein Notfall, aber eben auch kein geplanter Eingriff. Die flächendeckende Versorgung kann sichergestellt werden, wenn

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird nur die weibliche Form benutzt. Menschen jeden Geschlechts sind damit inkludiert. Als Geburtshelferinnen werden geburtshilflich tätige Ärztinnen bezeichnet.

Geburtshilfliche Versorgung in den Kliniken flächendeckend sicherstellen, Hebammenpotenziale nutzen!

Zehn Forderungen für eine gute klinische Geburtshilfe

finanzielle Hilfen geleistet werden wie Sicherstellungszuschläge für sogenannte „Sole Provider“². Wo die Erreichbarkeit einer geburtshilflichen Abteilung nicht innerhalb eines festzusteckenden Zeitrahmens sichergestellt werden kann, müssen praktikable und familienfreundliche Lösungen gefunden werden. Dazu müssen für Deutschland innovative Transportkonzepte und verbindliche Verlegungsrichtlinien eingeführt werden.

Interprofessionelle Trainingseinheiten für Routine- und Notfallmaßnahmen in der geburtshilflichen Versorgung müssen verpflichtend in allen Kliniken stattfinden, sodass alle geburtshilflichen Abteilungen (insbesondere auch kleine) eine gute Qualität und Patientensicherheit garantieren können.

Grundsätzlich müssen in Deutschland flächendeckend mehr Kapazitäten in der klinischen Geburtshilfe aufgebaut werden, um dem Bedarf gerecht zu werden.

2. Vorhaltekosten der Geburtshilfe berücksichtigen

Auch wenn keine Geburt stattfindet muss der Kreißaal mit Personal besetzt sein. Die notwendige Infrastruktur muss vorgehalten werden. Dabei entstehen Kosten, denen zunächst keine direkte Leistung gegenübersteht. Diese Kosten müssen in der Vergütung und Finanzierung der Geburtshilfe – unabhängig von den tatsächlichen Geburtenzahlen – berücksichtigt und finanziert werden.

3. Personalschlüssel an internationalen Standards orientieren³

Für die Patientensicherheit von Mutter und Kind ist die international übliche sogenannte Eins-zu-eins-Betreuung einzuführen, um die kontinuierliche Betreuung der Gebärenden durch eine Hebamme zu ermöglichen⁴. Das entspricht einem Stellenschlüssel von einer Vollzeitstelle auf 30 Geburten pro Jahr, wobei in geburtshilflichen Abteilungen mit wenig Geburten die rund um die Uhr Betreuung ggf. durch einen höheren Stellenschlüssel aufgefangen und finanziert werden muss.

4. Räumliche Situation in den Kreißsälen dem tatsächlichen Bedarf anpassen

Die räumliche Situation in den Kreißsälen muss verbessert werden. Jede Gebärende braucht einen eigenen Raum, inklusive einer Hebamme in Eins-zu-eins-Betreuung. Pro

² Unter dem Begriff ‚Sole Provider‘ werden solche Häuser verstanden, deren räumliche Lage so isoliert ist, dass sich bei einer möglichen Schließung die regionale Versorgungssituation durch längere Anfahrtswege über ein tolerierbares Maß hinaus verschlechtert – und die gesamte Region den Wegfall spüren würde.

³ WD 9-3000-079/16: Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stat. Geburtshilfeeinrichtungen in ausgewählten Ländern.

⁴ WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience (2018)

Geburtshilfliche Versorgung in den Kliniken flächendeckend sicherstellen, Hebammenpotenziale nutzen!

Zehn Forderungen für eine gute klinische Geburtshilfe

angefangene 400 Geburten im Jahr muss ein Kreißaal/Gebärraum vorgehalten werden⁵ (mind. aber drei Räume). Diese Voraussetzungen sind bei den Vorhaltekosten jeder Geburtsklinik zu berücksichtigen.

5. Physiologische Geburt in Kliniken fördern

Um der weiteren Pathologisierung und Medikalisierung von Geburten entgegenzuwirken, fordern wir einen nationalen Aktionsplan zur Förderung der physiologischen Geburt. Grundsätzlich müssen in allen Kliniken Hebammenkreißsäle mit räumlicher Trennung und eigenem Stellenschlüssel eingerichtet werden, damit Frauen hebammengeleitet in der Klinik gebären können. Für die Gewährleistung einer freien Wahl des Geburtsortes sollte das Angebot unter anderem durch angegliederte Geburtshäuser im klinischen Umfeld erweitert werden.

6. Zusätzlich geburtshilfliche Notfallambulanzen bzw. einen geburtshilflich-gynäkologischen kassenärztlichen Notdienst einrichten

Die geburtshilflichen Abteilungen in Deutschland stehen vor derselben Misere wie die Notfallambulanzen der Kliniken: Die ökonomische Situation sowie die Arbeitsbelastung wird zusätzlich verschärft, weil viel Personal für sogenannte Notfälle⁶ gebunden wird, die keine oder nur geringe Einnahmen bringen. Dazu kommen Schwangere, die zu Vorsorgeleistungen von den niedergelassenen Ärzten an die Kliniken „abgegeben“ werden. Es finden zu viele ambulante Leistungen in Kreißsälen statt, die nicht zu Geburten führen und die zu viel zeitliche Kapazität des ohnehin knappen Personals binden. Die Schaffung neuer geburtshilflicher Notfallambulanzen und ggf. auch eines geburtshilflich-gynäkologischen kassenärztlichen Notdienstes muss diese Versorgungslücke kurzfristig auffangen.

7. Alle durch Hebammen erbrachten Leistungen vergüten und berufsfremde Tätigkeiten vermeiden

Jede Leistung, die in Kliniken durch Hebammen erbracht wird, muss sich in der Vergütung der Betreuung der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen in der Klinik widerspiegeln (bspw. analog der Vergütung der Leistungen von Beleghebammen). Dort, wo Qualität und Patientensicherheit durch eine Eins-zu-eins-Betreuung gewährleistet

⁵ Bei einer Visitation im August 2018 hat eine Delegation des DHV diesen Schlüssel in London/Newham bei 6000 klinischen Geburten/Jahr vorgefunden -laut Aussage der Hebammen ist das ausreichend- siehe auch Fußnote 3)

⁶ Frauen, die mit gynäkologischen oder geburtshilflichen Problemen in die Klinik statt in die Praxis der niedergelassenen Ärztinnen kommen.

Geburtshilfliche Versorgung in den Kliniken flächendeckend sicherstellen, Hebammenpotenziale nutzen!

Zehn Forderungen für eine gute klinische Geburtshilfe

werden, muss dies durch finanzielle Boni honoriert werden⁷. Damit Hebammen ihren Aufgaben gerecht werden und zu einhundert Prozent den Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen, Neugeborenen und den Partnerinnen und Partnern zur Verfügung stehen können, müssen angestellte Hebammen zudem von allen berufsfremden Tätigkeiten entlastet werden.

8. Hebammenpotenziale nutzen und neue Arbeitsplatzmodelle schaffen

Hebammen bringen vielfältige fachspezifische Kompetenzen und Fertigkeiten mit und müssen deswegen in allen Abteilungen, in denen Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen betreut werden, tätig sein. Nur so wird das volle Potenzial der Hebammen genutzt und der wichtige Kompetenzerhalt rund um die Geburtshilfe gewährleistet. Gleichzeitig können so neue Arbeitsplatzmodelle geschaffen werden, die für Hebammen in ihren unterschiedlichen Lebensabschnitten attraktiv sind. Ebenso wird die Vereinbarkeit dieses anspruchsvollen Berufs und der Familie ermöglicht. Nur so können die dringend benötigten Fachkräfte langfristig in der Geburtshilfe gehalten werden.

9. Hebammen in leitende Tätigkeiten

Hebammen haben eine Schlüsselfunktion für die Gesundheit von Mutter und Kind. Das muss in den Organisationsstrukturen und Leitungsfunktionen einer Klinik gespiegelt werden. Hebammen sollten Karrieremöglichkeiten neben und über der Tätigkeit im Kreißaal geboten werden: Hebammen müssen in Kliniken in übergeordneten Leitungsfunktionen tätig und damit auch sichtbar sein. Dafür sind die bestehenden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Hebammen zu öffnen und neue Angebote und Aufstiegsmöglichkeiten zu schaffen.

10. Interprofessionelles Fehlermanagement auf Augenhöhe implementieren

In allen Kliniken muss ein interprofessionelles und nachhaltiges Fehlermanagement in der Geburtshilfe umgesetzt werden. Dabei müssen Hebammen in leitender Tätigkeit – auch im Rahmen ihrer Vorbildfunktion für alle Hebammen – eine gleichberechtigte Position gegenüber den anderen Interessensgruppen und Professionen (des ärztlichen Bereiches und der Pflege) einnehmen. Dies bedeutet: die Arbeit von Hebammen muss durch Hebammen weiterentwickelt, evaluiert, angeleitet und überwacht werden.

⁷ Referenz: Better Birth: Maternity Review (S. 93 – Continuity of Care incentive).

Geburtshilfliche Versorgung in den Kliniken flächendeckend sicherstellen, Hebammenpotenziale nutzen!

Zehn Forderungen für eine gute klinische Geburtshilfe

Unsere Ziele sind klar: Die Situation der klinischen Geburtshilfe muss sich insgesamt verbessern. Mit der Umsetzung dieser Forderungen wird die Umgestaltung der klinischen Geburtshilfe nicht weiter zulasten der Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen, ihrer Kinder sowie Partnerinnen und Partner gehen. Hebammen und Geburtshelferinnen werden gute Arbeitsbedingungen vorfinden. Das wird die Grundlage dafür bilden, dass Hebammen in die Kliniken zurückkommen. Die Geburtshilfe in Deutschland wird den Vergleich mit dem europäischen Ausland nicht mehr scheuen müssen.

Am Ende stehen mehr Sicherheit für Mütter und ihre Kinder und eine wohnortnahe, flächendeckende geburtshilfliche Versorgung sowie bessere Arbeitsbedingungen in den Kliniken. Dafür tritt der Deutsche Hebammenverband ein!



Ulrike Geppert-Orthofer
Präsidentin



Susanne Steppat
Beirätin für den Angestelltenbereich