

Wahlprüfsteine zur Landtagswahl NRW 2017



LANDESVERBAND DER HEBAMMEN
Nordrhein-Westfalen e.V.

Inhaltsverzeichnis

Der Landesverband der Hebammen NRW e.V.	3
Hebammenhilfe in NRW.....	3
Sicherstellung einer optimalen Versorgung von Schwangeren und jungen Familien mit Hebammenhilfe in NRW - unsere Fragen an Sie.....	4
1. Datenerhebung zur geburtshilflichen Versorgung.....	4
2. Situation in den Kliniken	5
3. Wohnortnahe Versorgung mit Hebammenhilfe.....	6
4. Berufshaftpflichtversicherung	7
5. Neue Versorgungskonzepte	9
6. Hebammenarbeit im Bereich der Frühen Hilfen	10
7. Hebammen in der Landesgesundheitskonferenz NRW	11
8. Hebammenausbildung an Hochschulen.....	12
9. Vergütung von Externaten im Rahmen der Hebammenausbildung.....	13
10. Leitlinienentwicklung und Hebammenforschung	14
Quellen und Literatur.....	15

Der Landesverband der Hebammen NRW e.V.

Der Landesverband der Hebammen NRW e.V. ist mit rund 4.100 Mitgliedern der größte der 16 Landesverbände, die im Deutschen Hebammenverband zusammengeschlossen sind. Er vertritt die Interessen aller Hebammen. Im Landesverband sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrerinnen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftlerinnen, Familienhebammen, sowie Hebammschülerinnen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit ein zentrales Anliegen des Verbandes.

Hebammenhilfe in NRW

Hebammen leisten einen wesentlichen Beitrag bei der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland. Sie betreuen Frauen und Familien in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit und im ersten Lebensjahr des Kindes. Hierbei geht es in erster Linie um Erhalt und Förderung von Gesundheit. Die Behandlung pathologischer Vorgänge gehört ins ärztliche Arbeitsfeld. Studien belegen, dass durch Hebammenbetreuung ein guter und sicherer Start ins Leben und in die Elternschaft gefördert wird. In vielen Ländern sind Hebammen daher als Primärversorgerin im Bereich der Schwangerschaftsbetreuung und Geburtshilfe eingesetzt, Ärztinnen und Ärzte werden nur bei Pathologien hinzugezogen. In Deutschland ist im Fünften Sozialgesetzbuch das Recht der Frauen sowohl auf ärztliche als auch auf Hebammenbetreuung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit festgeschrieben. Hebammen betreuen selbstständig und eigenverantwortlich Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen, Stillende und ihre neugeborenen Kinder; es ist keine Anordnung oder Weisung einer Ärztin oder eines Arztes erforderlich. Zu jeder Geburt muss eine Hebamme hinzugezogen werden. Dabei ist die Leistung der Hebamme an jedem Geburtsort möglich: in der Klinik, im Geburtshaus oder im häuslichen Rahmen. Hebammen arbeiten sowohl angestellt als auch freiberuflich. Damit Frauen an jedem Ort ihrer Wahl gebären können, müssen sowohl die entsprechende Hebammenhilfe als auch eine geeignete Klinik vor Ort gewährleistet sein. Aktuell ist in NRW nicht gesichert, dass jede Frau die Hebammenleistungen in Anspruch nehmen kann, die sie wünscht. Berichte der Hebammen und Hebammenzentralen lassen vermuten, dass insbesondere in ländlichen Regionen, aber auch in Großstädten nicht alle Leistungen in ausreichendem Maße angeboten werden und zunehmend Frauen auf die Hebammenbetreuung verzichten müssen, die sie eigentlich gewollt hätten. Für NRW liegen keine Daten vor, welche die geburtshilfliche Versorgungssituation beschreiben würden. Es ist weder bekannt, wie viele Hebammen welcher Altersstruktur in welcher Region mit welchem Leistungsangebot und in welchem Umfang arbeiten, noch, ob Frauen die Hebammenbetreuung, die sie suchen auch finden und ob sowohl Frauen als auch Hebammen zufrieden mit der geburtshilflichen Versorgung sind. Insbesondere ist es für die Frauen schwierig bis unmög-

lich, eine individuelle 1:1-Betreuung durch ihre Bezugshebamme während der Geburt sowohl in der Klinik als auch an außerklinischen Geburtsorten zu finden. Hebammen äußern deutschlandweit in verschiedenen Befragungen ihre Unzufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation, bei der sie sich zunehmend Überlastungen ausgesetzt sehen. Insbesondere in den Kreißsälen steigt die Arbeitsbelastung: Hebammen müssen im strapaziösen Schichtbetrieb teilweise bis zu 5 Gebärende gleichzeitig betreuen und können regelmäßig nicht die rechtlich vorgeschriebene Pause nehmen. Gleichzeitig mehren sich Berichte von Frauen, ihren Partnern und Partnerinnen, Hebammen und werdenden Hebammen, die eine interventionsreiche und unpersönliche geburtshilfliche Betreuung in der Klinik als übergriffig und gewalttätig erleben.

Die jetzige NRW-Regierung hatte einen Runden Tisch Geburtshilfe eingerichtet, der verschiedene Aspekte und Fragestellungen zur geburtshilflichen Versorgung in NRW diskutiert und in seinem 2015 erschienenen Abschlussbericht Handlungsempfehlungen für Verbesserungen gibt. Wesentliche Anlässe für diesen Runden Tisch waren die immens gestiegene Kaiserschnittquote und die existenzgefährdende Problematik unablässig steigender Haftpflichtversicherungsprämien für in der Geburtshilfe freiberuflich tätige Hebammen.

Der Landesverband der Hebammen NRW erwartet mit Spannung die Umsetzung der Handlungsempfehlungen und wünscht weitere mutige und innovative Schritte zur Erreichung einer geburtshilflichen Versorgung in NRW, welche die körperliche und seelische Gesundheit der Frauen, ihrer Neugeborenen und ihrer Familien optimal stärkt und fördert.

Sicherstellung einer optimalen Versorgung von Schwangeren und jungen Familien mit Hebammenhilfe in NRW - unsere Fragen an Sie

1. Datenerhebung zur geburtshilflichen Versorgung

Situation

Es existiert kein zuverlässiges Erfassungssystem, das die geburtshilfliche Versorgung in NRW sichtbar machen würde. Es gibt keine Daten zu:

- Anzahl, Alter und Tätigkeitsumfang von Hebammen je Region,
- den Leistungsangeboten freiberuflich tätiger Hebammen,
- einem optimalen Personalschlüssel für die aktuellen Versorgungsanforderungen in den Kreißsälen,
- Über-, Unter- oder optimaler geburtshilflicher Versorgung,
- Zufriedenheit mit der geburtshilflichen Versorgung
- den tatsächlichen Geburtsorten (Krankenhaus, Geburtshaus, Hausgeburt, Rettungswagen, Auto ...),

- Nachwuchssituation,
- Ausbildungsbedarf,
- Quote und Gründe für einen Berufsausstieg

Unsere Position

Wir empfehlen:

- Durchführung der vom MGEPA als Ergebnis des Runden Tisches Geburtshilfe angekündigten Datenerhebung
- Implementierung eines zuverlässigen Meldesystems für Hebammen, das auch in Zukunft Aufschluss über die Versorgungssituation gibt
- Entwicklung eines Personalschlüssels, der unter Berücksichtigung der aktuellen Anforderungen in den Kreißsälen eine optimale 1:1-Betreuung der Gebärenden ermöglicht
- Unterstützung der Erforschung einer qualitativ optimalen Versorgung

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

2. Situation in den Kliniken

Situation

98% aller Kinder in Deutschland kommen in Kliniken zur Welt. Ihre Mütter erfahren dabei im Wesentlichen eine Betreuung durch Hebammen. Gute Bedingungen für die Arbeit von Hebammen sind gleichzeitig die besten Voraussetzungen für eine optimale Versorgung der Gebärenden mit wenig Interventionen, ein gutes Geburtserlebnis wiederum eine wichtige Voraussetzung für die psychische Gesundheit der Mütter, die Bindung mit dem Kind und erfolgreiches Stillen. Die Arbeitsbedingungen in den Kreißsälen verschlechtern sich allerdings zunehmend, die Interventionsraten steigen und immer mehr Frauen berichten von Traumatisierungen durch das Geburtserlebnis.

Eine repräsentative Befragung des Picker-Instituts im Auftrag des Deutschen Hebammenverbandes 2015 belegt:

- Die Hälfte der Hebammen betreut häufig drei Frauen parallel
- Weitere 20% betreuen häufig sogar vier und mehr Frauen parallel
- Knapp zwei Drittel der Hebammen müssen aufgrund von Personalengpässen regelmäßig Vertretungen übernehmen
- 90% der Hebammen können gesetzlich vorgeschriebene Pausen nicht einhalten und leisten immer mehr Überstunden

70% der angestellten Hebammen arbeiten in Teilzeit. Freie Stellen werden nicht mehr besetzt, monatlich schließen in Deutschland geburtshilfliche Abteilungen. Das Deutsche Krankenhausinstitut stellte 2014 fest, dass ein Fünftel aller Kliniken ihre freien Stellen nicht mehr mit Hebammen besetzen kann, was die Arbeitsbedingungen der angestellten Hebammen

weiter verschärft. Die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen führt dazu, dass immer mehr Hebammen aus ihrem Beruf aussteigen – ein Teufelskreis!

Die Vergütungssystematik der Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups = DRG) ist eine der Ursachen dafür, dass nicht genügend Hebammen in Kreißsälen angestellt werden. Geburten sind gesunde, individuelle Vorgänge, die unterschiedlich lange dauern können und unterschiedlich intensive Betreuung erfordern. Das jetzige Abrechnungssystem führt auch dazu, dass z.B. Kaiserschnitte finanziell lukrativer sind als die Betreuung von Spontangeburt. Es ist davon auszugehen, dass dies wirksame Maßnahmen zur Förderung physiologischer Geburten in den Kliniken hemmt, wie beispielsweise die Umsetzung des Expertinnenstandards zur Förderung der physiologischen Geburt oder der Implementierung eines Hebammenkreißsaals.

Unsere Position

entspricht im Wesentlichen den Handlungsempfehlungen des Runden Tisches Geburtshilfe NRW:

- Entwicklung von Qualitätskriterien für eine gute Geburtshilfe unter Einbezug aller an der Geburtshilfe beteiligten Berufsgruppen
- Kritische Überprüfung der DRG-Systematik für vaginale Geburten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (GBA). Der Landesverband der Hebammen NRW empfiehlt darüber hinaus, die Betreuung des physiologischen Verlaufs einer Geburt prinzipiell aus der Vergütungssystematik der Fallpauschalen (DRG) auszuschließen und hierfür ein geeigneteres Instrument zu entwickeln, das auch den individuellen Zeitaufwand bei Geburtsbetreuungen berücksichtigt
- Erhöhung der Stellenzahl und Schaffung attraktiver Arbeitsplätze für Hebammen in Kreißsälen, die eine kontinuierliche 1:1-Betreuung während der Geburt ermöglichen
- Förderung innovativer Versorgungskonzepte wie dem Hebammenkreißsaal

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

3. Wohnortnahe Versorgung mit Hebammenhilfe

Situation

Das Fünfte Sozialgesetzbuch regelt den Anspruch auf Hebammenleistungen in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Hierbei kann die Geburt an verschiedenen Orten stattfinden: in der Klinik, in einer hebammengeleiteten Einrichtung (Geburtshaus) oder im häuslichen Umfeld. Die Wochenbettbetreuung findet in den ersten Tagen oft noch in der Klinik statt, der überwiegende Teil jedoch bei der Familie zu Hause. Damit die Versicherte diese Leistungen auch in Anspruch nehmen kann, muss eine wohnortnahe Versorgung mit Hebammenhilfe sichergestellt sein. Über die tatsächliche Versorgungslage wissen wir wenig,

da valide Daten fehlen. Berichte der Hebammen und Meldungen der Frauen z.B. auf der „Karte der Unterversorgung“ des Deutschen Hebammenverbandes sowie Untersuchungen des IGES-Instituts im Auftrag des BMG lassen vermuten, dass insbesondere in den ländlichen Regionen, aber auch in den Großstädten immer öfter Frauen keine Hebamme für die Betreuung finden und die dort tätigen Hebammen überlastet sind. Die zunehmenden Schließungen geburtshilflicher Abteilungen führen zu längeren Anfahrtswegen und damit zu einer Erhöhung des Risikos nicht fachkundig betreuter Geburten unterwegs im Auto oder Rettungswagen. Außerdem gefährden längere Verlegungswege die Möglichkeit, den Anspruch auf außerklinische Geburten zu verwirklichen, die nur dann sicher betreut werden können, wenn der Verlegungsweg nicht zu weit ist.

Berichte und Befragungen deuten außerdem darauf hin, dass immer mehr Hebammen aus wirtschaftlichen und Belastungsgründen ihr Leistungsangebot einschränken oder ganz aus dem Beruf aussteigen. Insbesondere das Angebot freiberuflicher Geburtsbetreuung scheint zunehmend eingestellt zu werden (vgl. Punkt 4).

Unsere Position

Wir empfehlen:

- Erhalt auch kleiner geburtshilflicher Abteilungen, wenn dadurch ein Anfahrtsweg gesichert werden kann, der höchstens 20 Minuten beträgt
- Evaluierung des Angebots sowie des Bedarfs an Hebammenleistungen (vgl. Punkt 1)
- Förderung neuer Versorgungskonzepte (vgl. Punkt 5)
- Sicherung der beruflichen Existenz freiberuflich tätiger Hebammen (vgl. Punkt 4)

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

4. Berufshaftpflichtversicherung

Situation

Trotz der durch verschiedene Maßnahmen der Bundesregierung zwar verbesserten, aber nicht ausreichend wirksam gelösten Haftpflichtproblematik (die übrigens nicht nur die freiberuflichen Hebammen, sondern alle in der Geburtshilfe tätigen Personen und Institutionen betrifft) befürchten wir weiterhin eine Verschlechterung der Versorgungslage. Steigende Versicherungsprämien und zunehmende Probleme, überhaupt einen Versicherer für das schwer kalkulierbare Risiko der Geburtshilfe zu finden, gefährden Planungssicherheit und Existenz vor allem für die Hebammen, die als Freiberuflerinnen Geburtshilfe anbieten. Auch der Runde Tisch Geburtshilfe NRW empfiehlt hier, weiter nach einer auch in Zukunft tragfähigen Lösung für die Haftpflichtproblematik in der Geburtshilfe zu suchen.

Hintergrund

Hebammen müssen für das Risiko eines Schadensfalls eine Berufshaftpflichtversicherung abschließen. Je nach Leistungsangebot sind hierbei die Versicherungsprämien unterschiedlich hoch. Im Bereich der Geburtshilfe fallen zwar nicht mehr Schadensfälle als anderswo, aber immens hohe und weiter steigende ausgerichtete Schadenssummen an. Dies führt dazu, dass einerseits immer weniger Versicherungen überhaupt bereit sind, den schwer kalkulierbaren Bereich der Geburtshilfe zu versichern, und andererseits die Prämien der verbleibenden Versicherer sich dramatisch erhöhen. Diese hohen Prämien gefährden die Existenz freiberuflich tätiger Hebammen, die vor allem, wenn sie nur wenig Geburten betreuen und abrechnen, nicht mehr in der Lage sind, die anfallenden Kosten zu erwirtschaften. Dies führt dazu, dass insbesondere in strukturschwachen, ländlichen Regionen, in denen Hebammen nur wenige Geburten betreuen können, das Angebot einer außerklinischen Geburt ganz weg fällt, wenn die Hebammen dort die Geburtshilfe aufgeben. Die Problematik wurde von der Bundesregierung erkannt. Eine Interministerielle Arbeitsgruppe erarbeitete 2014 gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern von Hebammenverbänden, –initiativen und Versicherungen einen Bericht zu Situation und Lösungsmöglichkeiten. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) brachte daraufhin verschiedene Maßnahmen auf den Weg:

- Es erreichte die Zusammenstellung eines Versicherungskonsortiums, das bereit war, zumindest bis 2018 weiterhin Haftpflichtversicherungen für Hebammen mit Geburtshilfe zu zeichnen. Dort steigen die Prämien weiterhin jährlich.
- Es verpflichtete durch das Versorgungsstärkungsgesetz die Krankenkassen zum Regressverzicht im Falle eines Vorliegens nur leichter Fahrlässigkeit der Hebamme im Schadensfall, um die Kostenspirale einzudämmen. Eine Differenzierung nach leichter oder grober Fahrlässigkeit war bislang in der Rechtsprechung für einen Regressanspruch unerheblich. Sowohl Hebammen- als auch Versicherungsvertreterinnen und -vertreter bezweifeln hier eine ausreichende Wirksamkeit.
- Die Krankenkassen wurden weiterhin verpflichtet, bei der Vergütung der geburtshilflichen Leistungen der Hebammen die Kosten für die Versicherungsprämien wirksam zu berücksichtigen. Seit Juli 2015 soll dies durch den sogenannten Sicherstellungszuschlag geschehen, der auch für den Fall die Refinanzierung der Versicherungsprämien sichern soll, dass Hebammen nur wenige Geburten abrechnen können. Auf die Ausgestaltung dieses Instruments konnten sich Hebammenverbände und Krankenkassen nicht einigen, so dass hier eine Schiedsstelle entscheiden musste. Nach Ansicht der Hebammenverbände wird in der jetzigen Form des Sicherstellungszuschlags die Absicht des Gesetzgebers zur Sicherung der Kostenrefinanzierung gerade bei wenigen Geburten nicht wirksam umgesetzt. Der Deutsche Hebammenverband hat gegen den Schiedsstellenbeschluss Klage erhoben.

Nicht gefolgt ist das BMG den Vorschlägen der Hebammenverbände, eine grundsätzlich andere Systematik der Schadensfallabsicherung außerhalb der privaten Versicherungswirtschaft anzustreben und zu prüfen.

Unsere Position

Wir empfehlen:

- Eine Evaluierung der vom BMG beschlossenen Maßnahmen und ggf. eine Verbesserung der Maßnahmen
- Sicherung der Refinanzierung der Haftpflichtversicherungskosten unabhängig von der Anzahl betreuter Geburten
- Prüfung und Entwicklung eines Haftungssystems, das die Prämienspirale im Gesundheitssystem grundsätzlich bremst und/oder die Haftungsverantwortung nicht allein den Leistungserbringerinnen überlässt, wie beispielsweise einen staatlichen Haftungsfond, aus dem Schadenssummen finanziert werden können. Der Deutsche Hebammenverband hat hierzu verschiedene Vorschläge erarbeitet.

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

5. Neue Versorgungskonzepte

Situation

Die bislang beschriebenen Problemfelder stellen die Belastungen im Bereich der Hebammenhilfe dar, die zu einer nicht optimalen Versorgung in NRW beitragen. Abgesehen von den unter den verschiedenen Wahlprüfsteinen zusammengefassten jeweiligen Forderungen kann auch eine Veränderung der Versorgungssystematik zu einer Verbesserung beitragen. Beispielsweise die Bildung von intra- oder auch interprofessionellen Teams könnte zu einer Vereinfachung der Versorgungsstrukturen und einer Verteilung der Arbeitsbelastung auf mehrere Schultern führen. In der Vergütungsstruktur werden bislang beispielsweise nur hebammengeleitete Einrichtungen berücksichtigt, die Geburtshilfe anbieten. Hier steht den Einrichtungen eine Betriebskostenpauschale zu, welche die Vorhaltung von Räumen, Ausstattung, personellen und strukturellen Ressourcen finanzieren soll. Hebammengeleitete Einrichtungen ohne Geburtshilfe, in denen Hebammenleistungen im Bereich der Schwangerschafts- und nachgeburtlichen Betreuung angeboten werden, werden hierbei nicht berücksichtigt.

Es existiert keine zuverlässige Überleitungs- oder gar Kooperationssystematik zwischen klinischer und ambulanter, ärztlicher und hebammenhilflicher, freier und kommunaler Gesundheitsversorgung. Im Gegenteil werden Überleitungen und Kooperationen aktuell vor allem durch Abrechnungsunstimmigkeiten erschwert. Hebammen können beispielsweise von ihnen betreute Frauen nicht in die Klinik einweisen oder einen Krankentransport veranlassen, denn es muss eine ärztliche Überweisung vorliegen, damit dies abgerechnet werden kann. Auch bei von Hebammen beauftragten Laboruntersuchungen, wie sie beispielsweise im Rahmen der Schwangerenvorsorge anfallen, entstehen Abrechnungslücken, die manche Labore veranlassen, Untersuchungen zu verweigern. Besonders dramatisch wirken sich be-

stehende Abrechnungsschwierigkeiten aktuell bei Kooperationen zwischen Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hebammen aus. Hier führen bekannt gewordene Abrechnungsschwierigkeiten bei im Wechsel mit Hebammen durchgeführten Schwangerenvorsorgeuntersuchungen dazu, dass die Ärztinnen und Ärzte zunehmend die von Schwangeren in der Regel sehr geschätzte Kooperation mit Hebammen wegen befürchteter Vergütungseinbußen und der Kompliziertheit der Abrechnung verweigern.

Entsprechende Zugriffsrechte auf Daten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auch für Hebammen könnten Abrechnung und Kooperationen erleichtern. Auf diesem Gebiet wurden und werden Hebammen regelmäßig „vergessen“.

Mangels finanzieller und personeller Ressourcen und auch hier wegen befürchteten Vergütungsverlusten fällt es auch in geburtshilflichen Abteilungen schwer, neue Konzepte geburtshilflicher Versorgung zu erproben, wie beispielsweise einen Hebammenkreißaal, die Implementierung des Expertinnenstandards zur Förderung der physiologischen Geburt, Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttrate oder der Einrichtung und/oder Kooperation mit einer hebammengeleiteten Einrichtung an der Klinik.

Unsere Position

Wir empfehlen:

- Förderung von Modellerprobungen in Kliniken, im ambulanten und kommunalen Bereich mit dem Ziel, die hebammenhilfliche Versorgung zu verbessern, die Qualität der Geburtshilfe und Zufriedenheit der Frauen und Familien mit der geburtshilflichen Versorgung zu steigern, sowie die Interventionsraten (wie beispielsweise für den Kaiserschnitt) zu senken
- Berücksichtigung und Förderung von Kooperations- und Überleitungsstrukturen auch im Abrechnungssystem des Gesundheitswesens
- Einbeziehung von Hebammen in die Zugriffsrechte auf die eGK und Subventionierung von eGK-Lesegeräten für Hebammen

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

6. Hebammenarbeit im Bereich der Frühen Hilfen

Situation

Die Umsetzung der Bundesinitiative Frühe Hilfen in Verantwortung des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend wird im Sozialgesetzbuch (SGB) VIII geregelt und sieht den Einsatz sogenannter Familienhebammen vor. Die Definition des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen von Familienhebammenarbeit beschreibt hierbei im Kern originäre Hebammenarbeit bei einer Klientel mit durch psychosoziale Belastungen erhöhtem Bedarf. Es

gibt dabei keine rechtliche Definition von „Familienhebamme“, sie wird weder im SGB V noch im SGB VIII beschrieben.

Da sich die Umsetzung der Bundesinitiative vorrangig im Bereich der Jugendhilfe abspielt, ergeben sich hier bereits von Anfang an Probleme bei der Einordnung von Familienhebammenarbeit, die sich definitionsgemäß vorrangig auf den Bereich der Gesundheitsversorgung erstrecken soll. Dies wirkt sich unter anderem aus auf:

- Die Berufsaufsicht
- Die gesetzlich geforderte Schweigepflicht für Hebammen
- Abgrenzungen der Abrechnungsverantwortung
- Haftungsfragen

Unsere Position

Wir empfehlen die Feststellung von Familienhebammenarbeit als originäre Hebammenarbeit und damit

- Verortung im SGB V,
- Weisungsunabhängige Tätigkeit von Hebammen im Bereich der Primär- und Sekundär-, nicht aber der Tertiärprävention in den Frühen Hilfen,
- Berücksichtigung von Mehraufwänden in besonders belasteten und vulnerablen Familienkonstellationen im Rahmen der Vergütung durch Krankenkassen.

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

7. Hebammen in der Landesgesundheitskonferenz NRW

Situation

In der Landesgesundheitskonferenz (LGK) sind gemäß der Definition des MGEPA alle wichtigen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens NRW vertreten. Vertreterinnen der Hebammen fehlen hier jedoch ganz.

Bei den Beschlüssen der jüngsten LGK zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen werden Hebammen ebenfalls nicht mit einem Wort erwähnt, obwohl sie hierbei eine wichtige Rolle spielen. Dies hatte unter anderem zur Folge, dass Hebammen bei der Einführung der eGK für Flüchtlinge nicht berücksichtigt wurden, obwohl das AsylbLG §4 ausdrücklich Hebammenhilfe für Asylbewerberinnen vorsieht.

Unsere Position

Wir empfehlen die Aufnahme von Hebammenvertreterinnen beispielsweise aus den Landesvertretungen der Berufsverbände in die LGK.

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

8. Hebammenausbildung an Hochschulen

Situation

Der Abschlussbericht des Runden Tisches Geburtshilfe NRW, der Deutsche Hebammenverband sowie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen stellen fest, dass Veränderungen des Tätigkeitsspektrums sowie der Anforderungen an Hebammenarbeit ein selbstständiges, wissenschaftlich begründetes, reflektiertes Handeln auf akademischem Niveau von Hebammen fordern. Änderungen verschiedener EU-Richtlinien und Verordnungen (2013/55/EU, 2005/36/EG und EU-Verordnung Nr. 1024/2012) machen es erforderlich, dass die Hebammenausbildung bis Januar 2020 an die Hochschulen überführt wird.

Im Rahmen einer bundesweit gültigen Modellklausel existiert in NRW seit 2012 ein Modellstudiengang für die primärqualifizierende Ausbildung staatlich zugelassener Hebammen auf Bachelorniveau. Die bundesweit zur Erprobung eröffneten Studiengänge zur Primärqualifizierung verschiedener Berufe im Gesundheitswesen (Hebammen, Physiotherapeutinnen/-en, Ergotherapeutinnen/-en und Logopädinnen/-en) wurden evaluiert. Ganz aktuell im August 2016 wurde der Bundestag durch einen Bericht der Bundesregierung über die Ergebnisse der Modellvorhaben unterrichtet. Dieser Bericht stellt weiteren Evaluierungsbedarf fest, um Erfolg und Anforderungen an primärqualifizierende Studiengänge in gebotenum Umfang beurteilen zu können und schlägt eine Verlängerung der Modellphase um 10 Jahre vor. Er stellt weiterhin fest, dass dieser Zeitraum für die Hebammen nicht ausgeschöpft werden wird, da hier die Verlagerung der Ausbildung an die Hochschule bereits vorher vollzogen sein muss. Dies birgt die Gefahr, dass erforderliche Evaluationserkenntnisse für die Hebammenausbildung zum Zeitpunkt der endgültigen Verortung auf Hochschulniveau noch nicht vorliegen.

Unsere Position

Wir empfehlen:

- Konzept einer Überführung der Hebammenausbildung an Hochschulen, das sicherstellt, dass der bestehende Zeitdruck hierbei zu keinem Qualitätsverlust führt und das die Auswirkungen auf die bestehenden Ausbildungsstätten berücksichtigt
- Sicherstellung einer den aktuellen Anforderungen im gesamten Tätigkeitsspektrum der Hebammen (klinisch und außerklinisch) adäquaten Ausbildung auf hochschulischem Niveau, die insbesondere eine hochwertige praktische Ausbildung ermöglicht
- Sorgfältige Evaluierung der Hebammenausbildungsqualität unter Berücksichtigung und Nutzung aller Potentiale und Möglichkeiten, die sowohl Hochschulen als auch herkömmliche Hebammenschulen bieten, damit die Ausbildung in Inhalt und Struktur qualitativ hochwertig optimiert werden kann

- Beteiligung von berufsständischen Vertretungen sowie Vertreterinnen der Ausbildungsstätten an der Entwicklung eines Konzepts zur Überführung der Hebammenausbildung auf Hochschulniveau

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

9. Vergütung von Externaten im Rahmen der Hebammenausbildung

Situation

Die bisherige Ausbildungsstruktur sieht eine Finanzierung der Ausbildung im klinischen Bereich vor. Allerdings sollen per Gesetz bis zu 480 Stunden im außerklinischen Bereich absolviert werden; die Qualitätsvereinbarungen der Hebammenverbände mit den Krankenkassen sehen sogar mindestens(!) 480 Stunden Ausbildung im außerklinischen Bereich vor, damit eine Hebamme dem Versorgungsvertrag mit dem Angebot außerklinischer Geburtshilfe beitreten kann.

Es gibt bislang kein Finanzierungskonzept für die Ausbildung im außerklinischen Bereich. Dies bedeutet, dass Freiberuflerinnen unentgeltlich werdende Hebammen ausbilden, wobei keine besondere Qualifikation für die Praxisanleitung erforderlich ist. Da keine Vergütung für den Ausbildungsaufwand vorgesehen ist, kann auch nicht erwartet werden, dass die Hebammen hier selbst eine entsprechende Qualifikation finanzieren. Freiberufliche Hebammen müssen in einem amtlichen Verfahren bei der Bezirksregierung geprüft und zur Bereitstellung von Externatsplätzen ermächtigt werden. Diese Verfahren können in den verschiedenen Regierungsbezirken unterschiedlich geregelt sein, wodurch sich die Schwierigkeit ergibt, dass unter Umständen mehrere Ermächtigungsverfahren stattfinden müssen, damit eine Hebamme Externatsplätze für werdende Hebammen aus unterschiedlichen Regierungsbezirken bereit stellen kann.

Unsere Position

Wir empfehlen:

- Implementierung einer Finanzierungsstruktur, die eine qualitativ hochwertige Ausbildung im außerklinischen Bereich sichert
- Vereinheitlichung oder Zentralisierung der Ermächtigungsverfahren zur Vereinfachung regierungsbezirksübergreifender Externatsangebote für werdende Hebammen

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

10. Leitlinienentwicklung und Hebammenforschung

Situation

Anders als in anderen Ländern werden in Deutschland Leitlinien- und Standardentwicklungen nicht systematisch finanziert, sondern über Eigenmittelfinanzierungen, Einzelförderungen und Ehrenamtsarbeit geleistet. Eine Ausnahme bilden Beschlüsse und Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Krankenkassen und Ärztinnen, die Grundlage für die Kostenübernahme von ärztlichen Maßnahmen bilden. Hebammenleistungen sind hier kein Gegenstand der Befassung und Hebammen sind auch nicht Mitglied des Ausschusses.

Bislang existieren für die Geburtshilfe in Deutschland nur von Ärztinnen und Ärzten auf ausgesprochen niedrigem Evidenzniveau entwickelte Leitlinien sowie ein interdisziplinär erarbeiteter Standard auf hohem Evidenzniveau. Leitlinien und Standard beziehen sich fast ausschließlich auf den in der Regel ärztlich geleiteten klinischen Bereich.

Der unter zahlreicher Beteiligung von Hebammen entwickelte Expertinnenstandard bezieht sich auf die Förderung der physiologischen Geburt (und damit Senkung der Interventionsraten wie beispielsweise den Kaiserschnitten), die Leitlinien befassen sich mit dem Management regelwidriger, pathologischer oder rein ärztlicher bzw. klinischer Problemstellungen. Die Befolgung von Leitlinien und Standards ist rechtlich nicht verpflichtend, aber beispielsweise im Haftungsfall werden unter Umständen die ohnehin nur schwach durch Evidenzen begründeten ärztlichen Leitlinien auf Hebammenarbeit und dies auch im außerklinischen Bereich übertragen.

Die Hebammenwissenschaften sind eine sich aufstrebend entwickelnde Disziplin. Hier werden der Hebammenperspektive auf Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung geschuldet andere Forschungsfragen gestellt, als in den herkömmlichen ärztlich-medizinischen Forschungen mit ihrem Fokus auf die Behandlung von Risiken und Pathologien. Seit 2015 ist die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften als einzige nicht ärztliche Fachgesellschaft Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) und damit nun an der Leitlinienentwicklung beteiligt.

Unsere Position

Wir empfehlen

- Finanzierung von Leitlinien- und Standardentwicklungen im Gesundheitswesen
- interdisziplinäre Entwicklung von Leitlinien auf hohem Evidenzniveau
- systematische Beteiligung von Hebammenwissenschaftlerinnen an Beschlussfassungen im GBA
- Berücksichtigung hebammenspezifischer Fragestellungen wie z.B. die Förderung von Gesundheit und Physiologie bei Leit- und Richtlinienentwicklung.

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

Quellen und Literatur

Bundesministerium für Gesundheit, 2014: Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“

Deutscher Bundestag, 20.06.2016: Sitzung des Petitionsausschusses, Anhörung der Petentin Michaela Skott zu ihrer Petition „Recht auf selbstbestimmte Geburt“, <http://dbtg.tv/cvid/6918867> (ab Minute 55)

Deutscher Bundestag, 19.08.2016: Drucksache 18/9400, Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten

Deutscher Hebammenverband e.V., 2012: Zusammenfassung und kurze Auswertung des Gutachtens zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Geburtshilfe, das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durch das IGES-Institut verfasst wurde

Deutscher Hebammenverband e.V., 2014: Standpunkt Familienhebammen

Deutscher Hebammenverband e.V., 2015: Stellungnahme zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenkasse, inklusive Anlage „Standpunkt zur Haftpflichtsituation im Bereich der freiberuflichen Hebammentätigkeit“

Deutscher Hebammenverband e.V., 2016: Eckpunkte für eine gute Geburtshilfe in Kliniken

Deutscher Hebammenverband e.V., in Zusammenarbeit mit dem Picker Institut Deutschland gGmbH, 2016: Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken

IGES-Institut GmbH, 2012: Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe, *Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, 2005: Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Hebammenschulen in NRW

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW, 2014: Abschlussbericht „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW, 2015: Der Runde Tisch Geburtshilfe, *Abschlussbericht*

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW, 2016: 25. Landesgesundheitskonferenz NRW: *Angekommen in Nordrhein-Westfalen: Flüchtlinge im Gesundheitswesen*

Mundlos, Christina, 2015: Gewalt unter der Geburt