

Referent*innenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

24. August 2020

Die DGHWi hat dieses Jahr bereits 48 Anfragen zur Stellungnahme geprüft und zu 19 Sachverhalten wurde oder wird aktuell durch die DGHWi Stellung genommen. Dass dies eine Wirkung hat und die tägliche Versorgung von Familien rund um die Geburt beeinflussen kann, zeigt diese Stellungnahme zum „Pflegerverbesserungsgesetz“. So wurde nach der Stellungnahme der DGHWi die Formulierung „Höhe der Kosten für 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus“ durch „Erreichung einer 1:1 Betreuung von Hebammen zu

Gebärenden“ ersetzt. Zudem wurde statt „unterstützendes Personal für Hebammen“ die Formulierung „assistierendes Personal“ eingefügt, um die fachliche Leistung durch Hebammen sicher zu stellen. Dies klingt zunächst wie eine minimale Änderung, kann jedoch zu bedeutenden Umgestaltungen in der Praxis führen.

Mirjam Peters M.Sc. PH und Nina Peterwerth M.Sc.

Der vorliegende Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) hat das Ziel, „die gesundheitliche und pflegerische Versorgung [...] zeitnah und nachhaltig zu verbessern“ [1: S. 1]. Die Neuregelungen

sollen in das Fünfte Sozialgesetzbuch und in das Krankenhausentgeltgesetz aufgenommen werden. Der Punkt 3 beinhaltet ein Hebammenstellen-Förderprogramm.

Die vorliegende Stellungnahme bezieht sich ausschließlich auf diesen Teil des Gesetzentwurfs.

Das auf drei Jahre ausgelegte Hebammenstellen-Förderprogramm hat „die Verbesserung der stationären Hebammenversorgung von Schwangeren durch die Einstellung von zusätzlichem Personal“ zum Ziel. Krankenhäuser erhalten finanzielle Mittel, um Neueinstellungen vorzunehmen und/oder vorhandene Teilzeitstellen von Hebammen im Verhältnis von 0,5 Vollzeitstellen auf 500 Geburten aufzustocken; zur Förderfähigkeit wird die durchschnittliche Anzahl an Geburten der letzten Jahre zugrunde gelegt. Aus den Mitteln kann auch assistierendes Fachpersonal (medizinische Fachangestellte oder Pflegende) bis zu einem Anteil von 10 Prozent der in Vollzeitkräften vorhandenen Hebammen finanziert werden. Die Höhe der Gehälter ist an tarifvertragliche Vereinbarungen gebunden.

Mit diesen Maßnahmen soll eine Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen zu Schwangeren von 1:2 (im Regelfall) und von 1:1 (im optimalen Fall) erreicht werden. Das Förderpaket hat einen Umfang von 200 Millionen Euro [1: S. 4]. In der Begründung wird auf das vom BMG beauftragten Gutachten zur Situation der Geburtshilfe in Krankenhäusern verwiesen [9]. Diese Gesetzesinitiative wird ermöglicht durch die Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Artikel 74 (1) 19a des Grundgesetzes, nach der zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser „im gesamten Bundesgebiet kurzfristig Förderprogramme etabliert werden können“ [1: S. 18]. Im Dezember 2019 hatte das BMG angekündigt, Vorschläge zur Reform der Geburtshilfe zu machen [5].

Vorbemerkung

Der vorliegende Gesetzentwurf entspricht fast vollständig dem ersten Entwurf, den das BMG im Juli 2020 vorgelegt und nach Kritik und Bitte um Nachbesserung zurückgezogen hatte [7].

Einschätzung der DGHWi

Die DGHWi begrüßt die Initiative des BMG, die bestehende Krise in der klinischen Geburtshilfe [3, 5] aktiv anzugehen. Die Förderung des routinemäßigen Einsatzes von Assistenzpersonal in geburtshilflichen Abteilungen ist eine wichtige erste Maßnahme, um Hebammen von fachfremden Tätigkeiten zu entlasten. Die Bemessung des Anteils förderungsfähigen Assistenzpersonals im Förderprogramm ist jedoch noch nicht ausreichend, um eine Entlastung zu bewirken. Die DGHWi spricht sich dagegen aus, dass Pflegefachkräfte eingesetzt werden. Sie sind ebenfalls vom Personalmangel betroffen und nicht geeignet fachfremde Tätigkeiten, wie z.B. Reinigungsarbeiten zu übernehmen. Die DGHWi empfiehlt stattdessen, dass die Einstellung von nicht-medizinischem Personal (Dokumentations-, Reinigungs-, Versorgungs- bzw. Servicekräfte) ermöglicht wird.

Die im Förderprogramm enthaltene Bemessung der Hebammenstellen bezogen auf die Anzahl der Geburten ist in der vorliegenden Form nicht zweckmäßig im Hinblick auf die Erreichung eines Hebammen-Betreuungsschlüssel von 1:2 oder 1:1, wie es als Ziel des Programms vorgesehen ist. Die DGHWi empfiehlt, das Förderprogramm in der Art zu erweitern, dass bestehende Hebammenstellen aufgestockt und/oder neue Hebammenstellen geschaffen werden, bis eine 1:1 Betreuung bei Geburten realisiert wird. Die Kliniken sollten dies durch eine geeignete Prozessevaluation nachweisen. Außerdem sollten die Kliniken Anreize erhalten, die Kooperation mit Begleit-Beleghebammen¹ auszubauen

und Hebammen-Kreisäle einzurichten.

Die DGHWi sieht es weiterhin als erforderlich an, dass das BMG federführend aktiv wird, um eine nationale Strategie „Gute Geburtshilfe“ zu entwickeln, mit dem Ziel, die geburtshilfliche Versorgung umfassend und nachhaltig zu verbessern, wie es das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ vorsieht. Das beinhaltet neben der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Vergütung für Hebammen Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung der geburtshilflichen Versorgung.

Begründung

Derzeit ist in vielen hochentwickelten Ländern ein unverhältnismäßiger Einsatz von Interventionen unter der Geburt zu beobachten, die für Mutter und Kind nicht nur keinen nachweisbaren Nutzen haben, sondern bei unangemessenem oder routinemäßigen Einsatz potenziell schaden können und unnötige Kosten verursachen [12]. Auch in Deutschland ist die klinische Geburtshilfe von hohen Interventionsraten gekennzeichnet, so betrug im Jahr 2017 die Rate an Geburtseinsleitungen 21 Prozent, bei 26 Prozent aller Geburten kam eine medikamentöse Wehenmittelgabe zum Einsatz und 32 Prozent aller Schwangerschaften wurden per Kaiserschnitt beendet [10].

Durch die bestehende Über- und Fehlversorgung werden personelle und wirtschaftliche Ressourcen in Geburtsabteilungen nicht optimal verteilt. Auch werden besondere Bedürfnisse spezieller Nutzer*innen-Gruppen nicht systematisch adressiert und es fehlen Konzepte hinsichtlich der Organisation der Betreuung an den Schnittstellen ambulant/stationär, etwa für Schwangere über dem errechneten Geburtstermin oder in der Latenzphase.

Hinzu kommt, dass in den vergangenen zehn Jahren die Anzahl an Geburten in Deutschland um 16,9 Prozent gestiegen ist (von 665.621 im Jahr 2009 auf 778.090 im Jahr 2019) [16]; gleichzeitig nahm seit 2007 die Zahl geburtshilflicher Abteilungen um 22 Prozent ab (von 865 auf 672 Kliniken) [9].

Fachleuten zufolge verlangt die derzeitige Situation der klinischen Geburtshilfe in Deutschland nach einem Paradigmenwechsel und grundsätzlichen Reformen – gerade auch im Hinblick auf die weiter zunehmende Zentralisierung [3]. Die zentrale Herausforderung besteht darin, wie im Zuge der erwarteten weiteren Zentralisierung eine Abkehr von einer risikofokussierten Maximalversorgung für wenige Frauen, hin zu einer qualitativ hochwertigen, individuell unterstützenden, gesundheitsfördernden und stärker evidenzbasierten Schwangeren- und Geburtsbetreuung für alle Frauen realisiert werden kann, die darauf abzielt, jeder Frau die bestmögliche Betreuung in einer respektvollen Atmosphäre zuteilwerden zu lassen bei gleichzeitig bestmöglichem Management von Komplikationen und Notfällen, wenn dies erforderlich ist [15].

Das IGES-Gutachten machte deutlich, dass die Arbeitssituation angestellter Hebammen in Kliniken heute von Arbeitsverdichtung (Betreuung von mehreren Gebärenden gleichzeitig, häufiges Einspringen, fehlende Pausen und regelmäßige Überstunden) gekennzeichnet ist [9: S. 35]; Hebammen müssen zudem in nicht geringem Umfang fachfremde Tätigkeiten wie Verwaltungsaufgaben, logistische Arbeiten, Reinigungsarbeiten und Assistenz Tätigkeiten übernehmen, die zu den üblichen, umfangreichen Dokumentationsaufgaben hinzukommen

[9: S. 38f]. Die Neueinstellung von Assistent*innen, wie medizinisch-technischen Fachangestellten und Reinigungs- und Servicekräften ist eine folgerichtige Maßnahme, um das vorhandene Personal zu entlasten.

Gleichzeitig gibt es jedoch in vielen Kliniken zahlreiche offene Stellen für Hebammen, für die sich keine Bewerber*innen finden; durchschnittlich fehlen 1,9 Vollzeitkräfte pro Klinik [9: S. 40]. Kommen Krankheitsfälle hinzu, führt dies regelmäßig zu teilweise dramatischen Versorgungsengpässen, bis hin zu tagelanger Sperrung oder zeitweiser Schließung von Abteilungen [9: S. 41f], was wiederum die Arbeitsbelastung im diensttuenden Team und in umliegenden Kreißsälen verstärkt. Ein Viertel, bis ein Drittel der Hebammen in Kliniken denkt zudem über eine Berufsaufgabe nach [9: S. 40].

Das Vorhandensein unbesetzter Hebammenstellen macht deutlich, dass die Arbeitsstelle Kreißaal von Hebammen heute vielerorts bewusst gemieden wird und die Schaffung zusätzlicher Stellen für Hebammen nicht die alleinige Maßnahme sein kann, um Hebammen dazu zu bewegen, in die Kreißsäle zurückkehren bzw. sich nach Ausbildung oder Studium zu einer Arbeit im Kreißaal zu entschließen. Es sind weitere Maßnahmen erforderlich, die zur Qualitätsentwicklung beitragen und es ermöglichen, dass Hebammen die Betreuung der Schwangeren, Gebärenden, Mütter und ihrer Neugeborenen so gestalten können, wie es ihren professionsgemäßen, berufsethischen und arbeitsorganisatorischen Vorstellungen und ihrem Wunsch nach Anerkennung entspricht. Auch internationale Fachleute sehen es als Zukunftsaufgabe höchster Priorität an, die geburtshilfliche Betreuung derart zu gestalten, dass

physiologische Prozesse gestärkt werden – sowohl für Frauen mit geringen Risiken als auch für Frauen mit besonderen Bedürfnissen oder Komplikationen [11]. Dafür werden arbeitsorganisatorische und inhaltlich-konzeptionelle Neuerungen benötigt.

Der Deutsche Hebammenverband forderte im Februar 2019 ein Geburtshilfe-Stärkungsgesetz [4]. Neben einem Förderprogramm für Hebammenstellen in der klinischen Geburtshilfe werden verbindliche Personalanzahlzahlen und Betreuungsrelationen für Hebammen sowie weitere qualitätsfördernde Maßnahmen – wie etwa Hebammen-Kreißsäle – gefordert, um die Arbeit in der klinischen Geburtshilfe für Hebammen wieder attraktiver zu machen und den Personalmangel zu bekämpfen [4].

Seit Jahren machen auch wissenschaftliche Fachgesellschaften und Elterninitiativen, interdisziplinäre Organisationen oder auch Mitglieder des Bundestags [3, 4, 6, 8, 13, 14] auf die erhebliche und folgenschwere aktuelle Problemlage der klinischen Geburtshilfe aufmerksam. Es ist dringend erforderlich, dass das BMG eine systematische Bearbeitung dieser Aufgabe in Angriff nimmt.

¹ Begleit-Hebammen sind im Gegensatz zu Dienst-Beleghebammen freiberuflich und bieten die Begleitung einer Geburt in der Klinik im Rahmen einer Rufbereitschaft an.

Autorin:

Dr. rer. medic. Sabine Striebich für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG). Berlin: BMG; 2020.
2. Destatis (2020). Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr.
3. Deutscher Bundestag. Kinderkommission: Gesellschaftliche Dimension von Schwangerschaft und Geburt. Berlin: Deutscher Bundestag; 2019.
4. DHV – Deutscher Hebammenverband e.V. Eckpunkte eines Geburtshilfe-Stärkungsgesetz. Karlsruhe: DHV; 2019.
5. Deutsches Ärzteblatt. Gesundheitsministerium kündigt weitere Gesetzesvorhaben an. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH; 2019.
6. Deutsches Ärzteblatt. Kaum Verbesserungen in neuem Gesetzentwurf zur Hebammenförderung. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH; 2020a.
7. Deutsches Ärzteblatt. Die Fehlsteuerungen beheben. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH; 2020b.
8. Die Grünen Bundestagsfraktion. Für einen Kulturwandel in der Geburtshilfe – Frauen und Kinder in den Mittelpunkt. Berlin: Die Grünen; 2020.
9. IGES Institut. Stationäre Hebammenversorgung. Berlin: IGES Institut GmbH; 2019.
10. IQTIG Institut. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 - Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. Berlin: IQTIG Institut; 2018.
11. Kennedy HP, et al. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;45(3):222-31.
12. Miller S, Abalos E, Chamillard M, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*. 2016;388(10056):2176-2192.
13. Mother Hood e.V. Lösungsansätze für eine sichere Geburtshilfe. Bonn: Mother Hood; 2019.
14. Mother Hood e.V. Positionspapier: sechs Forderungen für eine bessere Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit. Bonn: Mother Hood; 2019.
15. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014;384(9948):1129-1145.
16. Statista. Anzahl der Geburten in Deutschland von 1991 bis 2019. Hamburg: Statista GmbH.