4 Die Hebamme im aktuellen deutschen Gesundheitswesen

Das Gesundheitssystem umfasst alle Personen, Organisationen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit, die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen sowie die Rehabilitation ist. Das Versorgungsangebot wird von staatlichen oder konfessionellen Krankenhäusern und in zunehmenden Umfang privat erbracht. Es dominieren freie Berufe wie Ärzte und Apotheker sowie private Großunternehmen (pharmazeutische und medizintechnische Industrie, Krankenhäuser in privater Trägerschaft). Der Staat beteiligt sich mit den Gesundheitsämtern, kommunalen Krankenhäusern oder Universitätskliniken.

Die gesundheitliche Versorgung wird weitestgehend in ambulante und stationäre Versorgung aufgeteilt. Dies betrifft auch die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland: Im ambulanten Bereich findet hauptsächlich die vor- und nachgeburtliche Betreuung statt, die Geburten selbst werden hingegen zu 98 Prozent in der Klinik, d. h. stationär, betreut. Hebammen bieten ambulante Leistungen vor, während und nach der Geburt meist freiberuflich an. In der stationären Versorgung arbeiten sie angestellt oder als Beleghebammen auch auf freiberuflicher Basis.

Allgemein ist im ambulanten wie im stationären Bereich Fachpersonal aus unterschiedlichen Berufsgruppen in unterschiedlichen Arbeitsverhältnissen und institutionellen Anbindungen mit der Versorgung betraut. Dieser Umstand stellt das Gesundheitswesen vor spezifische Probleme. Eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung kann durch die auftretenden Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsstationen und Berufsgruppen begünstigt werden. Schnittstellen unterbrechen die Kontinuität der Betreuung und führen damit zu fragmentierter Betreuung. Zudem erzeugen Übergabesituationen an den Schnittstellen ein gewisses Potenzial von Problemen, das nur konzeptuell zu entschärfen ist.

Um die Versorgung zu optimieren, werden staatlicherseits seit einigen Jahren sogenannte Integrierte Versorgungskonzepte gefördert. 2005 nahmen 22 Prozent der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in verschiedenen Versorgungsbereichen an der Integrierten Versorgung teil (DKI 2005). Auf dem Sektor der Geburtshilfe führt die Techniker Krankenkasse zusammen mit drei anthroposophischen Kliniken ein Integriertes Versorgungskonzept durch, an dem auch Hebammen beteiligt sind. Dieses Projekt intendiert, eine Überversorgung durch unterschiedliche Leistungsanbieter zu vermeiden, indem genau festgelegt wird, welche Leistung von wem wann durchgeführt wird. Ein weiteres Modell – «Primama» – wurde durch die Securvita konzipiert vor dem Hintergrund Frauen eine weitere Wahloption zu eröffnen.

In Deutschland gibt es zirka 1000 Kliniken mit geburtshilflichen Abteilungen. Seit dem 1. Januar 2006 werden die Kliniken in vier Stufen neonatologischer Versorgung eingeteilt: Perinatalzentrum Level 1 und Level 2, Klinik mit perinatalem Schwerpunkt und Geburtsklinik ohne Kinderklinik. In der «Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen«, beschlossen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), werden Anforderungen für verschiedene Stufen klinischer Versorgung festgelegt. Die Qualitätsmerkmale, die die Kliniken je nach Eingruppierung erfüllen müssen, betreffen ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und sind ausschließlich an der medizinischen Versorgung der Früh-/ Neugeborenen orientiert. Ziel ist, durch eine gezielte Zuweisung der werdenden Mütter je nach bestehendem oder nicht bestehendem Risiko die optimale medizinische Betreuung des Früh-/ Neugeborenen gewährleisten zu können und damit die Säuglingssterblichkeit zu verringern (GBA 2005).

Die «Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen«, verdeutlicht die fragmentierende Sichtweise bezüglich Neugeborenen und ihren Müttern in medizinischen Fachgremien. Zwar wird die Aufnahme der Schwangeren im Falle einer beginnenden Frühgeburt beziehungsweise einer absehbaren postnatalen Therapie des Neugeborenen in eine Klinik der ersten drei Versorgungstypen empfohlen. Bisher sind die Anforderungen an die Betreuung dieser Schwangeren durch Hebammen jedoch nicht Bestandteil der Vereinbarung des GBA.

Welche Auswirkungen diese Entwicklung auf Hebammenarbeit in den Kliniken hat, ist noch nicht untersucht worden. Der ausschließliche Fokus auf die bestmögliche medizinische Versorgung des Früh-/Neugeborenen lässt vermuten, dass neue pflegerische und hebammenspezifische Konzepte wie die psychosoziale Betreuung durch Hebammen, besonders an den Level-1- und -2-Kliniken, noch nicht angedacht sind. Eine konzeptuell erarbeitete

Hebammenbetreuung von Frauen, die Zeiten der Schwangerschaft stationär verbringen müssen und von Wöchnerinnen und jungen Müttern, deren Kinder länger stationär betreut werden, ist bis zum jetzigen Zeitpunkt nirgendwo umgesetzt worden. Auf deren Relevanz wird u. a. in Kapitel 3.4 hingewiesen.

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass mit einem Anteil von mehr als 98 Prozent aller Geburten, die Kliniken die zentralen Institutionen sind, die die Rahmenbedingungen deutscher Geburtshilfe abstecken.

4.1 Arbeitsformen und -verhältnisse

Grundsätzlich gibt es zwei Arbeitsformen für Hebammen: das Angestelltenverhältnis und die Freiberuflichkeit, zu der auch das Belegsystem gehört.

Die Gestaltung der Arbeitsformen und die Wahl der Tätigkeitsbereiche richten sich häufig nach der persönlichen Biographie und Präferenz der Hebamme. Hebamme ist auch heute noch, trotz der Öffnung des Berufsstandes seit 1985 für Männer, ein Frauenberuf (bis zum heutigen Zeitpunkt wurden zwei Männer zum Entbindungspfleger ausgebildet). Hebammen sind häufig berufstätige Mütter, die ihre Arbeitsstruktur dem Bedarf ihrer Familien anpassen und im Laufe ihres Lebens ihre Arbeit auf unterschiedliche Art organisieren. So kombinieren viele Hebammen eine Anstellung mit freiberuflicher Tätigkeit. Während Hebammen in der Freiberuflichkeit in hohem Maße selbstständig arbeiten, sind sie als angestellte Hebammen im Krankenhaus weitgehend von Weisungen der Ärzte, Verwaltung und Pflegedienstleitungen abhängig (Dangel-Vogelsang et al. 1997). Seit Mitte der 1980er-Jahre nimmt die Zahl rein freiberuflich arbeitender Hebammen kontinuierlich zu. Die Zunahme erklären Dangel-Vogelsang et al. (1997) mit der Arbeit in Geburtshäusern, die dem Autonomiebedürfnis von Hebammen entgegenkomme. Teamarbeit ermöglicht außerdem feste und planbare freie Zeit, einen Austausch an Erfahrungen und eine Unterstützung durch erfahrene Kolleginnen. Ein weiterer Zusammenhang besteht einerseits im Wegfall der Niederlassungserlaubnis (1985), die sich im Wandel der geburtshilflichen Versorgungslandschaft als unerwünschte Begrenzung erwies, andererseits in der Verkürzung des stationären Wochenbetts durch die Deckelung der Krankenhausbudgets Anfang der 1990er-Jahre.

Arbeitsverhältnisse der Hebammen

Der häufigste Arbeitsplatz von Hebammen ist die Klinik. Üblicherweise sind Hebammen hier in einem Angestelltenverhältnis tätig. Hebammen können

zudem an Gesundheitsämtern (zum Beispiel als Familienhebammen oder in der Mütterberatung), in Elternschulen, an Institutionen der Erwachsenenbildung, bei Familien- und Schwangerschaftsberatungsstellen, an Schulen und anderen Einrichtungen tätig sein. Die Arbeit bei diesen Institutionen geht für Hebammen nicht zwangsläufig mit einem Angestelltenverhältnis und damit tarifrechtlicher Entlohnung einher. Neben einer Vergütung als Honorarkraft wird weitestgehend die Möglichkeit der Freiberuflichkeit genutzt, bei der die Hebamme mit den Krankenkassen nach der Hebammengebührenverordnung selbst abrechnet. Eine Möglichkeit für Hebammen, die an Kliniken arbeiten, besteht darin, einen Belegvertrag mit der Klinik einzugehen. Beleghebammen sind Freiberuflerinnen und schließen den Behandlungsvertrag mit den Frauen direkt ab, um ihre Leistungen bei der Krankenkasse geltend machen zu können.

Die Mehrheit der angestellten Hebammen geht im Nebenberuf auf freiberuflicher Basis verschiedenen Tätigkeitsbereichen, wie Geburtsvorbereitung und häuslicher Wochenbettbetreuung, nach.

Annähernd 10 000 Kinder jährlich werden geplant außerklinisch zu Hause, im Geburtshaus, in Entbindungsheimen, Hebammen-, Arzt- oder Kooperationspraxen geboren (QUAG 2005). Diese Geburten werden von Hebammen, die im Allgemeinen zu 100 Prozent freiberuflich tätig sind, versorgt.

Anzahl berufstätiger Hebammen

Insgesamt waren Ende 2003 4,2 Millionen Menschen oder etwa jeder neunte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig (Weinmann & Zifonun 2004). Es gibt jedoch keine eindeutigen Zahlen zur Anzahl tätiger Hebammen sowie zu Art und Umfang ihrer Tätigkeit.

Das Bundesamt für Statistik registriert für 2004 rund 17 000 tätige Hebammen. In der Berufsorganisation des Bund Deutscher Hebammen (BDH) werden 14 000 Mitglieder und im Bund Freiberuflicher Hebammen (BfHD) 800 Mitgliedshebammen registriert. Nach einer Untersuchung des BDH 2002 liegt die Zahl der angestellten Hebammen bei etwa 9500. Diese betreuten zusammen mit zirka 1700 Beleghebammen annähernd 710 000 Geburten (Loytved 2002).

Dem Bundesamt für Statistik werden für die statistische Darstellung zur Anzahl der tätigen Hebammen Angaben von unterschiedlichen Datenhaltern zur Verfügung gestellt: der Krankenhausstatistik Teil 1 (Daten aus dem stationären Versorgungsbereich) und der Berufsgenossenschaft für den Gesundheitsdienst (Daten aus dem ambulanten Versorgungsbereich). Ein Großteil der angestellten Hebammen (77 %) ist nach einer Erhebung der Hamburger Sozialforschungsgesellschaft (HFSG 2001b) neben dem Angestelltenverhältnis

auch freiberuflich tätig. Durch die getrennte Datenerhebung im stationären und ambulanten Versorgungsbereich besteht hier grundsätzlich das Problem der doppelten Datenerfassung.

Im Weiteren wird aus unterschiedlichen Gründen sowohl im stationären wie auch ambulanten Versorgungsbereich die Darstellung der personellen Ressourcen im Hebammenwesen erschwert.

In die Krankenhausstatistik werden wiederum nur diejenigen Hebammen einbezogen, die im Personalplan der einzelnen Krankenhäuser als im Funktionsdienst fest angestellte Hebammen aufgeführt sind. Die Berufsfeldentwicklung der Hebammen hat jedoch ergeben, dass Hebammen zunehmend auch in der Wochenbett- und Neugeborenenpflege stationär tätig sind. Diese Bereiche werden in der Krankenhausstatistik als Pflegedienst identifiziert. Die Angaben aus der Krankenhausstatistik über die Anzahl der in Kliniken tätigen Hebammen können deshalb nicht als zuverlässig angesehen werden.

Die Daten aus dem ambulanten Bereich werden durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zur Verfügung gestellt, wobei sich die angegebene Zahl nur auf das Unternehmen oder die selbstständige Tätigkeit «Hebamme» bezieht. Ist innerhalb eines Unternehmens eine Hebamme angestellt, wird diese nicht gesondert aufgeführt, da nicht nach einzelnen Personaltätigkeiten in der Erhebung unterschieden wird. Die in dieser Form angestellten Hebammen werden somit weder von der Berufsgenossenschaft noch in der Krankenhausstatistik, den Datenquellen des Bundesamtes für Statistik, erfasst.

Bestandsaufnahme personeller Ressourcen und Versorgungsleistungen durch Hebammen

Derzeit beschränken sich quantitative Analysen im Hebammenwesen auf den Versuch des Bundesamtes für Statistik, die reine Anzahl der Hebammen zu erfassen. Darüber hinaus zeigen die derzeit gültigen Bezugsgrößen für den Indikator 8.22 «Hebammen und Entbindungspfleger im ambulanten und stationären Bereich» innerhalb des Themenfeldes 8 der Gesundheitsberichterstattung «Beschäftigte im Gesundheitswesen» deutlich, dass das Tätigkeitsprofil der Hebammen in der Indikatorenentwicklung bisher unberücksichtigt blieb (Statistisches Bundesamt & Robert Koch Institut 2006). Die strikte Trennung von ambulant und stationär tätigen Hebammen und die hierzu unterschiedlichen Bezugsgrößen (Ambulant – fertile weibliche Bevölkerung zwischen 15 und 44 Jahren / stationär – Entbindungen im Krankenhaus) (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2003) ist weder gesetzeskonform noch zeitgemäß. Sie führt darüber hinaus möglicherweise zu falschen

gesundheitsökonomischen Schlussfolgerungen (z. B rückläufige Geburtenzahlen = Personalkürzungen) und damit zur Gefährdung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen in der Lebensphase Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Ohne eine differenzierte Erfassung staatlicherseits lassen sich weder die Zahl tätiger Hebammen noch deren Leistungen der Gesundheitsversorgung, so wie in der Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 1989 empfohlen, korrekt angeben.

Die quantitative und qualitative Erfassung von Leistungen der Gesundheitsversorgungen durch Hebammen ist vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und zur Darstellung beruflicher Anforderungen dringend erforderlich.

Innerberufliche Struktur

Innerberuflich findet weder eine Hierarchisierung noch eine Aufteilung des Berufes etwa in einen Leitungs- und Ausführungsbereich statt. Eine Ausnahme besteht durch die hierarchisch organisierten Klinikstrukturen in Form der leitenden Hebamme. Außerklinische Teamstrukturen von Hebammen, zum Beispiel im Geburtshaus, sind im Allgemeinen gleichberechtigt organisiert. Doch werden die Arbeitsbereiche je nach Zusatzausbildung, Weiter- oder Fortbildungen besetzt. Die fehlenden Karrierestrukturen für Hebammen gehen mit stagnierenden Verdienstmöglichkeiten trotz vorliegender Weiterbildungsmaßnahmen einher.

Weiterbildung zur Hebamme für die pflegerische Leitung einer Station oder Einheit

Um mittelfristig eine berufsnahe Vertretung im mittleren Management zu erlangen besteht die Notwendigkeit der Leitungsweiterbildung der leitenden Hebammen.

Durch die Qualifizierung von Hebammen können der Einflussbereich und der Gestaltungsspielraum für die professionelle Hebammenarbeit im klinischen Setting erhalten und ausgebaut werden.

Der Verantwortungsbereich leitender Hebammen ist nur für den Kreißsaal zu 100 Prozent vorhanden (Neugeborenenzimmer und Wochenstation 8 bis 35 %) (HSFG 2001b). Dabei bleibt die Frage unbeantwortet ob bislang die Klinikleitungen den Hebammen die Leitungshoheit für die anderen Bereiche nicht überträgt oder die Hebammen diese nicht als ihren Aufgabenbereich definieren und somit anderen Berufsgruppen überlassen. Für eine kontinuierliche Versorgung aus einer Hand sind die besonderen Kompetenzen von

Hebammen für die gesamte Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit deutlich gegenüber den Klinikleitungen und anderen Berufgruppen zu behaupten.

In den letzten Jahren ist jedoch ein Trend hin zur Leitung einer geburtshilflichen Einheit zu verzeichnen. Darunter werden die Bereiche Kreißsaal, Wochenbettstation, präpartale Station, eventuell Schwangerenambulanz und «Elternschule» subsumiert. Das bedeutet, dass die leitende Hebamme nicht mehr ausschließlich für den Kreißsaal und ein Hebammenteam verantwortlich ist, sondern dass sie ein multiprofessionelles Team in verschiedenen Abteilungen leitet. Die leitende Hebamme einer geburtshilflichen Einheit ist also nicht mehr auf der Ebene der Stationsleitung anzusiedeln, sondern auf der Ebene einer Bereichs- beziehungsweise Abteilungsleitung.

Das Aufgabenspektrum und die Arbeitsbereiche der leitenden Hebammen werden sich zukünftig durch veränderte gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen stark erweitern und verändern. Die Leitung einer geburtshilfichen Einheit birgt die oben skizzierten Chancen und Vorteile, aber auch Herausforderungen hinsichtlich des Umfangs, der Gestaltung und den Voraussetzungen für diese verantwortungsvolle Position. Hebammen, die diese Tätigkeit übernehmen möchten, sollte es ermöglicht werden sich umfassend und auf die Aufgaben und die Anforderungen an die Inhaberin einer solchen Stelle vorzubereiten.

Der Bund Deutscher Hebammen bietet seit November 2003 eine staatlich anerkannte Weiterbildung «Hebamme für die pflegerische Leitung einer Station oder Einheit» in Stuttgart an. Hebammen können über diese spezifische Qualifizierung ihren Einflussbereich und den Gestaltungsspielraum für die professionelle Hebammenarbeit erhalten und ausbauen. Im Kontext der Professionalisierung stellt dies eine kurzfristige Zwischenlösung dar. Langfristig ist die Entwicklung von qualifizierenden Masterstudiengängen zu forcieren. Die Strukturveränderungen in den Krankenhäusern und im Gesundheitssystem können als Chance genutzt werden, die Position der Hebammen und das Unterstellungsverhältnis der Hebammen im Krankenhaus zu überdenken und zu verändern.

4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Hebammentätigkeit und -ausbildung werden durch nationale sowie europäische Richtlinien und Gesetze geregelt. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über diese Rahmenbedingungen für ein besseres Grundverständnis und

zur Positionierung von Hebammen innerhalb der Strukturen des Gesundheitswesens gegeben.

Europäische Richtlinien

Die Aufnahme und Ausführung der Tätigkeiten der Hebamme finden ihre Legitimierung durch die Koordinierungsbemühungen des Rates der Europäischen Gemeinschaft in der Richtlinie 2005/36/EG (vormals 80/155/RWG von 1980). Durch Artikel 42 werden die Mitgliedsstaaten dazu aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass Hebammen zumindest die Aufnahme und Ausübung folgender Tätigkeiten gestattet wird:

- angemessene Aufklärung und Beratung in Fragen der Familienplanung
- Feststellung der Schwangerschaft und Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung des Verlaufs einer normalen Schwangerschaft notwendigen Untersuchungen
- Verschreibung der Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer Risikoschwangerschaft notwendig sind, oder Aufklärung über diese Untersuchungen
- Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Niederkunft einschließlich Beratung in Fragen der Hygiene und Ernährung
- Betreuung der Gebärenden während der Geburt und Überwachung des Fötus in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel
- Durchführung von Normalgeburten bei Kopflage einschließlich – sofern erforderlich – des Scheidendammschnitts sowie im Dringlichkeitsfall von Steißgeburten
- Erkennen der Anzeichen von Anomalien bei der Mutter oder beim Kind, die das Eingreifen eines Arztes erforderlich machen, sowie Hilfeleistung bei etwaigen ärztlichen Maßnahmen. Ergreifen der notwendigen Maßnahmen bei Abwesenheit des Arztes, insbesondere manuelle Ablösung der Plazenta, an die sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt
- Untersuchung und Pflege des Neugeborenen, Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in Notfällen und, wenn erforderlich, Durchführung der sofortigen Wiederbelebung des Neugeborenen
- Pflege der Wöchnerin, Überwachung des Zustandes der Mutter nach der Niederkunft und Erteilung zweckdienlicher Ratschläge für die bestmögliche Pflege des Neugeborenen
- Durchführung der vom Arzt verordneten Behandlung

- Abfassen der erforderlichen schriftlichen Berichte.

(Artikel 42 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen vom 7. September 2005)

Die in der neuen Richtlinie enthaltenen Hauptaspekte der jeweiligen Berufe über Ausbildung und Praxis sind vom Gesetzestext in den Anhang ausgegliedert worden. Dies erleichtert es, Änderungen an den zum Teil veralteten Richtlinien vorzunehmen. Zurzeit wird von der European Midwifery Association (EMA) geprüft, inwieweit hier Änderungen vorgenommen werden sollten (Rätz 2005).

Mit dem Vorschlag nach einer generellen Richtlinie hat die Europäische Kommission festgelegt, dass zur Kostenersparnis das Beratungskomitee für die Anerkennung der Hebammenberufsqualifikation abgeschafft wird. Dies ist nachteilig für die Berufsgruppe der Hebammen, da es somit keine offizielle Vertretung in Brüssel mehr geben wird. Da Hebammen – im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen – kein eigenes Büro in Brüssel haben, sind der Informationsaustausch und eine gute Lobbyarbeit im Bereich der EU für die Berufsgruppe erschwert (Rätz 2005).

Die seit 1980 existierenden und 2005 überarbeiteten Richtlinien sind in Deutschland bis zum heutigen Zeitpunkt nicht zu 100 Prozent umgesetzt.

EU-weit ist Deutschland eines der wenigen Länder, in denen die Hebammenausbildung noch nicht auf Fachhochschulebene stattfindet – wie es die 2. WHO-Gesundheitsministerkonferenz in München 2000 forderte. Aufgrund seiner historischen Entwicklung hat der Hebammenberuf in Deutschland eine Sonderstellung im beruflichen Bildungssystem und ist weder in das Berufsbildungsgesetz integriert noch auf akademischer Ebene angesiedelt. Dies führt dazu, dass sich das Ausbildungsniveau deutlich von dem im übrigen Europa unterscheidet. Die Ausbildung erfolgt in Deutschland auf Sekundarebene, während fast alle europäische Länder (zumindest in den «alten» EU-Mitgliedstaaten) für den Zugang zu diesem Beruf eine Hochschulzugangsberechtigung fordern und die Ausbildung auf Hochschulniveau ansiedeln (Rätz 2005).

Des Weiteren gibt es keine Gebührenposition oder sonst eine Regelung der Vergütung von Aufklärungs- und Beratungstätigkeiten in Fragen der Familienplanung. Auch Untersuchungen zur frühzeitigen Feststellung von Risikoschwangerschaften können nur eingeschränkt von Hebammen verschrieben werden, da sie eine begrenzte Überweisungs- beziehungsweise Einweisungsbefugnis innehaben. Zudem ist auch eine Vernetzung mit der elektronischen Gesundheitskarte noch nicht in Planung.

Der durch die EU-Richtlinien beschriebene Tätigkeitskatalog verdeutlicht zum einen die breite Fächerung der Tätigkeiten, zum anderen wird die Hebamme bei der eigenverantwortlichen Ausführung auf den physiologischen Verlauf und die Durchführung erforderlicher Hilfe bei Notfällen beschränkt. In der Zuständigkeit der Hebamme liegt des Weiteren, Regelwidrigkeiten zu erkennen, ärztliche Hilfe bei Pathologien hinzuzuziehen und geeignete Maßnahmen einzuleiten. Sie hat Ärztin und Arzt Hilfe bei pathologischen Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverläufen zu leisten sowie medizinische und pflegerische Tätigkeiten zu verrichten. Im Falle der Hinzuziehung einer Ärztin, eines Arztes bei auftretender Pathologie behält sie ihren eigenständigen Leistungsbereich im physiologischen Entwicklungsanteil, der auch bei pathologischen Verläufen fortbesteht.

Nationale Gesetze und Regelungen

Die Befugnisse einer Hebamme werden für Deutschland auf der Bundesebene unter Einbezug der o. g. Mindestbefugnisse geregelt durch das Hebammengesetz (HebG), die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (HebAPrV) und die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV).

Den Hebammen vorbehaltene Tätigkeiten

Für die Versorgungsleistung der Geburtshilfe drückt sich die Sonderstellung der Hebamme unter den Gesundheitsberufen in der Regelung des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs von Hebammen in § 4 des Hebammengesetzes aus. Als den Hebammen und Ärzten vorbehaltene Tätigkeiten benennt der Paragraph die Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und die Überwachung des Wochenbettverlaufs. Ärzte sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass eine Hebamme zur Geburt hinzugezogen wird.

Regelungen der Leistungen in der Reichsversicherungsordnung

Der Leistungsumfang bei Schwangerschaft und Mutterschaft durch die gesetzlichen Krankenkassen wird durch die Reichsversicherungsordnung (RVO) geregelt. Der Anspruch von sozialversicherungspflichtigen Frauen auf Hebammenhilfe wird allgemein in § 196 RVO festgelegt.

Gebührenverordnung

Die Gebührenverordnung legt die Vergütung für die freiberuflich erbrachten Leistungen fest und legitimiert als Bundesgesetz die in den 42 Gebührenpositionen beschriebenen Tätigkeiten der Hebamme.

Bei der Überführung der Vergütung von Hebammen aus der kommunalpolitischen Verantwortung in die bundesrechtliche Gebührenverordnung fand eine Einengung der Hebammentätigkeit auf eine Orientierung an medizinischen Prozeduren statt. Gemäß der Fixierung auf medizintechnologische Entwicklungen Anfang der 1980er-Jahre fanden die psychosozialen Aspekte von Betreuung und Behandlung nur wenig Anerkennung in den Gebührenpositionen. Leistungen, die nach dem beruflichen Selbstverständnis, aber auch nach gesellschaftlichen Erwartungen wesentlich zur Betreuungsleistung gehören, werden den Hebammen nicht explizit vergütet. So sind zum Beispiel die Familienplanung, Vorbereitung auf die Mutterschaft und Stillvorbereitung entweder in Geburtsvorbereitungskursen oder, als persönliche Beratung, ausschließlich bei Beschwerden möglich.

Über die Gebührenpositionen hinaus ist es Hebammen erlaubt, den betreuten Frauen auch weitere Leistungen, zum Beispiel eine Bereitschaftspauschale in der außerklinischen Geburtshilfe und innerhalb des Belegsystems sowie spezifische Kursangebote, privat in Rechnung zu stellen (Zoege 2000).

Im Rahmen des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes wurde die Überführung der Hebammen in die Selbstverwaltung beschlossen. Nach § 134a SGB V werden ab 2007 Verträge zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Hebammenverbänden geschlossen. Darin werden die Versorgung durch Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen, die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung geregelt.

Berufsordnungen der Länder

Den Ländern obliegt es, in ihren jeweiligen Hebammenberufsordnungen (HebBO) die Ausführung des Berufes zu regeln. Dort finden sich detaillierte Vorschriften zu verschiedenen Aspekten der Berufsausübung. Paragraf 2 (1) der HebBO NRW vom 4. Mai 2002 besagt, dass Hebammen verpflichtet sind, «... ihren Beruf entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen, psychologischen, soziologischen und geburtshilflichen Erkenntnisse gewissenhaft auszuüben».

Des Weiteren werden in den Hebammenberufsordnungen die Hinzuziehungspflicht bei Komplikationen, eine Auflistung der von Hebammen selbstständig anzuwendenden Arzneien, besondere Pflichten bei freiberuflicher Tätigkeit, Dokumentation und Qualitätssicherung, Fortbildung, Schweigepflicht und die Aufsicht durch das Gesundheitsamt geregelt. In vielen Ländern erfolgt die amtsärztliche Aufsichtspflicht nach gesetzlichen Regelungen aus dem Jahr 1935 (Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens März 1935) bislang in unüberarbeiteter Form.

Es ist davon auszugehen, dass eine solche Regelung weder dem heutigen gesellschaftlichen noch beruflichen Bedarf entspricht.

Weitere rechtliche Einflussgrößen

Die Tätigkeiten der Hebamme werden noch von weiteren Regelungen, Rechtsverordnungen und Vorschriften, die besonders die soziale Ausgestaltung des Berufes betreffen, beeinflusst. Hebammen sind, neben wenigen anderen Berufsgruppen auch, selbst als Selbstständige weiter rentenversicherungspflichtig. Des Weiteren sind hier tarif- und arbeitsrechtliche Bestimmungen, die als gesetzliche Grundlage für Verdienstmöglichkeiten von Hebammen dienen, aber auch die Mutterschaftsrichtlinien, das Strafgesetzbuch, das Haftungsrecht, die Beweislastverteilung, das Mutterschutzgesetz, das Hygiene- und Infektionsschutzgesetz sowie Arznei- und Betäubungsmittelgesetze zu nennen (Ellerbrock 2003). Hebammen sind neben wenigen anderen Berufsgruppen als selbstständig Tätige bezüglich der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig kraft Gesetz. Angestellte Hebammen sind in die Organisationsstatuten des Krankenhauses, insbesondere die Weisungsbefugnis von Ärzten, die interne Hierarchie sowie den Schichtdienst, weitestgehend eingebunden (Neuscheler 1991).

Die persönlichen Wertvorstellungen und ethischen Prinzipien der Hebamme werden konfrontiert mit Auswirkungen der Legislative. So müssen sich Hebammen, insbesondere in größeren Kliniken und perinatologischen Zentren, immer wieder mit Situationen auseinandersetzen, die im Zusammenhang stehen mit dem Embryonenschutzgesetz oder dem § 218 StGB (Ellerbrock 2003).

Überhaupt wird die geburtshilfliche Arbeit stark beeinflusst durch den Wunsch und die wachsende Notwendigkeit nach juristischer Absicherung. Ende der 1970er, Anfang der 1980er-Jahre begann eine Verrechtlichung der Medizin. Die Zahlen der Haftpflichtansprüche sind ab diesem Zeitpunkt stetig angestiegen. Zu den risikoreichen Gebieten der Medizin gehört die Geburtshilfe, weil hier im Haftpflichtfall sehr hohe Summen gezahlt werden müssen. Viele Versicherungsgesellschaften möchten das Risiko der Geburtshilfe nicht zeichnen und stellen sich als Versicherer nicht zur Verfügung.

Als mögliche Gründe für steigende Prozessraten gegen geburtshilflich Tätige werden eine Zunahme an Fachanwälten und ökonomische Erwägungen der Versicherungsgesellschaften diskutiert. Der immer häufiger gewählte Kaiserschnitt ist auch ein Symptom dieser Entwicklung.

Die Berufsaufsicht erfolgt staatlicherseits über die Gesundheitsämter beziehungsweise den zuständigen Amtsarzt (DVO 1935). Für den Berufsstand

der Hebammen besteht keine Pflichtzugehörigkeit zu einer Regulierungsinstitution, das heißt es existiert keine Hebammenkammer. Damit haben Hebammen keine hoheitlich übertragene öffentlich-rechtliche Interessenvertretung und rechtsetzende Selbstverwaltung, die sich aus ihrem eigenen Berufsstand rekrutieren würde. Derzeit übernehmen die Berufsverbände der Hebammen Teile des Aufgabenprofils von Kammern und wissenschaftlichen Fachgesellschaften zum Beispiel bei der Entwicklung von Curricula und Empfehlungen.

4.3 Auswirkungen medikalisierter Geburt auf Hebammenhandlungen

Der geringe Einfluss von Hebammen auf die Abläufe in den geburtshilflichen Abteilungen fördert berufliche Unzufriedenheit sowie das Burn-Out-Syndrom (Reime 2000, Eilert 1992). Zugleich behindert der steigende organisatorische Aufwand durch die stetige Zunahme an medizinischen Überwachungen und Interventionen die Entfaltung des Potenzials von Hebammen.

Geburtshilfliches Erfahrungswissen wird nur in geringem Umfang weitergetragen, da normalisierende Techniken und Vorgehensweisen kaum noch zur Anwendung kommen. Wenn sie zur Anwendung kommen, werden sie nur geringfügig dokumentiert und evaluiert. Häufig eingesetzte Unterstützungsmaßnahmen von Hebammen bei protrahierten Geburtsverläufen wie psychosoziale Betreuungsinterventionen, freie Wahl von oder gezielte Lagerung in Geburtspositionen und physikalische Maßnahmen werden unzureichend dokumentiert und interdisziplinär artikuliert (Hähnlein 2005). Das legt die Forderung nahe, dass spezifisches Hebammenwissen als solches in ausreichendem Umfang gelehrt, angewendet, dokumentiert sowie evaluiert und damit weiterentwickelt werden muss.

Das Verständnis von normaler, physiologischer Geburt, das nach einer Expertinnenbefragung im Auftrag der WHO (1987), im außerklinischen Setting anders ausfällt als im klinischen Umfeld, bezieht die Erfahrungen aus der Begleitung und Leitung nichtmedikalisierter Geburten mit ein und bedarf dringend weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen. Die meisten geburtshilflich Tätigen kennen eine nichtmedikalisierte Geburt aus eigener Erfahrung nicht mehr. Ihr Wissen orientiert sich an den Beobachtungen der medikalisierten Geburt. Damit wird die Erarbeitung eines «echten Wertmaßstabs» (WHO 1987) an dem Hebammen und Ärzte ihre Betreuung ausrichten könnten, verhindert.

Das interdisziplinäre Team als ungenutzte Ressource

In der Klinik sind alle Voraussetzungen einer zentralen, intensiven Betreuung von schwangeren und gebärenden Frauen mit Problemen und Komplikationen gegeben. Zugleich steht die Klinik auch für die Versorgung unkomplizierter Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufe.

Einer Überversorgung von Low-Risk-, aber auch High-Risk-Schwangeren kann durch eine konstruktive interdisziplinäre Zusammenarbeit entgegengetreten werden. Für eine solche Zusammenarbeit ist nach Henneman et al. (1995) Autonomie für ein bedarfsgerechtes Agieren im eigenen Fachbereich ein wichtiger Aspekt.

Die in Kapitel 3.4 thematisierte, hierarchisch untergeordnete Positionierung der Hebamme birgt Konfliktpotenzial in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Ärzten, da Hebammen in ihrer Kompetenz beschnitten werden, Frauen selbstständig und eigenverantwortlich zu betreuen.

Für die gemeinsame Arbeit von Ärzten und Hebammen existieren häufig keine gemeinsam erarbeiteten Leitlinien. Ebenso problematisch ist es in der Begleitung und Betreuung gesunder schwangerer Frauen, dass während einer sich im physiologischen Rahmen entwickelnden Geburt etliche Handlungen und geburtsmedizinische Interventionen durchgeführt werden, deren Effektivität nicht ausreichend belegt ist (Enkin 2000).

Hebammen haben sich im Krankenhausgefüge auch in der Betreuung von Frauen mit anamnestisch geringem Risiko dem medizinischen Schema und den Routinemaßnahmen der Abteilung unterzuordnen (z. B Aufnahme-Ultraschall, Blutabnahme). Zugleich versuchen sie eine möglichst individuelle Geburtshilfe zu leisten. Wie beschrieben, geraten sie in einen Zwiespalt, wenn Geburtsverläufe nicht in das hausinterne Schema passen, für die einzelne Geburt jedoch von der betreuenden Hebamme als normal bewertet werden.

Die Rückenlage zur Geburt wurde Anfang des 19. Jahrhunderts unter anderem deswegen in Gebäranstalten eingeführt, um angehenden Geburtshelfern den Gebrauch von Instrumenten wie der Zange besser demonstrieren zu können. Diese Geburtsposition wird auch heute noch trotz erwiesenermaßen nachteiliger Auswirkungen bevorzugt. Damit steht sie symbolisch für die langsame Entwicklung in der Geburtshilfe, wenn es um die Abschaffung von Prozeduren geht, die ungünstig sind, jedoch eine klinische Tradition besitzen (WHO 1987). Weitere traditionelle Betreuungsmaßnahmen, die nach heutigen Evidenzen wahrscheinlich nicht nützlich sind, sind zum Beispiel die routinemäßige Durchführung von Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz und intravenöser Infusionen. Ineffektiv oder schädlich sind Routinemaßnahmen wie Einlauf, Rasur, Episiotomie, Rücken- oder Steinschnittlage zur Geburt (Enkin 2000).

Auch in der interdisziplinären Betreuung von High-Risk-Schwangeren und bei Geburtskomplikationen ist eine klare Regelung der jeweiligen Zuständigkeitsbereiche und die gemeinsame Beratung und Entscheidung über das weitere Vorgehen für eine optimale medizinische, pflegerische und psychosoziale Betreuung der betroffenen Frau von großer Relevanz. Eine solche klare Regelung der Tätigkeiten ist in dem herkömmlichen System der Abteilungsorganisation derzeit kaum umsetzbar. Neue Konzepte, deren Grundlage gegenseitiger beruflicher Respekt ist und die die Schnittstellen der Zusammenarbeit klar benennen sowie Autonomie für die definierten Kompetenzbereiche der Hebammen beinhalten, fördern eine frauenzentrierte individuelle Geburtshilfe.

Trotz zunehmender Einführung von Qualitätsmanagementsystemen und Qualitätssicherungsmaßnahmen in deutschen Kreißsälen orientieren sich die dabei festgelegten Leitlinien oder Arbeitsabläufe nicht unbedingt an neueren evidenzbasierten Kriterien. Qualitätsmanagement fordert von allen Mitarbeitern Qualitätsmängel aufzudecken und Ressourcen zu finden und sie einerseits zu Gunsten der betreuten Frauen und Neugeborenen, andererseits zu Gunsten der Kostensenkung ein- und umzusetzen.

In vielen Abteilungen wird noch immer zu selten evidenzbasiert gearbeitet (Enkin et al. 2000, WHO 1987). Lebenslanges Lernen, Recherche in klinikinternen Bibliotheken und zur Verfügung gestellten Fachdatenbanken und das Arbeiten nach immer wieder aktualisierten Leitlinien gehören bislang noch nicht zum deutschen Klinikalltag.

Da zurzeit in den wenigsten Krankenhäusern evidenzbasierte Betreuungsleitlinien und Selektionskriterien von Ärzten und Hebammen gemeinsam erarbeitet werden, entsteht ein Entscheidungskonflikt, den in den meisten Fällen der Arzt für sich entscheidet.

Die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit von Hebammen und Ärzten machen den hauptsächlichen Grund für die Arbeitsunzufriedenheit von Hebammen aus (Eilert et al. 1992). Eine Rolle spielen dabei u. a. Kompetenzgerangel, Pflicht zum Gehorsam wider besseren Wissens, die generelle risikoorientierte Sichtweise von Schwangerschaft und Geburt durch Ärzte, zu viele routinemäßige Episiotomien, zu wenig Aufklärung und zu geringe Berücksichtigung der psychosozialen Lage der Frau.

Der Verlust an eigenverantwortlicher Hebammenarbeit verhindert zudem die Reifung sowie den Auf- und Ausbau der Fähigkeiten, die notwendig sind für selbstständiges Arbeiten, und schafft ein Abhängigkeitsgefühl von Ärzten und klinischen Parametern. Ebenso sind es die obengenannten Konflikte, die eine interdisziplinäre Teamarbeit zum Wohle von Mutter und Kind erschwe-

ren, wenn nicht verhindern. So geht auch die Chance, im Team aneinander zu wachsen, verloren.

Auch wenn Hebammen dem Weisungsrecht des Arztes unterliegen, bleiben sie gegenüber der Frau verantwortlich. Eine unreflektierte Durchführung von und Zuarbeit bei geburtshilflichen Interventionen durch die Hebamme wird innerhalb des Berufsstandes kritisch diskutiert. Wichtige Punkte in dieser Diskussion betreffen das ethische Prinzip des Nichtschadens sowie die (gesetzliche) Pflicht zum Eingreifen bei falschem ärztlichen Vorgehen. In diesem Kontext muss der Frage nachgegangen werden, ob und wie Faktoren wie die Identifikation mit der Institution, mangelnde Erfahrungen mit unintervenierten Geburten sowie hierarchische klinische Strukturen ausschlaggebend für die hohen Interventionsraten sind.

4.4 Besondere Herausforderungen der Versorgungsleistungen angestellter Hebammen unter Berücksichtigung ökonomischer, struktureller und organisatorischer Bedingungen deutscher Kliniken

Gesetzliche Veränderungen und immer stärkere ökonomische Zwänge führen dazu, dass sich das Gesundheitssystem in Deutschland momentan an einem Wendepunkt befindet.

Einfluss auf die Bedingungen klinischer Geburtshilfe nehmen insbesondere die gesetzlichen, ökonomischen, strukturellen und organisatorischen Grundlagen, aber auch die Machtstruktur und die Strategien des klinikinternen (ärztlichen und kaufmännischen) Managements. Diese Einflüsse haben direkte Auswirkungen auf die Arbeit der Hebammen und die Qualität der Geburtshilfe.

4.4.1 Verschärfter Wettbewerb unter den Krankenhäusern

Geburtskliniken arbeiten auf hart umkämpftem Terrain. Zwar werden 98 Prozent aller Kinder in Deutschland in Kliniken geboren, doch stellen von Jahr zu Jahr sinkende Geburtenzahlen die geburtshilflichen Abteilungen der Kliniken vor große Auslastungsprobleme.

Seit 1990 hat sich die jährliche Geburtenrate um zirka 200 000 auf 706 700 Geborene reduziert (Bundesamt für Statistik 2005). Der Rückgang der Geburtenzahlen führt zu einem Verdrängungswettbewerb der geburtshilflichen Abteilungen. Damit steigt der Leistungswettbewerb untereinander. Zudem sprechen sich führende Gynäkologen zunehmend für die Zentralisierung der

Geburtshilfe in perinatologischen Zentren und die Schließung kleinerer geburtshilflicher Einrichtungen aus.

Eine Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung sieht bis zum Jahr 2008 zirka 26 Prozent aller Kliniken aus ökonomischen Gründen in ihrer Existenz gefährdet (Augurzky 2004).

Familienfreundliche Krankenhäuser als Marketingstrategie

Um künftig überleben zu können, versuchen Kliniken, zusätzliche Einkunftsquellen bei «Gesunden» zu erschließen. Die neueren Entwicklungen von Krankenhäusern hin zu «Gesundheits-Zentren» mit der Möglichkeit, ambulante und klinische Angebote von einem Anbieter zu erbringen, bereiten den Boden für Innovationen, zum Beispiel die Einrichtung von Elternschulen mit einem breiten Kursangebot sowie Hebammensprechstunden.

Wettbewerbsfähig werden auf Dauer nur Abteilungen bleiben, die in ihren echten Kernkompetenzen einzigartig, unverzichtbar und unaustauschbar sind (Riegl 1999). Die Erarbeitung hierzu benötigter Vergleichsdaten, sogenannter Benchmarks, stellt geburtshilfliche Abteilungen vor große Herausforderungen, an denen Hebammenkonzepte bislang in nur geringem Ausmaß beteiligt sind.

Dienstleistungs- und Kundenorientierung gelten als Strategien gelungenen Klinikmarketings. Frauen und ihre Familien legen besonderen Wert auf eine sichere und familienorientierte Geburtshilfe (Bergmann et al. 2000, Riegl 1999). Diesen Wünschen kommen Krankenhäuser mit der Einrichtung von technisch einwandfreien und wohnlich ausgestatteten Kreißsälen und Wochenstationen entgegen. Immer häufiger wird in Betracht gezogen, frauen- und familienfreundliche Wahlmöglichkeiten, wie Elternschulen, Wassergeburt, Familienzimmer und integrative Wochenbettpflege, als Leistungen anzubieten, um Eltern anzuwerben und an die Klinik zu binden.

Fehlen inhaltlicher Konzepte für eine frauen- und familienorientierte Versorgung

Problematisch ist allerdings, dass bis zum jetzigen Zeitpunkt nur wenige inhaltliche Konzepte (z. B integrative Wochenbettpflege) zu den verschiedenen Angeboten erarbeitet worden sind. Das *Babyfreundliche Krankenhaus* stellt bislang die einzige Zertifizierungsmöglichkeit geburtshilflicher Abteilungen dar.

Zudem besteht unter dem vorherrschenden ökonomischen Druck die Gefahr, dass Konzepte an die bestehenden arbeitsorganisatorischen Strukturen angepasst und inhaltlich nur eingeschränkt umgesetzt werden (z. B wegen mangelnder innerbetrieblicher Fort- und Weiterbildungen sowie fehlender Qualitätskontrolle). Somit können sie nur reduziert ihre vorgesehene Wirkung entfalten.

Exemplarisch hierfür ist die Möglichkeit der Zertifizierung zum «Babyfreundlichen Krankenhaus». Der Zertifizierungsprozess macht die Erfüllung und Evaluation inhaltlicher Kriterien erforderlich. Das kostet viele Anstrengungen und verlangt große Motivation und Innovationsbereitschaft von Seiten der Klinik und des Personals. Diese Anforderungen lassen Krankenhäuser häufig davor zurückschrecken, eine solche Initiative umzusetzen.

Auf der Personalebene führt die sich abzeichnende verstärkte Ökonomisierung der Produktionsabläufe dazu, dass auch Hebammen sich stärker an nachvollziehbaren Qualitäts- und Quantitätskriterien orientieren müssen (HSFG 2001). Für eine Steigerung der Versorgungsqualität werdender Mütter und Familien bedeutet dies, psychosozial und physisch relevante Betreuungsaspekte der von Hebammen betreuten Lebensphasen als Qualitätsindikatoren zu benennen, um ihnen einen gleichberechtigten Platz neben den medizinischen Indikatoren einzuräumen. Die Umsetzung und Evaluation zum Teil noch zu erarbeitender innovativer Arbeitsmodelle von Hebammen, aber auch von Betreuungsmodellen wie der Integrierten Wochenbettpflege und dem Hebammenkreißsaal bilden hier einen Anfang.

4.4.2 Auswirkungen des Kostendrucks auf Kliniken

Die Bundesrepublik Deutschland hat sich mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 für die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems von Krankenhausleistungen auf Basis von Fallpauschalen entschieden.

Bei den *Diagnosis Related Groups* (DRG) handelt es sich um medizinisch-ökonomische Klassifikationssysteme, die anhand definierter Regeln zur Gruppierung von Patienten führen (Brumm et al. 2001). Ärztliche Diagnosen und damit zusammenhängende ärztliche und pflegerische Prozeduren werden in eine ökonomische Matrix gebracht. Für Deutschland gelten modifizierte German Diagnosis Related Groups, die G-DRG.

Die Umsetzung des neuen Entgeltsystems ist nach Vorstellung des Bundesministeriums für Gesundheit ein ordnungspolitisches Instrument, um die Krankenhauskosten zu dämpfen. Zugleich entspricht es dem Trend nach Entstaatlichung, Privatisierung und Deregulierung (Düllings 2003).

Einsparung von Hebammenplanstellen

Als wichtige Maßnahmen zur Bekämpfung aufkommender finanzieller Probleme werden Kostenminimierung und Finanzcontrolling angesehen. Mit 70 Prozent Anteil an den Gesamtausgaben der Krankenhäuser sind die Per-

sonalkosten eine wichtige Einsparressource (DKI 2005). Rund die Hälfte der Krankenhäuser will die notwendigen Einsparungen dadurch erreichen, dass sie ihr Pflegepersonal reduziert (Mummert Consulting & F.A.Z.-Institut 2004).

Optimale, d.h. vollständige Arbeitsauslastung ist ein weiteres effizientes Instrument des Personalmanagements, doch muss im Arbeitsbereich der Geburtshilfe vor allem auf die internen Prozesse der Arbeitsstruktur und des Arbeitsaufkommens geachtet werden, damit die Qualität von geburtshilflicher Arbeit nicht so weit Schaden nimmt, dass es zu Unzufriedenheit der versorgten Familien und Fehlversorgung kommt.

In Bezug auf die Versorgung befürchten Ärzte, Gesundheitsexperten und Gewerkschaften, dass die Qualität der medizinischen Versorgung unter dem steigenden Kostendruck leidet. Auch die Qualität pflegerischer Versorgung kann durch die zunehmende Ausdünnung der Decke professionell geschulten Personals Schaden nehmen (Mummert Consulting & F.A.Z.-Institut 2004). Dies kann analog auch für die geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen angenommen werden, die meist unter die Berufsgruppe der Pflegekräfte subsumiert werden und zu denen keine differenzierten Bedarfs- und Leistungsuntersuchungen existieren.

Um das Einsparpotenzial im Personalbereich auszuschöpfen, sparen Krankenhausverwaltungen in der Geburtshilfe nach Auskunft des BDH, indem sie Hebammenstellen reduzieren oder nicht besetzen. Die verbleibenden Hebammen kompensieren über Mehrarbeit, Überstunden und eine stärkere Belastung in den einzelnen Diensten die Vakanzen. Für die Ballungsräume wurden bereits 2001 in 35,4 Prozent der geburtshilflichen Abteilungen weniger Hebammen gezählt, als Planstellen vorhanden waren (HSFG 2001a).

In vielen Abteilungen ist es selbstverständlich, dass Hol- und Bringdienste sowie bestimmte Raum- und Instrumentenpflegetätigkeiten von Hebammen ausgeführt werden. Zudem übernehmen sie zusätzlich zur Kreißsaalarbeit vielfach stationäre und ambulante Kontrollen bei schwangeren Frauen. Die Organisation von Arbeitsabläufen unter der Berücksichtigung ihrer Kernaufgabe im Kreißsaal – der intensiven Betreuung von Frauen während der Geburt – stellt für Hebammen eine enorme Herausforderung dar (Ellerbrock 2003). Oftmals gehen die zusätzlichen Aufgaben zu Lasten einer kontinuierlichen, intensiven Geburtsbetreuung.

Ermittlung des Personalbedarfs an Hebammen und deren Leistungsqualität in Krankenhäusern

Dementsprechend wichtig erscheint es, die derzeitigen Arbeitsstrukturen von Hebammen generell nach Art und Menge zu erfassen. Diese sind ebenso wie

die Leistungsqualität der Hebammen noch nicht vollständig beschrieben (Sayn-Wittgenstein 2005).

Für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes gilt allgemein, dass sie keine Angaben über freiberuflich tätige Hebammen zur gesundheitlichen Versorgung von Frauen in die aktuellen Studien einbezieht. Die seit 1999 zweijährlich erscheinenden Gutachten nach § 142 SGB V zur bedarfsgerechten Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Sachverständigenrat machen keine Angaben zur gesundheitlichen Versorgung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, 2001). Der Frauengesundheitsbericht 2001 stützt sich in dem bisher einmaligen Versuch, die Versorgung in dieser Lebensphase darzustellen, allein auf Daten der Kassenärztlichen Selbstverwaltung sowie der Krankenhausstatistik der gesetzlichen Krankenkassen und der Perinatalerhebung der Länder. Hier findet also allein die ärztliche Versorgung eine Abbildung. Der Grund für die Nichtbeachtung von Versorgungsleistungen durch Hebammen mag an einer fehlenden Kenntnis von dem Berufsprofil liegen.

Eine telefonische Umfrage durch den BDH an Kalkulationshäusern hat ergeben, dass nirgendwo eine Leistungserfassung durchgeführt wird, die ermittelt, welche Leistungen durch Hebammen für jede einzelne G-DRG erbracht werden (Selow 2006).

Eine Bedarfsermittlung, die die personellen Ressourcen und das Leistungsspektrum der Hebammen abbildet, steht demnach dringend aus. Sie erscheint umso wichtiger, als einige Expertinnen und Experten prognostizieren, dass «eine Entwicklungsdynamik für die nächsten Jahre [...] trotz rückläufiger Geburtenzahlen einen gleich bleibenden beziehungsweise eher ansteigenden Fachkräftebedarf an Hebammen/Entbindungspfleger mit sich bringen kann» (Korporal & Dangel 2002). Die Entwicklungsdynamik liegt dabei in der Berufsfeldentwicklung der Hebammen. Institutionelle Veränderungen, wie in das System Krankenhaus integrierte Hebammensprechstunden und Kursangebote, kürzere Verweildauer der Wöchnerinnen und ihrer Kinder sowie nicht zuletzt klientelbezogene Entwicklungen, bewirken einen veränderten Bedarf an ambulant tätigen Hebammen.

Angesichts der Ziele, die mit der Einführung der Gesundheitsberichterstattung und der Einberufung des Sachverständigenrates seinerzeit festgelegt wurden, ist es kaum nachvollziehbar, dass gerade in diesen Einrichtungen die gesundheitliche Versorgung in den bedeutsamen Phasen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit so wenig Beachtung findet. Dazu kommt:

Die reproduktiven Lebensphasen stellen laut Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) die häufigsten Anlässe für Krankenhausaufenthalte von Frauen zwischen dem 15. und 45. Lebensjahr dar und bieten Chancen für effiziente Gesundheitsförderung und Prävention. Damit sind sie auch aus gesundheitspolitischer Sicht besonders wichtig.

Stellenberechnung in den Kliniken

Interdisziplinäre Appelle und Proteste in den 1980er-Jahren gegen die Unterbesetzung von Kreißsälen mit Hebammen führten zu einer Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Der gemeinsamen Empfehlung zufolge soll bei Kliniken mit einer jährlichen Geburtenrate von über 600 ein Wert von 780 Minuten Arbeitszeit pro Geburt zugrunde gelegt werden, Ausfallzeiten nicht berücksichtigt. Inwiefern in der Berechnung patientenferne Aufgaben miteinbezogen wurden, geht aus der Empfehlung nicht hervor. Ein laut BDH realistischer Wert an Ausfallzeit von 20 Prozent ergibt eine Planstellenberechnung von 118 Geburten pro Jahr und Vollzeitkraft. Dieser Wert wird in 25 Prozent aller Kliniken zum Teil weit überschritten, wahrscheinlich vor allem wegen der Nichtbesetzung vorhandener Planstellen in durchschnittlich 30 Prozent aller klinischen Einrichtungen (HSFG 2001a).

Die G-DRG und die angestrebte landesweit einheitliche Budgetierung werden möglicherweise zu einem stark veränderten Personalbedarf im Funktionsdienst Kreißsaal führen. Der durch das DKI ermittelte Personalbedarf beträgt, je nachdem ob eine vaginale Entbindung mit oder ohne komplizierende Diagnosen vorliegt, zwischen 1:65 und 1:105 (volle Hebammenstelle pro Geburten) (Plücker 2004) Diese Berechnung orientiert sich an den vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelten Behandlungsminuten pro betreuter Frau im Funktionsdienst Kreißsaal.

Hebammenleistungen im Rahmen der G-DRG Kalkulation

Die Kostenkalkulation für Hebammenleistungen erfolgt nach Maßgaben des Kalkulationshandbuches für Krankenhäuser (DKG, GKV, PKV 2002, Kapitel 5.4.1.6). Demnach werden die Gesamtpersonalkosten der Hebammen entweder durch die Gesamtaufenthaltszeiten der Gebärenden oder die Anzahl der Geburten (Fallzahlen) dividiert. Für Beleghebammen wird nicht erfasst, dass die Frauen auch in anderen Bereichen des Krankenhauses und bei anderen G-DRG betreut werden, zum Beispiel auf der Station bei «frustranen Wehen» (d. h. schmerzhafte Wehentätigkeit ohne entsprechenden Geburtsfortschritt).

In den G-DRG 2004 und 2006 wird ein Abschlag bei der Vergütung bei Beleghebammenbetreuung bei 13 von 24 G-DRG der Hauptkategorie (Major Diagnostic Category) für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (MDC 14) nicht vorgenommen, da die Leistungen der Hebamme nur auf die unmittelbar mit der Geburt zusammenhängenden G-DRG bezogen werden.

Bei allen G-DRG der MDC 14 fällt jedoch Hebammenarbeit an, die nach dem derzeitigen Modus der Erfassung und Kalkulation bei dreizehn die Schwangerschaft und das Wochenbett betreffenden G-DRG keine Beachtung erfährt und somit nicht in die G-DRG-Berechnung und Stellenbemessung einfließt. Ebenfalls nicht erfasst wird Hebammenarbeit, wenn sie im Zusammenhang mit der Abrechnung von G-DRG anderer MDC anfällt (Verkehrsunfall, Krankheit einer Schwangeren).

Da für Neugeborene eine eigene G-DRG erst nach Ablauf von 24 Stunden gebildet wird, wird die Betreuungsleistung zum Beispiel bei Überwachung des Neugeborenen überhaupt nicht erfasst.

Der für andere Kostenarten anfallende Arbeitsaufwand (Station, OP) bleibt bei den Belegabschlägen unberücksichtigt.

Durch all diese Kalkulationsmängel kommt es zu einem stetigen Personalabbau, der die durch Arbeitsverdichtung angespannte Situation zusätzlich verschärft. Die Kalkulation nach IST-Kosten berücksichtigt die bereits sichtbaren Qualitätseinbußen in der Versorgung nicht und führt in eine Abwärtsspirale in der Personalentwicklung.

Implausibilität der Abschläge in Belegabteilungen

Eine kontinuierliche Verbesserung der Datenlage und damit plausiblere Zahlen für die Hebammenbetreuung kann bei den sich jährlich ändernden Abschlägen nicht festgestellt werden. Wenn man aus den Abschlägen für Belegabteilungen auf die Bewertung der Leistung schließt, zeigt sich, dass die Datengrundlage mangelhaft sein muss. Folgendes Beispiel soll dieses Problem verdeutlichen. Für die G-DRG O60D, unter der eine vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose kodiert wird, werden für die Leistung der Hebamme in der ärztlichen Belegabteilung 70 Euro, in der Hauptabteilung 350 Euro und für die ärztliche Leistung 616 Euro berechnet. Für die G-DRG O60C, die einer vaginalen Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose entspricht, werden für die Leistung der Hebamme in der ärztlichen Belegabteilung 571 Euro, in der Hauptabteilung 403 Euro und für die ärztliche Leistung 104 Euro veranschlagt (Basisfallpreis 2800 Euro). Die Leistungen eines Arztes werden bei dieser Kalkulation bei einer normalen Geburt höher bewertet als bei einer Geburt mit Pathologie, obwohl der Leis-

tungsaufwand des Arztes bei einer Pathologie als wesentlich höher einzustufen ist. Im umgekehrten Fall gilt diese Fehlkalkulation ebenso für die Hebamme.

Abteilungen mit Beleghebammen

Die Leistungen angestellter Hebammen lassen sich übertragen auf ein Hebammenbelegsystem in vier Kategorien unterteilen:

- Leistungen im Rahmen des Behandlungsvertrages mit der Frau: Diese Leistungen werden durch die HebGV vergütet.
- «Patientenferne und pflegefremde Leistungen»: Diese werden im Rahmen der DRG-Kalkulation nicht der Kostenstelle für Hebammenleistungen zugerechnet. Obwohl Beleghebammen diese Leistungen für das Krankenhaus erbringen, besteht keine Regelung zur Vergütung, das heißt im Regelfall erhält die Hebamme keine Vergütung.
- Leistungen zur Übernahme des Sicherstellungsauftrages der Klinik (Bereitschaftsdienst, Anwesenheit, Dienstplanorganisation): Es besteht auch hier keine Regelung zur Vergütung.
- Leistungen als Assistentin des Arztes (z. B medizinisch nicht erforderliche Assistenz bei der Naht): Diese Leistungen müssten aus der Vergütung für den ärztlichen Dienst bezahlt werden, da diese Nebenleistungen in der Vergütung der ärztlichen Leistung enthalten sind.

Für Belegärzte gibt es in § 121 SGB V eine eigene Regelung, die die Vergütung der Belegärzte aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung regelt. Zusätzlich wird im Rahmen der Budgetverhandlung der Krankenhäuser über ein Budget für die Gewährleistung des Versorgungsauftrages der Klinik verhandelt.

Für Hebammen fehlt eine entsprechende Regelung im SGB V. Die an vielen Häusern verlangte Gewährleistung der ständigen Verfügbarkeit von Hebammenhilfe auch durch ständige Anwesenheit ohne nach HebGV vergüteten Arbeitsanfall ist unter den vorhandenen Rahmenbedingungen für Beleghebammen wirtschaftlich untragbar.

Nur Leistungen, die im direkten Zusammenhang mit der Betreuung der Frau stehen, sowie fallbezogene Leistungen als Gehilfin des Arztes können über die HebGV abgerechnet werden. Leistungen, die für die Organisation der Klinik erbracht werden oder die organisatorische Leistungen rund um den ärztlichen Dienst betreffen, sind nicht durch HebGV abgedeckt.

Hierunter fallen Tätigkeiten für gynäkologische Ambulanz, Reinigungsarbeiten, Beschaffung, Wartung, Kontrolle der für den ärztlichen Dienst vorgehaltenen Arzneimittel und Geräte, Dokumentation für den Träger, Station oder ärztlichen Dienst (Perinatalerhebung, stationäre Aufnahme, Stationskur-

ven), Assistenz für den ärztlichen Dienst ohne medizinische Notwendigkeit (Nahtassistenz, PDA).

Gemäß den jeweiligen Organisationsstatuten werden diese Tätigkeiten von der freiberuflichen Hebamme erbracht. Da sie in der G-DRG des Krankenhauses oder der EBM Abrechnung der Ambulanz und nicht in der Vergütung der Hebamme nach HebGV enthalten sind, müssen sie von der Klinik vergütet werden. Diese Vergütung kann pauschal oder in Einzelabrechnung erfolgen.

Im Kalkulationshandbuch für Krankenhäuser zur G-DRG-Kalkulation heißt es in Kapitel 5.4.1.6 im Kapitel Kreißsaal:

> «Sofern Belegpersonal (z.B Beleghebammen, -ärzte) zum Einsatz kommt, sind die Hinweise zu Belegärzten unter Kapitel 5.4.1.4 zu beachten.»

Dort wiederum heißt es:

> «Soweit Belegärzte oder anderes Belegpersonal im OP zum Einsatz kommen, sind für die Ermittlung des Kalkulationssatzes je Leistungsminute die dokumentierten Gesamtzeiten um die durch Belegpersonal geleisteten Zeiten zu vermindern. Bei der fallbezogenen Kostenzuordnung werden ebenfalls nur diejenigen Leistungszeiten zu Grunde gelegt, die durch im Krankenhaus angestelltes Personal erbracht wurden.»

Durch diese falsche Analogie zum ärztlichen Bereitschaftsdienst bei der DRG-Kalkulation existiert keine Möglichkeit nach Leistungen zu differenzieren, die entwedervon der Klinik oder nach HebGV zu vergüten sind (Selow 2006).

Für die Klinik sind entsprechende Zahlungen nicht ohne weiteres über Budgetverhandlungen zu refinanzieren. Daher werden zunehmend bereits bestehende Belegverträge gekündigt. Neue Verträge verpflichten die Hebammen zur unentgeltlichen Präsenz oder verlangen in erheblichem Umfang Leistungen, die weder über die Vergütung nach HebGV noch durch die Klinik vergütet werden.

Zusätzliche Brisanz erhält das Thema durch die Anfang 2006 in Kraft getretenen Vereinbarungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen und den neuen § 134 SGB V, der zum 1. 1. 2007 die Ablösung der HebGV durch Vertragsverhandlungen mit den Kassen vorsieht. Die Vereinbarung des GBA, die ohne die im § 92 SGB V vorgesehene Möglichkeit der Stellungnahme der Hebammenverbände verabschiedet wurde, erwähnt zwar die Hebamme nicht, sieht aber eine Anwesenheit der Hebamme

im Kreißsaal vor (in Analogie zur Präsenz der pflegerischen Versorgung). Die selbstständige Tätigkeit der Beleghebamme findet keinerlei Berücksichtigung, obwohl sie regional (auch in großen Kliniken mit neonatologischem Schwerpunkt) weit verbreitet ist.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass die Umstellung ins Belegsystem von der Hebamme eine völlige Neustrukturierung ihres Tätigkeitsfeldes mit stationären und ambulanten Leistungen erfordert, um sich eine wirtschaftliche Existenz zu sichern. Dies steht konträr zu der Forderung nach Anwesenheit in der Klinik, da die Hebamme während dieser Zeit keine andere Möglichkeit zur Erzielung eines Verdienstes hat.

Kliniken, die ihre Abteilungen umstellen und Belegverträge abschließen, müssen lernen, die Hebammen als Sub-Unternehmerinnen aus den gewohnten Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Strukturen zu entlassen. Die gemeinsamen Verhandlungen brauchen Spielraum, um neue Bedingungen zu schaffen, die organisatorische Nebenarbeiten für Hebammen vermeiden und in denen Hebammen eigene Konzepte der Betreuung von Frauen umsetzen können. Arbeitsumfang und Arbeitsinhalte sind den rechtlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen anzupassen.

Auswirkungen der Eingruppierung und monetären Entgeltung verschiedener Diagnosen und Prozeduren nach G-DRG auf die Geburtshilfe

Hebammen befürchten, dass die normale Geburt durch die Finanzierung nach den G-DRG für die Krankenkassen zum kostengünstigen Fall wird, der für Krankenhäuser uneffizient ausfällt. Damit besteht der Anreiz, normale Prozesse zu pathologisieren und bestimmte Prozeduren vermehrt durchzuführen, um bessere Erträge zu erwirtschaften (BDH 2004c). So zeichnet sich aktuell eine Entwicklung ab, in der ambulante Geburten mit einer Verweildauer von zwei bis sechs Stunden post partum seltener vorkommen. Die Vermutung liegt nahe, dass dies mit der Berechnung der Neugeborenen-DRG zusammenhängt, die frühestens nach 24 Stunden stationärem Aufenthalt des Neugeborenen erfolgen kann.

«Willkürlich» ausgeführte Prozeduren und «angepasste» Dokumentation, das heißt an abrechnungstechnischen Gesichtspunkten orientierte Leistungserhöhungen greifen jedoch zu kurz. Interventionen sind kostenintensiv, zudem gibt es noch keine genaue Leistungserfassung aller relevanten Diagnosen und Prozeduren bei normalen Geburten beziehungsweise Geburten mit Komplikationen (Brumm et al. 2001).

Belegen lassen sich die geäußerten Befürchtungen derzeit nicht, jedoch scheint es notwendig, die weitere Entwicklung nach der flächendeckenden

Umsetzung der G-DRG zu beobachten sowie Daten für neue Berechnungsgrundlagen zu generieren.

Die Kalkulation der Fall- und Personalkosten erfolgt anhand von Zahlen bislang üblicher klinischer Geburtshilfe. Die G-DRG sind als lernendes System zu verstehen und bergen die Möglichkeit, Kalkulationen an bestehende Notwendigkeiten anzupassen (Tuschen & Trefz 2004). Um zukünftig Ressourcenverschwendung und Fehlversorgungen durch hohe Interventionsraten von Frauen mit Low-Risk-Schwangerschaften zu vermeiden, sind Kalkulationen an hebammengeleiteten geburtshilflichen Einrichtungen sowie eine getrennte Erfassung von Personal- und Sachkosten in Betracht zu ziehen.

Bereits 2001 artikulierte Lange die Befürchtung, dass als eine weitere Konsequenz der Einführung der G-DRG Klinikleitungen sich auf der einen Seite bemühen werden, die kostengünstigen Fälle in den ambulanten Bereich zu verlagern, und auf der anderen Seite die klinische Geburtshilfe auf die medizinischen Fälle und Risikogeburten spezialisieren, um so effizientere Strukturen aufzubauen (Lange 2001).

Mit der Verlagerung unkomplizierter Geburten und Wochenbettverläufe in den ambulanten Bereich wird eine flächendeckende Vernetzung stationärer und ambulanter Betreuung durch Hebammen immer dringlicher. Auch Versorgungskonzepte wie die Integrierte Versorgung bieten Möglichkeiten einer effektiven Schwangerenversorgung, Betreuung von Gebärenden und Müttern im Wochenbett und der Stillzeit. Eine große Herausforderung für die Dienstleisterinnen, aber auch für das gesamte Gesundheitssystem besteht in der Erarbeitung von Angeboten mit gezielten Konzepten, um hier die gesundheitsförderlichen Ressourcen, die in einem autonomen und eigenverantwortlichen Praktizieren von Hebammen in ihren originären Tätigkeitsbereichen liegen, ausschöpfen zu können (WHO 2000a, WHA 2006).