

Der Runde Tisch Geburtshilfe

Abschlussbericht

Vorwort

Mit der Einrichtung des Runden Tisches „Geburtshilfe“ wollten wir mit allen, die an der Versorgung in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett in NRW beteiligt sind, die aktuelle Situation der Hebammen und der Geburtshilfe in Nordrhein-Westfalen erörtern. Vor allem der Anstieg der Kaiserschnitttrate und die schwierige finanzielle Lage der Hebammen standen im Mittelpunkt der – mitunter kontrovers geführten – Diskussionen. Ich freue mich, dass der Runde Tisch „Geburtshilfe“ nach den intensiven Beratungen der letzten Monate den Abschlussbericht vorgelegt hat.



© MGEPA NRW / Foto: Franklin Berger

Eine Geburt verändert das Leben. Vor, während und nach der Geburt brauchen Mutter und Kind deswegen besondere Unterstützung. Aber auch für den Vater, für Partner oder Partnerin und Geschwisterkinder sind Schwangerschaft und Geburt eine Ausnahmesituation. Eine enge Begleitung bei der Familienplanung, in der Zeit der Schwangerschaft sowie zu Beginn des „neuen“ Familienlebens bieten Hebammen und Entbindungspfleger sowie Ärztinnen und Ärzte. Der Runde Tisch „Geburtshilfe“ hat zwischen diesen Beteiligten den Dialog gefördert und die vorhandenen Expertisen genutzt, um Konzepte zur Sicherung und zum Ausbau der Geburtshilfe in NRW und die Begleitung junger Familien zu erarbeiten.

Die nun notierten Handlungsempfehlungen bieten uns eine wichtige Orientierung für die weitere Arbeit. Hinsichtlich der Entwicklung der Kaiserschnitttrate müssen wir auf Bundes- und Landesebene prüfen, ob es Fehlanreize im Gesundheitssystem gibt, die erklären, warum Deutschland zu den Ländern mit den höchsten Kaiserschnitttraten in Europa gehört. In NRW liegt die Kaiserschnitttrate aktuell bei ca. 33 %. Ein höheres Alter der Schwangeren, möglicherweise zu weit gefasste medizinische Indikationen, Informationsdefizite und der Anstieg von Mehrlingsschwangerschaften können aber insbesondere die deutlichen regionalen Unterschiede nicht plausibel erklären.

Wir werden uns die Entwicklungen genauestens ansehen und wollen auch von den Krankenhäusern lernen, die trotz der aktuellen Rahmenbedingungen die Kaiserschnitttrate signifikant senken konnten.

Darüber hinaus müssen wir die Informationslage für Schwangere und Eltern verbessern, neue Versorgungskonzepte, wie beispielsweise den Hebammenkreißsaal, weiterentwickeln und Kooperationen der an der Geburtshilfe beteiligten Berufsgruppen ausbauen. Es liegen uns auch noch zu wenige Daten darüber vor, wie die Versorgung in der Hebammenhilfe aussieht. Wie viel Hilfe braucht eine schwangere Frau? Reicht die Versorgungslage aus? Hier werden wir

uns um eine bessere Datenlage kümmern, damit wir Maßnahmen gezielt platzieren können.

Ich bin mir sicher, dass die niedergeschriebenen Ergebnisse neben den konkreten Handlungsempfehlungen dazu dienen, den fachlichen interdisziplinären Dialog voranzutreiben und die gesamtgesellschaftliche Verantwortung rund um das Thema Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu stärken.

Nicht zuletzt steht der Bund in der Verantwortung, die Haftpflichtproblematik der Hebammen und Entbindungspfleger zu lösen. Eine nachhaltige Lösung, die existenzgefährdende Belastung durch drastisch steigende Haftpflichtprämien zu beseitigen oder abzumildern, liegt bislang nicht vor. Der Bund darf die Hebammen mit diesem Problem nicht alleine lassen!



Barbara Steffens

Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Präambel¹

Eine gute Betreuung von Frauen in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett stellt einen Eckpfeiler einer modernen weltoffenen Gesellschaft dar. Ebenso wie die moderne Gesellschaft unterliegt die Geburtshilfe einem ständigen Wandel von Lebensstilen und ethno-kulturellen Prägungen. Bei allen notwendigen und wünschenswerten Veränderungen hat die Gesundheit von Mutter und Kind jedoch absolute Priorität.

Vor dem Hintergrund immer schwieriger werdender Rahmenbedingungen für Hebammen, Entbindungspfleger, Ärztinnen und Ärzte und steigender Kaiserschnittraten vereinbarten die Regierungsfractionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen im Koalitionsvertrag vom 18. Juni 2012 einen Runden Tisch „Geburtshilfe“ einzurichten.

Die Erarbeitung zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen, das Aufzeigen dafür erforderlicher Bedingungen sowie die intensive Analyse und die angemessene Reaktionen bezüglich der in den letzten Jahren stark angestiegenen Kaiserschnitttrate sehen die Mitglieder des Rundes Tisches als ihre Kernaufgaben an, um das bestmögliche körperliche und emotionale Wohlbefinden von Mutter und Kind jetzt und zukünftig in unserem Land sicherzustellen.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bezeichnen natürliche Vorgänge, in deren Mittelpunkt Mutter und Kind stehen. Auf der anderen Seite ermöglicht die moderne Medizin jedoch auch den Frauen „Muttermglück“, bei denen vielleicht vor einigen Jahren die Austragung einer Schwangerschaft noch unmöglich erschien.

Die kooperative interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hebammen, Ärztinnen und Ärzten sowie anderen beteiligten Berufsgruppen stellt die Grundlage einer Betreuung dar, in der die Frau, ihr Kind und ihre Familie im Mittelpunkt stehen. Angehörige aller Berufsgruppen stehen daher vor der Herausforderung der werdenden Mutter und ihrer Familie eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, die eine echte Wahlmöglichkeit des Geburtsortes einschließt. In dieser Zusammenarbeit soll ebenfalls die Physiologie der Geburt gefördert und bestehende bzw. auftretende Risiken und Komplikationen frühzeitig erkannt und therapiert werden.

Die Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gehört zu den stärksten emotionalen Erfahrungen im Leben einer Frau. Die positive Erfahrung dieser wichtigen Lebensphase entspricht einem essenziellen Bedürfnis einer

¹ Die Schreibweise dieses Berichts orientiert sich an dem Leitfaden der Landesregierung NRW „Gleichstellung von Frau und Mann in der Rechtssprache“. Sollte stellenweise versehentlich eine nicht korrekte Schreibweise verwendet worden sein, so sind auch an diesen Stellen immer Frauen und Männer gemeint.
Siehe auch Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen: Gleichstellung von Frau und Mann in der Rechtssprache (2008).

Abschlussbericht Runder Tisch Geburtshilfe

werdenden Mutter und beeinflusst kurz- und mittelfristig aber auch lebenslang die emotionale, körperliche und psychische Gesundheit von Mutter und Kind.

Die Mitglieder des Runden Tisches hoffen, nach aktiven und teilweise auch sehr kontrovers geführten Diskussionen, mit diesem Text einen Beitrag zu leisten, um Wege zu einer zukunftsfähigen und qualitativ hochwertigen geburtshilflichen Versorgung in NRW aufzuzeigen, in deren Mittelpunkt das Wohlbefinden von Mutter, Kind und ihrer Familien steht.

Inhalt

Vorwort	2
Präambel	4
Inhalt.....	6
Einführung in den Bericht	8
Handlungsempfehlungen.....	10
A. Hintergrund	15
1. Einleitung.....	15
1.1 Auftrag des Runden Tisches Geburtshilfe.....	15
1.2 Konstituierung und Mitglieder des Runden Tisches Geburtshilfe	16
2. Anlass für die Einberufung des Runden Tisches	17
2.1 Bisherige Aktivitäten der Landesregierung Nordrhein-Westfalen	19
2.2 Beschlüsse der GMK.....	21
2.3 Datenlage.....	21
3. Analyse der Versorgungssituation	22
3.1 Schwangerschaft.....	22
3.2 Geburtshilfe.....	23
3.3 Wochenbett	29
3.4 Kaiserschnitttrate	29
3.5 Datenquellen	31
3.6 Informationslage bei Schwangeren und werdenden Eltern	33
B. Fachkapitel.....	40
1. Berufliche Rahmenbedingungen der Hebammen und Entbindungspfleger	40
1.1 Berufsordnung.....	40
1.2 Vergütung.....	40
1.3 Haftpflichtversicherung.....	42
1.4 Lösungsansätze	44
2. Versorgungsstrukturen der Zukunft	48
2.1 Geburt	48
2.2 Familienhebammen.....	57
3. Aus-, Fort- und Weiterbildung.....	59
3.1 Ärztinnen und Ärzte.....	59
3.2 Hebammen.....	62

4. Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung	68
4.1 Geschichte der Perinatalerhebung.....	68
4.2 Qualitätsmanagementsysteme.....	69
4.3 Entwicklung von qualitätssichernden Instrumenten.....	71
Schlussbemerkung	74
C Mitglieder des Runden Tisches Geburtshilfe.....	77
D Glossar.....	79
E Literatur und Datenquellen.....	85

Einführung in den Bericht

Die Erstellung des Abschlussberichts des Runden Tisches „Geburtshilfe“ erfolgte in fünf Redaktionssitzungen, an denen die nachfolgend genannten Mitglieder teilgenommen haben:

Name	Institution
Averesch, Sigrid	Verband der Ersatzkassen e. V.
Bauer Prof.´ in, Nicola H.	Hochschule für Gesundheit NRW
Blomeier, Barbara	Landesverband der Hebammen NRW e.V.
Dickmann-Löffler, Elke	Netzwerk der Geburtshäuser e.V./Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V./ Hebammen für Deutschland e.V.
Egelkraut, Renate	Landesverband der Hebammen NRW e.V.
Ernst, Christiane	Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit
Heise, Helene	AOK Rheinland/Hamburg
Hellberg, Nils	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.
Jaspers Dr., Klaus-Dieter	Christophorus-Kliniken/St. Vincenz-Hospital Coesfeld
Müller-Markfort, Eva-Maria	Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V.
Rosa-Bian, Isabelle	Netzwerk der Geburtshäuser e.V./Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V./ Hebammen für Deutschland e.V.
Schäfers Prof.´ in, Rainhild	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Schmidt Prof., Markus	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie u. Geburtshilfe e.V.
Schröter, Beate	Bildungsinstitut für Gesundheit/Hebammenschule Bensberg

Textbeiträge erfolgten darüber hinaus von:

Name	Institution
Gembruch Prof. Ulrich	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.
Hornberg Prof. Claudia	Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit
Kosfeld, Barbara	Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V.
Mais, Andrea	Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V.
Wascher-Ociepka, Gerlinde	Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V.

Ferner wurde der Bericht unter Mitwirkung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) und des Ministeriums für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (MFKJKS) erstellt. Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) fungierte als Geschäftsstelle des Runden Tisches.

Eine von allen Redaktionsmitgliedern gemeinsam festgelegte Schwerpunktsetzung des Berichts orientierte sich an den zuvor stattgefundenen Fachgesprächen im Rahmen des Runden Tisches. Mit diesem Vorgehen wurde in Kauf genommen, dass der Abschlussbericht verschiedene Themen nicht aufgreift. So bleiben die mit der Qualitätssicherung verbundene Befassung von Leitlinien und ihrer praktischen Umsetzung unberücksichtigt wie auch die Diskussion über Substitution und Delegation von ärztlichen Leistungen in der Schwangerschaftsvorsorge und die Ansätze zum Erhalt der Hausgeburtshilfe. Die inhaltliche Texterstellung erfolgte in Unterarbeitsgruppen, deren Ergebnisse in den Redaktionssitzungen diskutiert und in der Sitzung des Runden Tisches Geburtshilfe am 28.09.2015 in der nun vorliegenden Version konsentiert wurden. Zum Teil ergaben sich thematische Überschneidungen aus verschiedenen Sichtweisen und Positionen zu relevanten Aspekten in der geburtshilflichen Versorgung von Mutter und Kind. Mit dem vorherrschenden respektvollen und wohlwollenden Umgang bei der Redaktionsarbeit war es möglich, auch äußerst kontroverse Diskussionen zu einem beachtlichen Ergebnis zu führen. Die Dissenspunkte sind in gesonderten Fußnoten dargestellt.

Die Redaktionsmitglieder haben sich darauf verständigt, die aus dem Abschlussbericht abgeleiteten und formulierten Handlungsempfehlungen an den Anfang des Textes zu stellen, da diese das Kernstück des Berichts darstellen. Die Handlungsempfehlungen sind mit entsprechenden Verweisen zu den Kapiteln und Seitenzahlen dieses Berichts ausgestattet, aus denen sie abgeleitet wurden. Dies ermöglicht es den LeserIn/dem Leser, die Begründungen für die Empfehlungen im Text nachzuvollziehen.

Handlungsempfehlungen

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen wurden vom Runden Tisch erarbeitet:

Aktuelle Situation der Hebammen

Novellierungsarbeiten an der Berufsordnung der Hebammen fortführen

Der Runde Tisch empfiehlt, die Novellierungsarbeiten an der Berufsordnung der Hebammen (HebBO NRW) fortzuführen und zeitnah abzuschließen. Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen hat bereits damit begonnen, die HebBO NRW aus dem Jahr 2002 inhaltlich und sprachlich zu novellieren.

(B 1.1, S. 40)

Haftpflichtproblematik lösen

Der Runde Tisch empfiehlt der Bundesregierung, eine langfristig tragbare Lösung für die Haftpflichtproblematik der Hebammen und Entbindungspfleger², der geburtshilflichen Institutionen (Krankenhäuser, Geburtshäuser) sowie der geburtshilflich tätigen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland zu finden. Die zentralen Ziele sind hierbei

- die Senkung, zumindest aber Stabilisierung der Haftpflichtprämie auf ein langfristig für alle Berufsgruppen tragbares Niveau und
- die Steigerung der Attraktivität für die Haftpflichtversicherer, sodass diese die Haftpflichtversicherung für die o. g. Gruppen wieder vermehrt anbieten.

Keiner der bislang diskutierten Lösungsansätze ist geeignet, diese Ziele nach angemessener Zweck-Mittel-Abwägung zu erreichen. Der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführte beschränkte Regressausschluss (Anwendung ausschließlich für Fälle der einfachen Fahrlässigkeit) führt nach Auffassung der Mitglieder des Runden Tisches für die freiberuflichen Hebammen langfristig weder zu einer Senkung noch zu einer Stabilisierung der Haftpflichtprämie.

(B 1.4, S. 44)

² In Nordrhein-Westfalen sind nach derzeitigem Kenntnisstand keine Entbindungspfleger tätig. Daher werden als Vertreterinnen der Berufsgruppe nachfolgend ausschließlich dann Hebammen benannt, wenn die entsprechende Textpassage sich nur auf NRW bezieht.

Datenerhebung

Daten über die Hebammenversorgung in NRW erheben

Der Runde Tisch empfiehlt der Landesregierung eine Befragung aller Frauen in Nordrhein-Westfalen, die innerhalb eines festzulegenden Zeitraums geboren haben, zu den von ihnen gewünschten und tatsächlich bezogenen Hebammenleistungen. Eine solche wissenschaftlich fundierte Datenerhebung und -auswertung ist für eine aussagekräftige Beurteilung der Hebammenversorgung in Nordrhein-Westfalen notwendig. Darüber hinaus wird eine parallele Befragung der im entsprechenden Jahr in Nordrhein-Westfalen praktizierenden Hebammen zu den folgenden Punkten empfohlen:

- Form und Umfang der Berufsausübung,
- Leistungs- und Angebotsspektrum,
- räumliches Tätigkeitsgebiet,
- Altersstruktur,
- Ausbildungsbedarfe,
- Berufsnachwuchspotenzial,
- Häufigkeit und Gründe von ggf. durch die Hebammen abgelehnten Leistungsanfragen und
- Gründe für den Berufsausstieg und Lösungsvorschläge für einen Verbleib im Beruf.

(A 2.3, S. 21)

Meldeverfahren für Hebammen verbessern

Der Runde Tisch empfiehlt der Landesregierung, die derzeitigen Meldeverfahren für Hebammen kritisch zu überprüfen und die Erfassung der Hebammen in der außerklinischen Versorgung für werdende Eltern kenntlich zu machen. Erforderlich ist ein verbessertes Meldeverfahren, mit dem Doppelerfassungen vermieden werden können.

(A 3.5, S. 31)

Informationslage in NRW verbessern

Der Runde Tisch empfiehlt der Landesregierung NRW unter Einbeziehung der Hebammen und der Ärzteschaft zu überprüfen, wie die Informationslage in NRW zu den Themen „Schwangerschaft“ und „Geburt“ verbessert werden kann. Dabei sollte der Fokus unter anderem auf eine Überprüfung der Informationslage an Schulen hinsichtlich des Themas „Schwangerschaft“ und „Geburt“ sowie auf eine Sondierung von Akteurinnen und Akteuren, die Informationen und Schulungen im Themenfeld

anbieten, gelegt werden. Darauf aufbauend sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Informationslage initiiert werden, um die Wahrnehmung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als primär physiologische Lebensereignisse zu stärken. Bereits vorhandene Informationsangebote und Konzepte sind dabei zu berücksichtigen.

Einen weiteren Schwerpunkt stellt die Aufklärung von (zukünftig) schwangeren Frauen über den Kaiserschnitt dar und inwieweit auch unter schwierigen Bedingungen eine natürliche Geburt möglich ist. Eine transparente Information über den Umgang mit schwierigen geburtshilflichen Situationen ist sowohl im klinischen als auch außerklinischen Bereich von besonderer Bedeutung, damit Schwangere dies bei der Wahl des Geburtsortes berücksichtigen können.

(A 3.6, S. 33)

Kaiserschnitttrate

DRG Vergütung für vaginale Geburten kritisch überprüfen³

Der Runde Tisch empfiehlt dem gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die DRG-Vergütung für vaginale Geburten kritisch zu überprüfen. Dies erscheint notwendig, da nach DRG-Vorgaben die vaginale Geburt – mit welchem Aufwand auch immer erreicht – in Relation zum Kaiserschnitt geringer vergütet wird. Eine finanzielle Veränderung der Relationen könnte auch dazu beitragen, dass den Kliniken größere finanzielle und damit mögliche personelle Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden. Als konkrete und qualitätsfördernde Maßnahme könnte damit die Einführung des „Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt“ erleichtert werden. Entsprechend der Evidenzlage kann die vollumfängliche Implementierung des Expertinnenstandards die Wahrscheinlichkeit für eine vaginale Geburt erhöhen und damit zu einer Senkung der Kaiserschnitttrate beitragen. Weiterhin empfiehlt der Runde Tisch die Einführung modifizierter DRGs, um den unterschiedlichen Vorhaltekosten der jeweiligen Versorgungsstrukturen, die z. B. durch die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben sowie die Gewährleistung der Aus- und Weiterbildung im Schwerpunktbereich entstehen, gerecht zu werden.

(A 3.4, S. 29)

³ Die Ärztekammern in Westfalen-Lippe und in Nordrhein sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen tragen diese Handlungsempfehlung nicht mit. Die DRGs für Kaiserschnittentbindungen und für vaginale Entbindungen werden auf Basis der tatsächlich in den Krankenhäusern anfallenden Kosten jährlich kalkuliert und bilden den durchschnittlichen Aufwand für diese Leistungen ab. Insofern bestehen keine systematischen finanziellen Fehlanreize. Normative Eingriffe in das Entgeltsystem sind nicht vorgesehen und sollten unterbleiben. Die Empfehlung der vollumfänglichen Implementierung des "Expertinnenstandards Förderung der physiologischen Geburt" wird nicht unterstützt, da dieser monodisziplinär erarbeitet wurde und in seinen Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen nicht ausreichend evaluiert ist.

Zukünftige Versorgungsstrukturen

Versorgungsforschung verstärken

Der Runde Tisch empfiehlt die Versorgungsforschung zu verstärken, um die Informationslage für Schwangere und werdende Eltern in NRW zu verbessern und um bessere Analysen und Prognosen erstellen zu können. Nur dann können die vielfältigen Faktoren im Kontext von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Familienbildung/Elternschaft differenzierter und auf unterschiedliche Bedürfnis- und soziale Bedarfs- und Notlagen ausgerichtet werden.

(A 3.6.5, S. 38)

Qualität in der Geburtshilfe sichern

Der Runde Tisch empfiehlt, dass die an der Geburtshilfe beteiligten Berufsgruppen gemeinsam Kriterien für die Struktur und Prozessqualität einer guten Geburtshilfe entwickeln. Dabei sollten auch die Vor- und Nachteile einer stärkeren Zentralisierung der Geburtshilfe geprüft werden.

Ziel bleibt die Sicherung von hoher Qualität und die Verhinderung des Abbaus von Personalressourcen mit damit einhergehender Arbeitsverdichtung. Attraktive, familienfreundliche Arbeitsplätze sowie eine qualitativ hochwertige Ausbildung für alle Berufsgruppen sollen sichergestellt, eine qualitativ hochwertige Betreuung von Mutter und Kind gewährleistet, die personellen Anforderungen von Seiten des G-BA sowie eine kontinuierliche Eins-zu-Eins Betreuung durch Hebammen unter der Geburt erfüllt werden.

Die bei abnehmender Zahl geburtshilflicher Angebote erforderlichen Maßnahmen sollten die unterschiedliche lokale Infrastruktur berücksichtigen und ermöglichen, dass jede Schwangeren in NRW innerhalb eines Zeitraums von 20 bis maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen kann. Eine solche Entwicklung kann sogar dem Trend, dass es in den meisten geburtshilflichen Kliniken zunehmend schwerer wird, Stellen im Bereich der Hebammen, des ärztlichen Dienstes, der Pflege sowohl in der Geburtshilfe als auch im neonatologischen Bereich zu besetzen, entgegenwirken. Außerdem ist eine kontinuierliche Eins-zu-Eins Betreuung durch die Hebammen unter der Geburt als ein wesentlicher Faktor zur Förderung der physiologischen Geburt zu sehen.

(B 2.1.1, S. 48)

Versorgungskonzept „Hebammenkreißaal“ weiterentwickeln

Der Runde Tisch empfiehlt, das Versorgungskonzept „Hebammenkreißaal“ weiterzuentwickeln. Das Konzept stellt eine Erweiterung des geburtshilflichen Angebots einer Klinik dar und trägt dazu bei, dass Frauen auch innerhalb der

klinischen Geburtshilfe eine weitere Wahlmöglichkeit angeboten werden kann. Außerdem verspricht jede intensivere Form der Betreuung gute Ergebnisse im Hinblick auf die Gesundheit von Mutter und Kind. Zur weiteren Etablierung des Konzepts sind interdisziplinäre Kooperationen innerhalb sowie außerhalb des Krankenhauses notwendig.

(B 2.1.1.1, S. 50)

Kriterienkatalog hinsichtlich des Geburtsmodus und Geburtsortes erarbeiten

Der Runde Tisch empfiehlt die Entwicklung eines voraussetzungsspezifischen und situationsabhängigen Kriterienkatalogs im Rahmen der Leitlinienentwicklung hinsichtlich Geburtsmodus und Geburtsort.

(B 2.1.1.1, S. 50)

Normative Vorgaben in der Gesetzgebung anpassen

Der Runde Tisch empfiehlt dem Bundesgesetzgeber, die normativen Vorgaben im Hebammengesetz und in der entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in Bezug auf ihre Inhalte, Zeit- und Strukturvorgaben an die neuen berufsfachlichen, berufspädagogischen und rechtlichen Anforderungen anzupassen. Sollte der Bund angesichts der Vorgaben der novellierten EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (12-jährige allgemeine Schulbildung als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung) eine grundständige Vollakademisierung des Hebammenberufs anstreben, ist vor dem Hintergrund der gewachsenen und bewährten Ausbildungsstrukturen in den Ländern eine angemessene Übergangsfrist für die Umstellung des Ausbildungssystems erforderlich. Dabei sollte auch beachtet werden, dass aktuell das Interesse am Hebammenberuf von Bewerberinnen und Bewerbern höherer Bildungsabschlüsse – laut Aussage der Hebammenschulen in NRW - zurückgeht. Ein zukünftiges System sollte die Durchlässigkeit zur hochschulischen Ausbildung für Bewerberinnen und Bewerber ohne Hochschulzugang berücksichtigen. Darüber hinaus muss es einen Gestaltungsspielraum geben, der parallel neben einer primär qualifizierenden Akademisierung auch eine Kombination von Hochschulen und dem stabilen und über Jahre bewährten System der Berufsfachschulen durch entsprechende Konzepte ermöglicht. Bei diesen Modellen sollte die Hochschule die Gesamtverantwortung für die Ausbildung übernehmen und den überwiegenden Anteil der theoretischen Ausbildung vermitteln. Der Bund wird um eine rechtliche Prüfung gebeten, ob und in welchem Umfang geringfügige Anteile praktischer Ausbildung auch bei akademischen Ausbildungen EU-rechtskonform durch Skills-Labs ersetzt werden dürfen. Dabei sind internationale Erfahrungen zu berücksichtigen. Die Verbände der Hebammen und Entbindungspfleger sind eng an der Fortentwicklung der Ausbildungsgrundlagen zu beteiligen.

(B 3.2, S. 62)

A. Hintergrund

1. Einleitung

Im Koalitionsvertrag vom 18. Juni 2012 vereinbarten die Regierungsfractionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen einen Runden Tisch „Geburtshilfe“ einzurichten. Mit Kabinettsbeschluss vom 17. Dezember 2013 billigte die rot-grüne Landesregierung die Einrichtung des Gremiums und übertrug die Federführung für die Organisation an die Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

Die Geschäftsstelle des Runden Tisches „Geburtshilfe“ wurde im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen im Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen eingerichtet.

1.1 Auftrag des Runden Tisches Geburtshilfe

Der Runde Tisch wurde beauftragt, in den Jahren 2014 und 2015 im intensiven Dialog zwischen den an der geburtshilflichen Versorgung in NRW beteiligten Akteurinnen und Akteuren sowie den zuständigen Ministerien der Landesregierung die aktuelle Situation der Hebammen und der Geburtshilfe in Nordrhein-Westfalen darzustellen sowie Konzepte zur Sicherung und zum Ausbau der wichtigen Funktion der Hebammen für die Geburtshilfe und die Begleitung junger Familien in Nordrhein-Westfalen zu erarbeiten. Insbesondere die schwierige finanzielle Lage der Hebammen sollte im Fokus stehen.

Im Koalitionsvertrag heißt es:

„Wir werden einen Runden Tisch Geburtshilfe einrichten, um sicherzustellen, dass in NRW trotz immer schwieriger werdenden Rahmenbedingungen für die Hebammen auch weiterhin das Recht auf freie Wahl bei der Geburtshilfe gewährleistet wird. Zudem werden wir uns auf Bundesebene für verbesserte Rahmenbedingungen der Hebammentätigkeit und für die Überführung der Hebammenleistungen in das SGB V einsetzen. Damit leisten wir auch einen Beitrag gegen die Fehlentwicklung der steigenden Kaiserschnitttrate.“

Die Mitglieder des Runden Tisches haben sich insbesondere mit den Themenbereichen

- zukunftsfähige Versorgungsstrukturen,
- dafür erforderliche Bedingungen,

- Senkung der Kaiserschnitttrate⁴ sowie
- berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit

beschäftigt.

Die Situation der Hebammen sollte dabei nicht losgelöst von aktuellen Entwicklungen im Bereich der Geburtshilfe betrachtet werden. Gegenstand der Beratungen des Runden Tisches waren deshalb nach dem Einsetzungsbeschluss des Landeskabinetts neben den Vergütungs- und Versicherungsfragen der Hebammen insbesondere

- die weiteren möglichen Einsatzfelder von Hebammen,
- ihre Bedeutung auf dem Gebiet „Frühe Hilfen“ sowie
- die zukünftige Gestaltung der Ausbildung – einschließlich einer möglichen Akademisierung.

1.2 Konstituierung und Mitglieder des Runden Tisches „Geburtshilfe“

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter begann die Arbeiten am Runden Tisch „Geburtshilfe“ mit einer konstituierenden Sitzung am 25. Februar 2014. Neben den fachlich betroffenen Landesministerien nahmen Vertreterinnen und Vertreter der Berufsverbände der Hebammen, der Geburtshäuser, der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V., des Kompetenzzentrums Frauen und Gesundheit NRW, des Arbeitskreises Frauengesundheit e.V., des Berufsverbandes der Laktationsberaterinnen e.V., des Landesentrums Gesundheit NRW, der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, der Berufsverbände der Frauenärzte, der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V., der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., der kommunalen Spitzenverbände, der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e.V., der Hebammenschulen, der Hochschule für Gesundheit, der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V., der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V., der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., von gesetzlichen Krankenversicherungen und dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. als Mitglieder des Runden Tisches Geburtshilfe teil.

In der konstituierenden Sitzung wurde ein differenziertes Arbeitsprogramm beschlossen. Die sich hieran anschließenden vier Fachgespräche zu den Themen

⁴ Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen bestätigt einen deutlichen Anstieg der Kaiserschnitttrate in den letzten 20 Jahren. Die Ursachen sind hierzu jedoch noch nicht ausreichend wissenschaftlich geklärt. Die Annahme, dass eine hohe Kaiserschnitttrate mit einem Qualitätsdefizit der entsprechenden geburtshilflichen Abteilungen einhergeht, kann der aktuellen Datenlage nicht entnommen werden. Weitere Forschungsaktivitäten sind notwendig.

- Rahmenbedingungen der beruflichen Tätigkeit/Berufshaftpflichtversicherung (28.05.2014),
- Versorgungsstrukturen der Zukunft/Kaiserschnitttrate (18.09.2014),
- Aus-, Fort- und Weiterbildung (04.12.2014) und
- Qualitätssicherung (04.02.2015)

wurden durch Fachvorträge von geladenen Sachverständigen unterstützt. Die umfangreichen Vorträge und Unterlagen zu diesen Fachgesprächen finden Sie unter <http://www.mgepa.nrw.de/gesundheit>.

Nach Abschluss der Fachgespräche wurden aus der Mitte des Runden Tisches Vertreterinnen und Vertreter zwecks Erarbeitung eines Abschlussberichts in eine Redaktionsgruppe entsandt. Der vorliegende Abschlussbericht wurde in fünf Redaktionssitzungen erstellt und in zwei weiteren Sitzungen des Runden Tisches am 26.08.2015 und am 22.09.2015 konsentiert. In der abschließenden Sitzung des Runden Tisches am 28.09.2015 wurde der Bericht verabschiedet.

Der Berufsverband der Frauenärzte e.V. Westfalen-Lippe hat sich mit E-Mail vom 21.09.2015 aus der Arbeit des Runden Tisches zurückgezogen.

2. Anlass für die Einberufung des Runden Tisches

Anlass zur Einberufung des Runden Tisches „Geburtshilfe“ waren zwei in der öffentlichen Diskussion stehende Themen:

- die angespannte Situation der Hebammen und
- die Kaiserschnitttrate.

31,7 % aller im Jahr 2012 in Deutschland geborenen Kinder wurden per Kaiserschnitt geboren. 1997 lag diese Kaiserschnitttrate noch bei 18,5 %. Deutschland zählt damit im europäischen Vergleich zu den Ländern mit der höchsten Kaiserschnitttrate. Dem entgegen steht eine Empfehlung der WHO aus dem Jahr 1985, nach der die Kaiserschnitttrate weltweit 10 bis 15 % nicht übersteigen sollte. Neben der Diskussion, ob die Empfehlung der WHO global gelten kann, werden vor allem die Gründe für den Anstieg der Kaiserschnitttrate auch in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert (s. a. A 3.4).

Der Berufsgruppe der Hebammen und Entbindungspfleger kommt bei der gesundheitlichen Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen eine bedeutende Rolle zu. Die Hebammen und Entbindungspfleger haben in Deutschland ein vielfältiges Versorgungsangebot im Bereich von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit aufgebaut. Das Land Nordrhein-Westfalen schätzt

die besondere Bedeutung der Hebammen für die geburtshilfliche Versorgung und unterstützt die Weiterentwicklung des Berufsfeldes.

Die Hebammen weisen seit einigen Jahren auf die existenzgefährdende Situation ihres Berufsstandes hin. Neben einer aus Hebammensicht nicht ausreichenden Vergütungsentwicklung steht ein enormer Anstieg der Prämien für die Berufshaftpflichtversicherung. Im Vorfeld zur Arbeit der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ der Bundesregierung (IMAG) hat das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2011 ein Gutachten zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe durch das IGES Institut in Berlin in Auftrag gegeben. Hierin wird bestätigt, dass die Berufshaftpflichtversicherung für die Hebammen zunehmend zur Belastung wird und die Hebammen zum Teil ihr Leistungsangebot bereits eingeschränkt haben.⁵

In ihrem Abschlussbericht von April 2014 hat die o. g. IMAG u. a. Lösungsvorschläge zu den bestehenden finanziellen Problemen der Hebammen diskutiert. Das hieraus abgeleitete Maßnahmenpaket des Bundesministeriums für Gesundheit befindet sich seitdem in der Umsetzung. Die Hebammen kritisieren, dass hierdurch bislang keine konkreten Verbesserungen ihrer Situation eingetreten sind. Sie fordern ein Gesamtkonzept zur dauerhaften Verbesserung der Rahmenbedingungen und keine Einzelmaßnahmen, die nur für einen kurzen Zeitraum greifen.

In der Öffentlichkeit gab es bereits seit dem Jahr 2010 vielfältige Protestaktionen von Hebammen, aber auch von Elternzweigschüssen. Die Landtagsausschüsse für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation haben sich mit dieser Thematik bereits im Jahr 2010 im Rahmen einer Anhörung des Landeshebammenverbandes beschäftigt. Auch die Antwort auf die Große Anfrage 3 – LT-Drucksache 15/2795 – beschäftigt sich mit der Situation der Hebammen in Nordrhein-Westfalen.

Die Situation der Hebammen ist dabei im Zusammenhang mit den aktuellen Entwicklungen im Bereich der Geburtshilfe zu betrachten. Zu nennen ist nochmals die in den letzten Jahren stark angestiegene Kaiserschnitttrate. Diese liegt inzwischen bei mehr als 30 % aller Geburten. In ihrer Antwort auf die Große Anfrage 3 vom 12.09.2011⁶ hat die Landesregierung ausgeführt, dass sie den Gründen für die vergleichsweise hohe Zahl an Kaiserschnitten nachgehen werde, um natürliche Geburten zu unterstützen.

Am 04.02.2015 hat der Landtagsausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales eine Anhörung zur Zukunft der Geburtshilfe durchgeführt.⁷

⁵ Siehe IGES-Institut (2012), Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe, S. 82-85.

⁶ Siehe LT-Drucksache 15/2795.

⁷ Siehe Ausschussprotokoll 16/817

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, von Fragen der Versorgung, insbesondere auch im ländlichen Raum, ebenso wie eines drohenden Fachkräftemangels in den Gesundheitsberufen stellen sich neue Fragen. Eine Diskussion über neue, an den Bedürfnissen der Menschen orientierte Kooperationsformen zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen ist unverzichtbar. Nicht zuletzt kommt den Hebammen eine wichtige Rolle im Bereich der Frühen Hilfen zu (s. B 2.2).

Nach der zwischen Bund und Ländern geschlossenen Verwaltungsvereinbarung "Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen" (2012 – 2015) ist insbesondere der Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsberufsgruppen in der aufsuchenden, längerfristigen Begleitung von Familien bis zu einem bzw. bei Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Kinderkrankenpflegern bis zu drei Jahren nach der Geburt ein Förderschwerpunkt.

Durch die Änderung der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie ab 1. Januar 2014 ist als Voraussetzung für den Zugang zur Hebammenausbildung künftig eine zwölfjährige Schulbildung vorgesehen. Der Bundesgesetzgeber hat für die Umsetzung in deutsches Recht eine Frist von sechs Jahren vorgegeben. Die genannten neuen Anforderungen an die Qualifikation der Hebammen stellen neben deren wirtschaftlichen Situation vor allem die Weiterentwicklung der Berufsausbildung und deren Anpassung an neue Entwicklungen und Aufgabenfelder in den Fokus. Die Novellierung der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie wird auch Auswirkungen auf das Hebammengesetz und die entsprechende Ausbildungs- und Prüfungsordnung haben.

2.1 Bisherige Aktivitäten der Landesregierung Nordrhein-Westfalen

Die Landesregierung hat sich den dargestellten Herausforderungen bereits in der Vergangenheit an vielen Stellen angenommen:

- Da die entscheidenden finanziellen Rahmenbedingungen allein der bundesrechtlichen Regelung unterliegen, hat Ministerin Steffens bereits seit dem Jahr 2010 mit den jeweils amtierenden Bundesgesundheitsministern Dr. Rösler, Bahr und Gröhe Kontakt aufgenommen. Unter Hinweis auf die angespannte Einkommenssituation der Hebammen hat sie die Bundesregierung um eine baldige tragfähige Lösung der Haftpflichtproblematik gebeten. Die Landesregierung begrüßt ausdrücklich, dass der jetzige Bundesgesundheitsminister beim Bemühen um existenzsichernde Rahmenbedingungen seine Unterstützung zugesagt hat, denn die Lösung für die Haftpflicht- und Vergütungsfragen kann nur auf Bundesebene gefunden werden (s. B 1.2 und B 1.3).

- Die Landesregierung hat in ihrem eigenen Zuständigkeitsbereich für eine Verbesserung der Einkommenssituation Sorge getragen, indem die private Hebammengebührenordnung Nordrhein-Westfalen (HebGO NRW) seit 2012 an die Vergütung auf Bundesebene angepasst und aktualisiert wird. Mit der HebGO NRW vom 30. Juni 2015 wurde ein sog. dynamischer Verweis auf den Vertrag über die Vergütung von Hebammenhilfeleistungen nach § 134a SGB V eingeführt (s. B 1.3).
- Neben der Ausnutzung ihrer landesrechtlichen Kompetenzen im Bereich der Finanzierung hat die Landesregierung sich erfolgreich um eine Weiterentwicklung des Hebammenberufs bemüht. Das Land setzt sich seit Langem für eine innovative Ausbildung der Hebammen ein. So wurde beispielsweise ein Modellprojekt zur Erprobung von richtlinienorientierter Qualitätsentwicklung durchgeführt. Mit diesem Konzept wurde an sechs Modellschulen die Ausbildung nach neuen pädagogischen Erkenntnissen kompetenzorientiert ausgestaltet.⁸
- Außerdem ist die Akademisierung im Bereich des Hebammenwesens zu nennen. Der Modell-Studiengang Hebammenkunde an der Hochschule für Gesundheit in Bochum wurde als Vollzeitstudiengang eingerichtet, welcher acht Semester inklusive der Bachelorarbeit umfasst. Dabei sind die Inhalte einer kompletten Hebammenausbildung integriert. Die staatliche Prüfung im siebten Semester bildet die Voraussetzung für die Erlaubnis, den Beruf der Hebamme praktisch auszuüben. Im achten Semester erlangen die Studierenden nach erfolgreichem Abschluss des Studiums den akademischen Titel „Bachelor of Science“ (s. B 3.2.2).
- Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter hatte einen breit zusammengesetzten Fachbeirat einberufen, um die wissenschaftliche Evaluation u.a. des o.g. Modell-Studiengangs und weiterer Modellstudiengänge zu begleiten. Dort waren unter anderem Vertreterinnen und Vertreter der berufsfachlichen Verbände, der Hochschuleseite, der Ärztekammern und der freien Wohlfahrtspflege beteiligt. Gemeinsam wurde eine Stellungnahme erarbeitet, die bekräftigt, dass „der Auf- und Ausbau von Studiengängen für [...] Hebammenkunde [...] primär der Weiterentwicklung der Qualifizierung der Gesundheits- und Pflegeberufe dient, die in der Versorgungspraxis tätig sind. Darüber hinaus ist die Etablierung von Studiengängen an Hochschulen eine Voraussetzung für die Entwicklung von Forschung und Wissenschaft in den entsprechenden Fachgebieten. Die Akademisierung wird auch für die Weiterentwicklung der patienten- und klientenorientierten Versorgung als notwendig angesehen.“ Der Fachbeirat stimmt damit der Empfehlung der wissenschaftlichen Evaluation zu, die Modellstudiengänge in ein Regelangebot zu überführen.

⁸ Siehe Ergebnisse der Evaluation der Modellstudiengänge in Pflege- und Gesundheitsberufen in NRW
<http://www.mgepa.nrw.de/pflege/pflegeberufe/modellstudiengaenge/index.php>

- Das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit Nordrhein-Westfalen, das sich seit seiner Etablierung im Jahr 2012 für eine verbesserte gesundheitliche Versorgung von Frauen einsetzt, unterstützt die Maßnahmen zur Sicherung einer natürlichen Geburtshilfe. Im Themenschwerpunkt Geburtshilfliche Versorgung werden bestehende Versorgungskonzepte daraufhin überprüft, inwieweit sie werdende Mütter, darunter auch vulnerable Gruppen wie minderjährige Schwangere, Schwangere mit Migrationsgeschichte und sozial benachteiligte Schwangere, erreichen.
- Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ist 2013 ein Gesundheitsbericht⁹ erschienen, in dem datengestützt unterschiedliche Ausgangslagen und Risikofaktoren in der geburtshilflichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen dargestellt werden.

2.2 Beschlüsse der GMK

Mit den bestehenden Problemen in der geburtshilfliche Versorgung haben sich auch die Fachministerkonferenzen befasst:

- Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hatte schon in ihrer 83. Sitzung im Juli 2010 die Sicherung des Versorgungsangebots durch Hebammen und Entbindungspfleger einstimmig beschlossen. Die GMK zielte hierbei insbesondere auf die Vergütungssituation der Hebammen und die steigende Haftpflichtprämie ab. Sie forderte die Bundesregierung auf, Lösungsmöglichkeiten zu prüfen.
- In der Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen und -minister, -senatoren und -senatorinnen der Länder (GFMK) wurden die natürliche Geburt und die Gesundheit von Mutter und Kind in den Fokus gestellt. Im Rahmen der 24. GFMK im Oktober 2014 wurde beschlossen, den in den letzten 20 Jahren stark gestiegenen Anteil der Kaiserschnittgeburten in Deutschland kritisch zu hinterfragen.
- Darüber hinaus hat sich die GMK in ihrer 86. Sitzung u.a. dafür ausgesprochen, dass das Thema „Intersexualität“ in die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger aufgenommen werden soll, um eine individuelle und qualifizierte medizinische und psychosoziale Begleitung der Eltern zu erreichen.

2.3 Datenlage

Konzepte zum Umgang mit den genannten Herausforderungen können derzeit nur auf einer oft unsicheren Datengrundlage erarbeitet werden. Diesen Umstand hatte

⁹ MGEPA Gesundheitsbericht Spezial (2013).
<https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/gesundheitsberichte-spezial-schwangerschaft-und-geburt-in-nordrhein-westfalen/1698>

die Landesregierung bereits in ihrer Antwort auf die Große Anfrage 3 vom 12.09.2011¹⁰ feststellen müssen. Auch die Hebammen selbst kritisieren die nach ihrer Auffassung unzureichende Datenlage über die Zahl der in Nordrhein-Westfalen tätigen Hebammen, über die Art und den Umfang der ausgeübten Tätigkeiten (Schwangerenvorsorge, Geburtshilfe, Betreuung nach der Geburt) sowie über das (für die Quantifizierung des Ausbildungsbedarfs bedeutsame) Alter der derzeit in Nordrhein-Westfalen tätigen Hebammen.

Noch während der Arbeiten des Runden Tisches Geburtshilfe hat das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter daher die Erstellung einer Pilotstudie zur Bestandsaufnahme der Hebammenversorgung in Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegeben. Ziele dieser unveröffentlichten Pilotstudie sind

- die Evaluierung der bereits vorliegenden Daten zu Versorgungsleistungen durch Hebammen und der bisherigen Datenzugangswege,
- die Ermittlung möglicher Datenhalter und
- die Erarbeitung möglicher Methoden zur Darstellung von Daten über Hebammenleistungen und somit auch von Daten der gesundheitlichen Versorgung von Frauen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und früher Elternschaft.

Aus der Perinatalstatistik liegen evidente Zahlen über die Geburten an den Kliniken vor und belegen eine kontinuierliche Senkung der mütterlichen und kindlichen Morbidität und Mortalität.

Nähere Informationen zur Datenlage bzw. den Datenquellen sind Kapitel A 3.5 zu entnehmen.

3. Analyse der Versorgungssituation

3.1 Schwangerschaft

Nach § 24c Sozialgesetzbuch V haben Schwangere Anspruch auf die Betreuung durch Ärztinnen oder Ärzte sowie durch Hebammen oder Entbindungspfleger. Die Inhalte dieser Betreuung sind durch die „Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung“ festgelegt und für die ärztliche Betreuung bindend.

Die Schwangerenvorsorge hat einen wichtigen Beitrag zur kontinuierlichen Senkung der mütterlichen und kindlichen Morbidität und Mortalität geleistet.

¹⁰ Siehe LT-Drucksache 15/2795.

Die Mutterschaftsrichtlinien sind Richtlinien des G-BA und damit definieren sie den Leistungsanspruch der Vorsorge für Schwangere im SGB V.

Das Ziel besteht vorrangig darin, Risikoschwangerschaften und -geburten frühzeitig zu erkennen und den Erhalt der körperlichen und emotionalen Gesundheit von Mutter und Kind zu unterstützen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Früherkennung gesundheitlicher Risiken von Mutter und Kind.

Nach den vom G-BA erlassenen „Mutterschafts-Richtlinien“ sollen durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Zur notwendigen Aufklärung über den Wert der Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt sollen Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen und Hebammen bzw. Entbindungspfleger zusammenwirken. Hebammen bzw. Entbindungspfleger führen Untersuchungen durch, die den Mutterschafts-Richtlinien der Ärztinnen und Ärzte mit Ausnahme der Ultraschalluntersuchungen entsprechen und ziehen bei Auftreten pathologischer Verläufe in Übereinstimmung mit dem Hebammengesetz eine Ärztin oder einen Arzt hinzu. Schwangere haben die Möglichkeit, die Vorsorge durch Hebammen und Entbindungspfleger oder Ärztinnen und Ärzte oder gemeinsam durchführen zu lassen. Eine zunehmende Zahl von Frauen wird von Ärztinnen, Ärzten und Hebammen bzw. Entbindungspflegern gemeinsam betreut.

Geburtsvorbereitungskurse werden von Hebammen angeboten; dies kann in Hebammen- oder Arztpraxen, in Geburtshäusern, in Familienbildungsstätten oder in Krankenhäusern stattfinden. Bisher sind die Größenordnung der Teilnahme sowie die Auswirkungen der geburtsvorbereitenden Angebote in Deutschland nicht systematisch untersucht worden.

3.2 Geburtshilfe

3.2.1 Klinische Geburtshilfe

In Deutschland bestehen derzeit ca. 800 geburtshilfliche Abteilungen. Von diesen weisen etwa 30 % Geburtenzahlen unter 500 Geburten pro Jahr auf, weitere 40 % zwischen 500 und 1.000. 15 % aller Geburten finden in Kliniken mit Geburtenzahlen zwischen 1.001 und 1.500 Geburten statt, weitere 10 % in Kliniken mit bis zu 2.000 Geburten. 5 % aller Geburten erfolgen in Kliniken, in denen mehr als 2.000 Geburten pro Jahr stattfinden. Deutschlandweit betrachtet können 97 % der Frauen in Kernstädten eine geburtshilfliche Abteilung in einer Entfernung von fünf Kilometern erreichen, in ländlichen Regionen liegt die durchschnittliche Entfernung bei ca. neun

Kilometern.¹¹ In den Kliniken sind neben Ärztinnen und Ärzten und angestellten Hebammen bzw. Entbindungspflegern auch Beleghebammen tätig, die dort selbstständig arbeiten und ihre Leistungen direkt mit den Krankenkassen abrechnen. Es gibt verschiedene Modelle und Organisationsstrukturen des Belegsystems.¹²

In NRW erfolgten 2014 in ungefähr 170 geburtshilflichen Abteilungen 155.102 Geburten. Insbesondere in den Ballungsgebieten, wie z.B. der Rhein-Ruhr-Region, besteht eine sehr hohe Dichte geburtshilflicher Abteilungen. Etwa 70 % der geburtshilflichen Abteilungen in NRW weisen Geburtenzahlen unter 1.000 pro Jahr auf, eine Geburtenzahl über 2.500 Geburten hat derzeit keine Klinik.

In NRW sind 16 Perinatalzentren sowie weitere 26 Kliniken, die als sog. geburtshilflich neonatologische Schwerpunkte anerkannt waren, bisher im Krankenhausplan ausgewiesen. Aufgrund des im Jahr 2013 neu in Kraft gesetzten Krankenhausplans NRW 2015 werden sich diese Zahlen voraussichtlich in Kürze ändern. Die Frühgeborenenversorgung ist wie alle anderen stationären Angebote auch grundlegend in regionalen Planungsverfahren zu überarbeiten. Sie soll sich stärker auf Perinatalzentren konzentrieren. Um eine möglichst gute Versorgung sicherzustellen, sollen Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm prinzipiell in Perinatalzentren zur Welt kommen. Eine differenzierte Ausweisung der Perinatalzentren nach den in einer Richtlinie des G-BA definierten Level 1 und 2 ist nicht vorgesehen, der Versorgungsauftrag „geburtshilflich-neonatologischer Schwerpunkt“ entfällt. Die ortsnahe Versorgung risikoarmer Geburten soll weiterhin flächendeckend in geburtshilflichen Abteilungen, in Geburtshäusern und als Hausgeburt stattfinden. Nach dem gültigen Krankenhausrahmenplan NRW 2015 soll ein Krankenhaus der örtlichen Versorgung für Patientinnen und Patienten in kürzerer Entfernung als 20 Kilometer liegen.¹³ Die örtliche Versorgung umfasst aber überwiegend Leistungen der allgemeinen Inneren Medizin und der allgemeinen Chirurgie und nur mit Einschränkungen Leistungen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Die neonatologische Versorgung in NRW orientiert sich an dem allgemein anerkannten Stand der Medizin, der durch die Qualitätskriterien auf Basis von Beschlüssen, Leitlinien und Stellungnahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses, der beiden Ärztekammern in NRW, der AWMF und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. abgebildet wird.¹⁴ Deshalb ist es nicht möglich, alle denkbaren stationären Versorgungsangebote in einer für die jeweilige Wohnbevölkerung identischen Erreichbarkeit vorzuhalten. Es sollte aber mindestens eine Geburtshilfe in jedem Kreis oder jeder kreisfreien Stadt vorhanden sein, wobei in jedem Einzelfall die regionalen Verhältnisse zu betrachten sind.

¹¹ Siehe MGEPA Gesundheitsbericht Spezial (2013).

¹² Siehe Thomas (2011).

¹³ Siehe MGEPA (2015): Krankenhausplan NRW 2015, Kapitel 2.2.1.4, S. 23.

http://www.mgepa.nrw.de/gesundheit/versorgung/krankenhaeuser/krankenhausplan_NRW_2015/index.php

¹⁴ Siehe MGEPA (2015): Krankenhausplan NRW 2015, Kapitel 5.3.2, S. 96-101.

Eine Vorgabe der zukünftigen Anzahl von Perinatalzentren und geburtshilflichen Abteilungen gibt es nicht. Diese wird erst nach Abschluss der o. g. Verfahren feststehen. Landesspezifische Mindestmengen sind ebenfalls nicht festgelegt. Die Entscheidungen werden sich an den im Rahmenplan genannten Strukturqualitätsindikatoren orientieren.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unterteilt die perinatologische Versorgung in insgesamt vier Versorgungsstufen, wie in der folgenden Tabelle dargestellt sind.

Abbildung 1: Darstellung der Versorgungsstufen

Versorgungsstufe	geschätztes Geburtsgewicht	Gestationsalter	Risiken/Erkrankungen
Stufe 1 = Perinatalzentrum Level 1	Unter 1.250 Gramm	< 29 SSW bzw. < 33 + 0 SSW bei Drillingsschwang erschaffen	pränatal diagnostizierte fetale oder mütterliche Erkrankungen der Schwangeren, die eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar machen
Stufe 2 = Perinatalzentrum Level 2	1.250 bis 1.499 Gramm	29 + 0 SSW bis 31 + 6 SSW	schwere schwangerschaftsassozierte Erkrankungen der Schwangeren (z. B. HELLP-Syndromen) insulinpflichtige diabetische Stoffwechselstörung der Schwangeren
Stufe 3 = Perinataler Schwerpunkt	mind. 1.500 Gramm	32 + 0 SSW bis 35 + 6 SSW	Wachstumsretardierung des Feten insulinpflichtige diabetische Stoffwechselstörung der Schwangeren ohne absehbare Gefährdung von Fetus und Neugeborenen
Stufe 4 = Geburtsklinik		36 + 0 SSW	ohne zu erwartende Komplikationen

Quelle: eigene Darstellung des LZG.NRW

Unabhängig von ihrer Versorgungsstufe werden weitere Mindestanforderungen in der AWMF-Leitlinie 015-078 aufgeführt.¹⁵

¹⁵ Siehe http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-078l_S1_Prozessule_Strukturelle_Organisatorische_Voraussetzungen_2013-05.pdf; abgerufen am 29.05.2015.

Abbildung 2: Von der Versorgungsstufe unabhängige Mindestanforderungen an Geburtshilfe anbietende Kliniken (Auszug aus der AWMF Leitlinie 015-078)

Mindestanforderungen
Es muss eine im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätige Ärztin oder ein Arzt ständig rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst verfügbar sein. Dem entspricht auch eine Rufbereitschaft, wenn sie gegenüber einer unmittelbaren Präsenz in der Klinik keine Nachteile beinhaltet, also die Ärztin oder der Arzt in gleicher Zeit wie eine Ärztin oder ein Arzt im Bereitschaftsdienst bei der Gebärenden sein kann.
Es muss eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe innerhalb von zehn Minuten im Krankenhaus verfügbar sein. Sie/Er kann seinen Dienst in Rufbereitschaft ableisten, wenn vorbereitende Arbeiten durch fachkundiges Personal im Krankenhaus bis zum Eintreffen der Fachärztin oder des Facharztes kompetent erbracht werden können.
Es muss mindestens eine Hebamme ständig rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst verfügbar sein. Vergleichbar ist ein Rufbereitschaftsdienst der Hebamme, wenn sie innerhalb von fünf Minuten bei der Schwangeren erscheinen kann.
Es muss eine Anästhesistin oder ein Anästhesist innerhalb von zehn Minuten bei der Schwangeren verfügbar sein. Sie oder er kann den Dienst in Rufbereitschaft ableisten, wenn vorbereitende Arbeiten durch fachkundiges Personal im Krankenhaus (Hebammen, Pflegekräfte, Assistenzärztinnen und Assistenzarzt etc.) bis zum Eintreffen der Fachärztin oder des Facharztes kompetent erbracht werden können.
Es soll mindestens eine examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger ständig rund um die Uhr anwesend sein (Bereitschaftsdienst). Wo dies nicht möglich ist, müssen die in der „integrierten Wochenbettpflege“ tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter soweit fortgebildet sein, dass sie in der Lage sind, einerseits die mütterliche (Wund-) Versorgung sicherzustellen sowie andererseits Notfälle und Krankheiten Neugeborener zu erkennen und entsprechend zu handeln.
Es muss die jederzeitige (24 h x 7 Tage) Operationsbereitschaft durch die ständige Anwesenheit entsprechend ausgebildeten Funktionspersonals sichergestellt sein.
Es müssen jederzeit wichtige Laborergebnisse (rund um die Uhr innerhalb von 2 h) verfügbar sein.

Quelle: AWMF Leitlinie 015-078

Im Ländervergleich der gesetzlich festgelegten zehn Qualitätsindikatoren der perinatalogischen Betreuung, die durch das AQUA Institut im Auftrag des G-BA

jährlich veröffentlicht werden¹⁶, liegt NRW im Bundesdurchschnitt. Überdurchschnittlich gute Ergebnisse betreffen die Einhaltung einer „E-E-Zeit“ („Entschluss-Entwicklungs-Zeit“) unter 20 Minuten sowie die Azidose-Rate bei reifen Einlingen, unterdurchschnittliche Ergebnisse zeigen beispielsweise die Anwesenheit einer Pädiaaterin oder eines Pädiaaters bei der Geburt eines Kindes vor Vollendung der 34. SSW, die antenatale Kortkoidsteroid-Therapiegabe bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Tagen sowie die Rate an Dammrissen dritten und vierten Grades.

Die perinatale Mortalität in NRW betrug 5,22 ‰, im Jahre 2013 erfolgten 545 Totgeburten (= 3,75 ‰), in den ersten sieben Lebenstagen verstarben 214 Kinder (= 1,47 ‰).¹⁷ Allerdings gibt es in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Outcome und Entfernung auch Studienergebnisse, die einen anderen Schluss zulassen. Diese sehen beispielsweise Fahrtzeiten von ein bis zwei Stunden in einem signifikanten Zusammenhang mit einer erhöhten Anzahl von stationären Belegungstagen auf Kinderintensivstationen, einer vermehrten Rate an ungeplanten Geburten auf der Fahrt ohne fachgerechte Betreuung sowie einer erhöhten Rate an medikamentösen Geburtseinleitungen.¹⁸

Es ist festzustellen, dass es über die hier genannten Studien hinaus zahlreiche weitere gibt, die zum Teil zu unterschiedlichen Ergebnissen bzw. Schlussfolgerungen kommen.

3.2.2 Außerklinische Geburtshilfe – Geburtshäuser, Hebammenpraxen, Hausgeburten

Die freie Wahl des Geburtsorts ist gesetzlich¹⁹ verankert, wobei den freiberuflich tätigen Hebammen dabei eine wichtige Aufgabe zukommt.

In NRW existieren 22 Geburtshäuser.²⁰ Wie viele Hebammen in Hebammenpraxen bzw. freiberuflich als Hausgeburtshebamme tätig sind, kann nicht gesichert dargestellt werden. Eine Analyse der Hochschule für Gesundheit zu ambulanten Hebammenleistungen in Bochum und in einem Radius von 50 Kilometern ergab folgendes Bild: es wurden 492 freiberuflich tätige Hebammen, sieben Geburtshäuser und 27 Hebammenpraxen ermittelt. Dennoch bleiben das Angebotsspektrum, die Tätigkeitsbereiche und der Umfang der angebotenen Leistungen unklar (s. A 2.3).²¹

¹⁶ Siehe AQUA (2014).

¹⁷ Siehe Geschäftsstelle Qualitätssicherung NRW (2014): Jahresauswertung 2013 – Geburtshilfe, S. 74.

¹⁸ Siehe Grzybowski, S., Stoll, K., & Kornelsen, J. (2011). Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. BMC Health Services Research, 11, 147. doi:10.1186/1472-6963-11-147.

¹⁹ Siehe § 24f SGB V.

²⁰ Siehe auch Netzwerk der Geburtshäuser e.V. (2015).

²¹ Siehe auch MGEPA Gesundheitsbericht Spezial (2013): Kapitel 3.5.1, S. 37, 1. Absatz.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen (§ 4 HebG) sind Hebammen und Entbindungspfleger in Deutschland befugt, physiologisch verlaufende Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten in eigener Verantwortung zu betreuen. Nach dem Hebammengesetz hat eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger eine Ärztin bzw. einen Arzt im Falle des Auftretens von Regelwidrigkeiten hinzuzuziehen. Im § 4 HebG ist auch die Hinzuziehung der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers zu jeder Geburt – unabhängig davon, wie sie verläuft – vorgeschrieben. Für die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger besteht keine Verpflichtung, bei einer normal verlaufenden Geburt eine Ärztin oder einen Arzt hinzuzuziehen.²² Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Hebammen und Entbindungspfleger neben Ärztinnen und Ärzten zu den Primärversorgerinnen und Primärversorgern des deutschen Gesundheitssystems zählen.

Diese gesetzlichen Grundlagen bilden den Grundstock der Autonomie des Berufsstandes der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers. Professionelles Handeln ohne eigene Verantwortlichkeiten und damit auch ohne ein gewisses Maß an Autonomie ist nicht möglich (Rabe-Kleberg 1997: 297f)¹, deshalb kann und darf es nicht zu einem weiteren Aufweichungsprozess des Tätigkeitsvorbehalts der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers kommen, will man weiterhin auf die sehr guten Ergebnisse kompetenter Versorgungsleistung durch Hebammen und Entbindungspfleger nicht verzichten (Loytved 2001b)¹ und die Wahlfreiheit der werdenden Eltern gewährleisten.

Im Jahr 2013 wurden in NRW insgesamt 1.579 Geburten außerklinisch abgeschlossen, dies entspricht ca. 1 % der Geburten in NRW. Davon fanden 1.087 Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen statt (68,8 %) und 492 Kinder wurden zu Hause geboren (31,2 %).²³ Aus dem Qualitätsbericht des Jahres 2013 ist nicht ersichtlich, wie sich die Verlegungsrate sub- und postpartal bezogen auf NRW gestaltet. Daher können nur Daten für Deutschland dargestellt werden (n = 10.600 geplant außerklinisch begonnene Geburten). 11,3 % der zu Hause und 19,7 % der in einer hebammengeleiteten Einrichtung (HgE) begonnenen Geburten wurden subpartal verlegt. Insgesamt beträgt die subpartale Verlegungsrate 16,9 %. 1,3 % der Verlegungen erfolgten in Eile und 15,6 % in Ruhe. Bei 20,4 % der Verlegungen in Eile betrug die Zeit vom Transportbeginn bis zur Übergabe im Kreißaal mehr als 20 Minuten. Postpartal wurden 3,56 % der Frauen und 2,3 % der Neugeborenen verlegt.²⁴

²² Siehe auch Horschitz, Kurtenbach (2003.)

²³ Siehe auch QUAG Qualitätsbericht 2013 (2014).

²⁴ Siehe QUAG Qualitätsbericht 2013 (2014). Darüber hinausgehende Angaben über die mütterliche und kindliche Mortalität für die außerklinische Geburtshilfe aus NRW liegen nicht vor.

3.3 Wochenbett

Sechs bis acht Wochen nach der Geburt wird eine ärztliche Abschlussuntersuchung empfohlen. Bei Komplikationen verweist die Hebamme die Wöchnerin oder das Kind zur ärztlichen Konsultation bzw. Behandlung.

Über die Inanspruchnahme einer häuslichen Wochenbettbetreuung liegen keine gesicherten Zahlen vor. Sayn-Wittgenstein und Schäfers (2009) berichten, dass 93,7 % der freiberuflich tätigen Hebammen in Niedersachsen (n = 1.174) in der Wochenbettbetreuung tätig waren.

Laut Hebammen-Vergütungsvereinbarung im Rahmen des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 a SGB V (2014) (s. B 1.2) wird die Wochenbettbetreuung bis zu acht Wochen nach der Geburt vergütet. In den ersten zehn Tagen ist ein täglicher Besuch vorgesehen, bei Bedarf auch weitere Besuche am selben Tag. Die Besuche können zu Hause, in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung stattfinden. Falls nach acht Wochen weiterhin ein Betreuungsbedarf besteht, kann dies auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation stattfinden. Weiterhin können zehn Stunden Rückbildungsgymnastik abgerechnet werden.

Nur 8 % der Wöchnerinnen wurden laut Forschungsprojekt "Effektivität der Wochenbettbetreuung durch Hebammen – Ergebnisse einer Befragung von Müttern in Sachsen-Anhalt und Baden-Württemberg zwei Monate nach der Geburt,, acht Wochen nach der Geburt von der Hebamme betreut.²⁵ Ca. 25 % der Wöchnerinnen wurden ein bis zwei Wochen zu Hause betreut und ungefähr 30 % drei bis vier Wochen.²⁶ Nach Schäfers (2011) liegt die durchschnittliche Betreuungszeit durch eine Hebamme nach der Geburt bei Erstgebärenden bei 5,3 und bei Mehrgebärenden bei 4,7 Wochen. Nach Ablauf von acht Wochen bis zum Ende der Abstillphase und bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des 9. Lebensmonats sind acht Beratungen der Mutter bei Still Schwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings berechnungsfähig²⁷. Sayn-Wittgenstein & Schäfers berichten, dass 81,9 % der in Niedersachsen befragten Hebammen angaben, Stillberatungen nach der achten Lebenswoche des Kindes durchzuführen.²⁸

3.4 Kaiserschnitttrate

Bei der Indikationsstellung zu einer Kaiserschnittgeburt unterscheidet man absolute von relativen Indikationen. Zu den absoluten Indikationen zählen z. B. eine Placenta

²⁵ Siehe Schwarz (2010).

²⁶ Siehe Schwarz (2010).

²⁷ Siehe Hebammen-Vergütungsordnung (2014).

²⁸ Siehe Sayn-Wittgenstein 2009.

praevia, ein Nabelschnurvorfal oder ein absolutes Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken. Insgesamt machen diese absoluten Indikationen ca. 10 % der Gesamtindikationen aus. 90 % hingegen betreffen sog. relative Indikationen, bei denen ein Entscheidungsspielraum besteht. Hierzu zählen z. B. der Zustand nach Kaiserschnitt oder auch die Beckenendlage. Daher liegt der wichtigste Einflussfaktor der Risikobewertung bei den relativen Indikationen.

1985 hatte die WHO die Empfehlung ausgesprochen, dass die Kaiserschnitttrate weltweit 10 bis 15 % nicht übersteigen sollte.²⁹ Allerdings wird derzeit diskutiert, ob diese Empfehlung aufgrund der erheblichen Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen global gelten kann oder ob nicht vielmehr die Einflussfaktoren, die die Rate in jedem Land beeinflussen, näher betrachtet werden müssen.³⁰

Im Jahr 2012 wurden in Deutschland 31,7 % der Kinder per Kaiserschnitt geboren. 1997 lag die Kaiserschnitttrate noch bei 18,5 %.³¹ Damit gehört Deutschland zu den Ländern mit der höchsten Kaiserschnitttrate in Europa, wobei die Raten regional erheblich differieren.³² Auch in NRW zeigt sich ein Anstieg der Kaiserschnitttrate für den Zeitraum von 2000 bis 2010. Derzeit liegt die Rate bei ca. 32 % und damit knapp einem Drittel. Auch innerhalb von NRW sind deutliche regionale Unterschiede zu beobachten, wie sich anhand der Werte auf Kreisebene, in denen die Raten zwischen 24 und 43 % liegen, zeigen lässt.³³

Die Ursachen für die steigenden Kaiserschnittraten werden in Fachkreisen zum Teil kontrovers diskutiert. U. a. folgende Begründungen werden dabei genannt:

- Eine verbesserte operative Technik, die Optimierung der Anästhesieverfahren und damit eine Reduzierung von mütterlicher Mortalität und Morbidität. Die Geburtshilfe wurde bzw. wird aus forensischen Gründen immer defensiver.
- Ein hohes Alter der Schwangeren hat Auswirkungen auf das Risikoprofil der Gebärenden.³⁴
- Die Angst vor einer vaginalen Geburt hat den Wert der natürlichen Geburt in den Augen vieler Frauen erheblich sinken lassen.
- Eine weitere Ursache liegt darin, dass relative Indikationen Spielräume bei der Risikobewertung eröffnen mit der Folge einer sukzessiven Ausweitung der Indikation.
- Die vaginale Geburt – mit welchem (hohen zeitlichen) Aufwand sie auch im Einzelfall erfolgt – wird gegenüber einer Kaiserschnittgeburt geringer vergütet. Dies stellt keinen Anreiz zur Förderung der physiologischen Geburt dar.

²⁹ Siehe WHO 1985, Chalmers (1992).

³⁰ Siehe Schneider et al. (2005), David (2006), Waldenström (2007).

³¹ Siehe Statistisches Bundesamt (2013b).

³² Siehe BertelsmannStiftung (2012).

³³ Siehe https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcg/Dokumente/PM_FCKS/Regionaler_Presstext_FCKS_NRW.pdf; abgerufen am 28.05.2015.

³⁴ Siehe David (2006), Huch & Chaoui (2006), Menacker et al. (2006).

- Das Erfahrungswissen zur vaginalen Geburt auch bei schwierigen geburtshilflichen Situationen droht verloren zu gehen.
- Der Einfluss der Reproduktionsmedizin auf die Kaiserschnitttrate ist bislang unklar. Sie führt zu einem Anstieg der Mehrlingsschwangerschaften und ermöglicht u. a. Frauen eine Schwangerschaft, die auf natürlichem Wege nicht möglich gewesen wäre.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es zahlreiche, zum Teil kontrovers diskutierte Aspekte gibt, die in einem ursächlichen Zusammenhang zum Anstieg der Kaiserschnitttrate stehen. Wie genau jedoch die Kausalkette verläuft bzw. welcher Aspekt welchen Anteil am Anstieg hat, kann derzeit nicht mit Sicherheit bestimmt werden.

3.5 Datenquellen

Wie viele Hebammen in Deutschland im klinischen und außerklinischen Bereich tätig sind, ist nicht exakt zu beantworten, da kein zentrales Melderegister für diese Berufsgruppe existiert. Um die Betreuung von Frauen und ihren Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und früher Elternzeit sicherzustellen, müssen bzw. sollten die aktiv tätigen Hebammen sowie deren Tätigkeitsbereiche erfasst werden.³⁵

Laut Statistischem Bundesamt waren im Jahr 2011 insgesamt 21.000 Hebammen im ambulanten und stationären Versorgungsbereich tätig.³⁶ Das Statistische Bundesamt erhält die Daten für die Darstellung der Anzahl der Hebammen von zwei verschiedenen Datenhaltern. Zum einen sind dies Daten aus dem stationären Versorgungsbereich aus der Krankenhausstatistik Teil I und zum anderen werden die Daten aus dem ambulanten Versorgungsbereich von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) übermittelt. Da die Datenerhebung im stationären und ambulanten Versorgungsbereich getrennt erfolgt, kommt es teilweise zu einer doppelten Datenerfassung.³⁷ In der Darstellung des Statistischen Bundesamtes handelt es sich zudem um Beschäftigungsfälle, wodurch Personen mit mehreren Arbeitsverhältnissen mehrfach gezählt werden.³⁸

Im ambulanten Bereich bezieht sich die Zahl nur auf das Unternehmen bzw. die selbstständige Tätigkeit "Hebamme". Da bei der Erhebung nicht nach einzelnen Personaltätigkeiten unterschieden wird, wird eine in einem Unternehmen angestellte Hebamme nicht separat aufgeführt. Diese Hebammen werden weder von der Berufsgenossenschaft noch von der Krankenhausstatistik erfasst. In der Krankenhausstatistik werden alle Hebammen erfasst, die im Funktionsdienst fest

³⁵ Siehe Bauer et al. (2015).

³⁶ Siehe Statistisches Bundesamt (2013a).

³⁷ Siehe Schäfers & Sayn-Wittgenstein 2009.

³⁸ Siehe Statistisches Bundesamt (2015).

angestellt sind oder als fremde Hebammen (Beleghebammen) aufgeführt werden. Hebammen, die stationär in der Wochenbett- und Neugeborenenpflege tätig sind, werden in dieser Statistik als Pflegedienst eingestuft und sind somit nicht der Gruppe der Hebammen zugeordnet.³⁹ Dem Abschlussbericht Versorgung mit Hebammenhilfe der interministeriellen Arbeitsgruppe ist zu entnehmen, dass „Ab dem Berichtsjahr 2011 [...] durch den Mikrozensus Hebammen auch gesondert ausgewiesen werden [können]. Damit sei eine Differenzierung der Beschäftigungsverhältnisse der Hebammen in Haupt- und Nebenerwerbstätigkeit sowie in selbstständige und angestellte Tätigkeit und nach durchschnittlicher Wochenarbeitszeit (sowie Differenzierung nach Teilzeit/Vollzeit) möglich.“⁴⁰ Ob damit eine Doppelzählung vermieden werden kann, bleibt unklar.

Auf Landesebene stellt sich die Situation wie folgt dar: Grundsätzlich entscheiden freiberuflich tätige Hebammen, welche Leistungen sie außerklinisch anbieten und wo und in welchem Umfang sie tätig sein möchten. Hebammen unterliegen der Aufsicht der Kreise und kreisfreien Städte als untere Gesundheitsbehörden.⁴¹ Im Dezember 2014 gab es in NRW 3.426 aktive Hebammen, die Mitglied im Landesverband der Hebammen NRW waren.⁴² Der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) hat 211 Hebammen in Vollmitgliedschaft in NRW.⁴³ Doppelmitgliedschaften sind in beiden Verbänden möglich. Laut Indikator 8.22 „Hebammen und Entbindungspfleger in ambulanten und stationären Einrichtungen“⁴⁴ waren 4.932 Hebammen im Jahr 2012 in NRW berufstätig. Das Landeszentrum Gesundheit NRW und das Statistische Bundesamt verfügen über dieselben Datenquellen.

Die Evaluation der vorhandenen Datenquellen im Rahmen einer unveröffentlichten Pilotstudie (s. A 2.3) hat ergeben, dass aktuell keine vollständige Erhebung von berufstätigen Hebammen in NRW und Deutschland vorliegt. Bekannte Statistiken führen Hebammen auf, ohne zu unterscheiden, ob diese angestellt und/oder freiberuflich tätig sind. Ebenso werden Hebammen, die in hebammengeleiteten Einrichtungen angestellt sind, nicht exakt erfasst. Das Meldeverfahren bei den unteren Gesundheitsbehörden ermöglicht bisher ebenfalls noch keine vollständige Erfassung. Für die An- und Abmeldung der Tätigkeit und für den Nachweis der erforderlichen Fortbildungen werden unterschiedliche Prinzipien angewendet (Wohnort-Prinzip und Arbeitsort-Prinzip).

Ähnlich schwierig wie die Datenlage zur Versorgung mit Hebammenhilfe zeigt sich auch die Datenlage zur Frauengesundheit in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes greift diesbezüglich auf unterschiedliche

³⁹ Siehe Sayn-Wittgenstein (2007), Schäfers & Sayn-Wittgenstein 2009.

⁴⁰ Siehe IMAG (2014).

⁴¹ Siehe § 3 Landeshebammengesetz NRW von 2002 i.d.F. von 2012.

⁴² Siehe Egelkraut (2014).

⁴³ Siehe Dietrich (2014).

⁴⁴ Siehe Landeszentrum Gesundheit NRW (2014).

Datenhalter, wie beispielsweise der Krankenhausstatistik, zurück. Die Daten der jährlichen klinischen wie außerklinischen Perinatal-/Neonatalerhebung sind nicht an die Gesundheitsberichterstattung des Bundes gekoppelt. Dies führt dazu, dass im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsberichterstattung nur in sehr reduziertem Ausmaß Informationen zur Gesundheit von Frauen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit bereitgestellt werden können. Gleiches gilt für die gesundheitliche Situation der Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt. Derartige Daten wären hilfreich, um mögliche Bezüge zur Entwicklung der gesundheitlichen Situation und Versorgung in Deutschland darstellen zu können.

3.6 Informationslage bei Schwangeren und werdenden Eltern

Der informierten Entscheidung kommt im Gesundheitswesen eine zentrale Bedeutung zu. Angesichts der Vielfalt der zu treffenden Entscheidungen sind gerade Schwangere und werdende Eltern mit diversen Wahlmöglichkeiten und Optionen konfrontiert, die z.B. die medizinische Betreuung während der Schwangerschaft, aber auch die Optionen zur individuellen Gestaltung der Geburt sowie die nachgeburtliche Begleitung betreffen. Um Entscheidungen sicher und mit einem guten Gefühl treffen zu können, benötigen Schwangere und werdende Eltern unparteiische, verständlich kommunizierte und evidenzbasierte Informationen. Seit Beginn der 1960er-Jahre ist die gesundheitliche Versorgung von Schwangeren durch die Mutterschafts-Richtlinien geregelt, welche rechtlich bindend die Art und das Ausmaß der ärztlichen Betreuung regeln.⁴⁵ Leistungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge werden sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch Hebammen erbracht. Neben Ärztinnen und Ärzten sowie Hebammen und Entbindungspflegern bieten verschiedene kommunale, kirchliche sowie freie Beratungsstellen, Gesundheits- und Familienzentren, aber auch Krankenkassen Informationen für Schwangere und werdende Eltern an. Schwangere und werdende Eltern haben weiterhin die Möglichkeit, Vor-Ort-Angebote wie Kreißsaalführungen und Klinik-Informationsveranstaltungen sowie Informationsabende in Geburtshäusern in Anspruch zu nehmen. Allgemeine schriftliche Informationen zum Verlauf von Schwangerschaft und Geburt sowie zu Fragen der Vorsorge und Gesundheitsförderung können zudem über die Kreise und kreisfreien Städte in Form von Broschüren oder Webseiten, über die Internetpräsenz von Kliniken, Geburtshäuser, Hebammenpraxen und frauenärztlichen Praxen sowie über Hebammenzentralen eingeholt werden. Auf übergeordneter Ebene bietet auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Informationen für Schwangere und werdende Eltern an. Die Verbraucherzentrale NRW e.V. richtet sich mit dem Ratgeber „Schwangerschaft und Geburt selbstbestimmt“ an die Zielgruppe. Ungeachtet der Qualität dieser Informationsquellen ist zu beachten, dass gerade solche Informationsquellen, die über das Internet verfügbar sind, ein bestimmtes Maß

⁴⁵ Siehe Braun, Kolip, (2014).

an Computer-Affinität und Kompetenz im Umgang mit dem Internet voraussetzen und daher nicht für alle Schwangeren und werdenden Eltern in Frage kommen.

Über die Informationslage und vor allem über die Beratungsbedürfnisse von schwangeren Frauen und werdenden Eltern in NRW liegen bisher wenige Daten vor. Bekannt ist, dass insbesondere vulnerable Gruppen, wie Frauen mit Zuwanderungs- und Flüchtlingsgeschichte, Teenager-Mütter und sozial benachteiligte Frauen informationstechnisch unterversorgt sind. Aufgrund von Sprachbarrieren bleiben Informationswege und Informationen häufig verschlossen, ebenso wie auch die generelle Kenntnis der Informationswege und der potenziellen Informationsquellen fehlt.⁴⁶

Auf breiter Ebene fehlen Informationen darüber, wie sich schwangere Frauen bzw. werdende Eltern rund um die Geburt (z.B. räumliche Rahmenbedingungen, Art der Geburt, Inanspruchnahme schmerzlindernder Medikamente) entscheiden. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Screeninguntersuchungen und IGeL⁴⁷ im Laufe der Schwangerschaft sowie zum Thema Wochenbett. Ebenso wenig ist bekannt, welchen Einfluss der Partner oder in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung die Partnerin auf die genannten Entscheidungsfragen hat.

3.6.1 Wahl des Geburtsortes

Bundesweite Untersuchungen richten ihren Blick hinsichtlich der Frage nach der Informationslage von Schwangeren und werdenden Eltern primär auf die Kriterien, die ausschlaggebend für die Wahl einer geburtshilflichen Abteilung sind. Für Deutschland liegen keine Studien hinsichtlich der Entscheidungskriterien der Frauen vor, die für die Geburt ihres Kindes einen außerklinischen Geburtsort wählen. Im QUAG-Bericht 2013 werden Gründe wie Selbstbestimmung, vertraute Hebamme und andere genannt. Einer Studie der Deutschen Angestellten Krankenkasse⁴⁸ (DAK) zufolge, sind die Nähe zum Wohnort (46 %), die medizinisch-technische Ausstattung (40 %), der Ruf einer Klinik (37 %) und das Vorhandensein einer neonatologischen Behandlungseinheit (35 %) wichtige Entscheidungskriterien für die Wahl einer Klinik für werdende Eltern. Entscheidungsrelevant für eine bestimmte Klinik waren zudem bereits positiv erlebte, vorausgegangene Geburtsaufenthalte (29 %) und Angebote einer „sanften Geburt“ (24 %). Die Empfehlungen von Freunden und Verwandten

⁴⁶ Siehe Reime et al. (2012), Reeskle et al. (2011), David et al. (2006).

⁴⁷ Bei Screening-Untersuchungen in der Schwangerschaft handelt es sich um Früherkennungsuntersuchungen, um bei symptomfreien Schwangeren ein mögliches Frühstadium einer Krankheit festzustellen, die die Gesundheit von Mutter und Kind gefährdet. Screening-Untersuchungen werden insbesondere bei Schwangeren durchgeführt, die ein erhöhtes Risiko für eine Erkrankung haben, z.B. bei Diabetes mellitus in der Familie → Test auf Schwangerschaftsdiabetes IGeL in der Schwangerschaft umfassen z.B. das Erst-Trimester-Screening (Untersuchung, mit der das Risiko für Chromosomenstörungen eingeschätzt werden kann), den Toxoplasmosetest, Streptokokken-B-Test, Zytomegalie-Infektions-Test, Test auf Ringelröteln, Windpocken-Antikörpertest und auf Wunsch zusätzliche Ultraschalluntersuchungen (z.B. 4-D-Ultraschall). IGeL sind gesundheitliche Leistungen, die nicht zum festgeschriebenen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zählen (Siehe auch www.igel-monitor.de).

⁴⁸ Siehe DAK (2006).

hatten für die Befragten mit 21 % größeren Einfluss auf die Wahl der Klinik als Empfehlungen durch die Hebamme (13 %). Auch Empfehlungen seitens der Ärztinnen bzw. der Ärzte haben mit 9 % eher geringes Gewicht.⁴⁹ Eine Erhebung an drei Mannheimer geburtshilflichen Abteilungen ergab des Weiteren, dass klinikeigene Kreißsaalführungen und Informationsabende, bei denen sich die geburtshilflich tätigen Ärztinnen, Ärzte sowie die Hebammen und Entbindungspfleger persönlich vorstellen, einen besonderen Stellenwert für die Klinikwahl der Schwangeren und der werdenden Eltern haben.⁵⁰

3.6.2 Informationen zur Pränataldiagnostik

Die BZgA hat im Jahr 2004 mittels einer repräsentativen Befragung Daten zum Informationsstand und zu den Einstellungen schwangerer Frauen zur Pränataldiagnostik (PND) erhoben. Die Studie ergab, dass in 85 % der Fälle mindestens ein Angebot der PND von den Frauen in der 20. bis 40. Schwangerschaftswoche (SSW) in Anspruch genommen worden war – einschließlich der Frauen mit einem Abort nach der 13. SSW. Als am häufigsten genutzte Diagnosemethode wurde der Ultraschall genannt.⁵¹ Die Studie der BZgA stellt weiterhin heraus, dass in der Regel Schwangere jeden Alters heute mit den Möglichkeiten und Grenzen der PND konfrontiert werden. Umso mehr erstaunt es, dass etwa 50 % der Frauen zwischen der 20. und 40. SSW innerhalb der Untersuchung angeben, den Begriff „Pränataldiagnostik“ entweder überhaupt nicht zu kennen oder aber diesen mit falschen Inhalten in Verbindung bringen und dies, obschon bereits pränataldiagnostische Maßnahmen durchgeführt wurden.

Was die Verständlichkeit und Ausführlichkeit der ärztlichen Beratung im Hinblick auf PND betrifft, gaben zwischen 59 % und 66 % der schwangeren Frauen an, ausführliche oder sehr ausführliche Informationen über das Ziel der Untersuchung, die statistische Risikoeinschätzung und über den Anlass der Untersuchung erhalten zu haben. Als weniger umfassend wurde hingegen im Vorfeld die Beratung zu möglichen Folgen der PND bewertet (z.B. im Falle einer festgestellten Erkrankung oder Behinderung des Kindes), die für Schwangere bzw. werdende Eltern unter Umständen sehr weitreichend sein können. Allerdings äußerten sich jedoch nur 18 % der Befragten derart, dass sie mehr Informationen über PND zu Beginn ihrer Schwangerschaft gewünscht hätten.^{52/53}

⁴⁹ Siehe Dudenhausen et al. (2006).

⁵⁰ Siehe Tuschy et.al. (2012).

⁵¹ Siehe Renner (2007), S. 1.

⁵² Siehe Renner (2007).

⁵³ Der DFH enthält sich einer Meinung zur PND, da dieses Thema nicht zum originären Berufsbild der in der Hausgeburt tätigen Hebamme gehört.

3.6.3 Informationen über Ablauf und Folgen einer Kaiserschnittgeburt

Der richtige Zeitpunkt zur Aufklärung über eine Kaiserschnittgeburt wird kontrovers diskutiert. Eine umfassende valide Datenlage hierzu fehlt. Eine nicht repräsentative Befragung der deutschen Handelskrankenkasse (hkk)⁵⁴, die sich u.a. mit der Informationslage bei einer Kaiserschnittgeburt beschäftigt hat, kommt allerdings zu dem Ergebnis, dass jede zehnte Frau „bei der die Entscheidung vor Einsetzen der Wehen fiel, sich nicht über den Ablauf informiert fühlte“.⁵⁵ Bei der Bewertung der Zufriedenheit mit der Aufklärung über Ablauf und Folgen einer Kaiserschnittgeburt ist es wichtig zu differenzieren, ob und inwieweit sich das Erfordernis eines Kaiserschnitts bereits während der Schwangerschaft angedeutet hat oder ob es sich – im Rückblick betrachtet – um einen Notkaiserschnitt handelte. Kommt es während des Geburtsvorganges zu einem regelwidrigen Verlauf muss die Entscheidung für eine operative Geburtsbeendigung (Sektio, Forceps, Vakuum-Extraktion, Entwicklung aus Beckenendlage) ärztlicherseits getroffen werden. Die Aufgabe der Hebamme bzw. des Entbindungspfleger ist die frühzeitige Erkennung von Regelwidrigkeiten, damit die Weiterversorgung der werdenden Mutter kompetent und in Ruhe veranlasst werden kann.⁵⁶ Ausführliche Informationen sind unter diesen Umständen nur begrenzt möglich.

Ganz ähnlich fielen die Ergebnisse einer Befragung der Verbraucherzentrale NRW e.V. in 50 geburtshilflichen Abteilungen in NRW aus. Die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser (86 Prozent) informiert danach nach eigenen Angaben schwangere Frauen nur dann ausführlich zum Kaiserschnitt, wenn es medizinisch erforderlich ist, also Risiken erkennbar sind, die einen Kaiserschnitt notwendig oder wahrscheinlich machen. Bei geplanten Kaiserschnitten finden Aufklärung und Einwilligung bei der Aufnahme oder am Vortag des Eingriffs statt. 89 Prozent der befragten Krankenhäuser kreuzten an, dass die Schwangeren im Notfall während der Geburt zustimmen.

Auf die Aufklärung und Einwilligung kann zwar verzichtet werden, wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist. Eine sorgfältige Aufklärung und ausreichende Bedenkzeit ist jedoch möglich, wenn diese möglichst frühzeitig während der Schwangerschaft erfolgt.

Eine transparente Information über den Umgang mit schwierigen geburtshilflichen Situationen ist sowohl im klinischen als auch außerklinischen Bereich von

⁵⁴ Siehe hkk Gesundheitsreport (2014): Schwangerschaft und Geburt, Ergebnisse einer Befragung von Müttern. In der hkk sind überwiegend Personen aus der Region Bremen versichert.

⁵⁵ Siehe Ebd., S. 30.

⁵⁶ Siehe HebG.

besonderer Bedeutung, damit Schwangere dies bei der Wahl des Geburtsortes berücksichtigen können.

3.6.4 Informationen durch die ärztliche Beratung

Anhand einer Zufallsstichprobe der Geburten von Müttern, die in der DAK versichert sind, wurde die Bedeutung der ärztlichen Beratung auf die Wahl einer (risikoadäquaten) geburtshilflichen Abteilung untersucht.⁵⁷ Im Kontext der allgemeinen ärztlichen Beratung und Betreuung während der Schwangerschaft wird ersichtlich, dass die Frauen sich sehr viel umfassender über die Entwicklung ihres Kindes im Mutterleib informiert fühlen, als über Themen wie Stillen und Säuglingsernährung (siehe nachfolgende Abbildung). Grund hierfür kann die medizinische Schwerpunktsetzung einer ärztlichen Beratung im Vergleich zu einer Beratung durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger sein, die eher für die Beratung zu Themen wie Stillen und Säuglingsernährung zuständig sind.

Abbildung 3: Themen und Ausführlichkeit der ärztlichen Beratung bei der Schwangerenberatung

	Sehr ausführlich [%]	Ausreichend [%]	Nicht genug [%]	Überhaupt nicht [%]
Typische Beschwerden	23	61	6	11
Vermeidung von Krankheiten	25	50	9	16
Ernährung	25	51	11	13
Umgang mit Genussmitteln	36	50	4	10
Umgang mit Medikamenten	35	47	8	10
Berufstätigkeit	23	50	8	18
Risiken in der Gravidität	36	43	11	9
Risiken bei der Geburt	22	42	15	21
Sport und Bewegung	20	56	11	13
Partnerschaft und Sexualität	19	50	10	22
Vorbereitung auf die Geburt	21	46	13	20
Entwicklung des Kindes im Mutterleib	55	40	7	2
Stillen und Ernährung des Säuglings	14	32	12	42

Quelle: Dudenhausen et al., 2006, S. 610

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Schwangere vielfach Auskunft zur Vermeidung von riskanten, die Gesundheit des sich entwickelnden Kindes gefährdenden Verhaltensweisen in der Schwangerschaft erhalten. Inwieweit das Thema „Wochenbett“ Gegenstand des ärztlichen Gesprächs ist und welcher Informationsbedarf diesbezüglich aufseiten der Schwangeren vorliegt, geht aus den bislang vorliegenden Studien nicht hervor. Ebenso wenig bearbeitet ist die Frage, welchen Informationsbedarf Schwangere und werdende Eltern in puncto Mutterpass

⁵⁷ Siehe Dudenhausen et al. (2006).

und ergänzende/zusätzliche Hilfen und Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch haben (z.B. krankenkassenfinanzierte Haushaltshilfe bei Mehrlingsschwangerschaften).⁵⁸

3.6.5 Forschungsbedarf

98,9 % der im Jahr 2010 in Nordrhein-Westfalen geborenen Kinder kamen in einer Klinik zur Welt.⁵⁹ Für NRW (und auch die weiteren Bundesländer) wurden die Motive und Kriterien bislang nicht untersucht, die für schwangere Frauen und werdende Eltern ausschlaggebend sind, in einer Klinik zu entbinden. Gleiches gilt für die Transparenz des Prozesses, in dem die Entscheidung für die präferierten Geburtsräumlichkeiten (im eigenen Heim, im Geburtshaus, in der Klinik) fällt. Um die Informationslage von Schwangeren und werdenden Eltern in NRW zu verbessern bzw. diese differenzierter und auf unterschiedliche soziale Bedarfs- und Notlagen ausrichten zu können, braucht es verstärkter Versorgungsforschung, die die vielfältigen Faktoren im Kontext von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Familienbildung/Elternschaft adressiert.

3.6.6 Gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Stärkung der positiven Einstellung zur natürlichen Geburt/Senkung der Kaiserschnitttrate

Unter dem Motto „Den eigenen Körper, seine Fähigkeiten und Bedürfnisse kennen, schätzen und schützen lernen“ führen Ärztinnen der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF) seit vielen Jahren präventiv ausgerichtete Informationsstunden schwerpunktmäßig an Schulen⁶⁰, aber auch mit Eltern, Lehrerinnen und Lehrern sowie Frauen mit Einwanderungsgeschichte durch.⁶¹ Im Rahmen einer Evaluierung dieses Konzepts der aufsuchenden Gesundheitsprävention wurde 2002 vom Robert-Koch-Institut hinsichtlich des Wissenszugewinns, der Meinungsbildung und der Akzeptanz der Schülerinnen und Schüler großer Erfolg attestiert.⁶² In diesen Frage- und Informationsstunden (deutschlandweit bis zu 8.000 Veranstaltungen pro Jahr, davon bis zu 2.700 Veranstaltungen in NRW) registrieren die Ärztinnen ein hohes Interesse am Thema Schwangerschaft und Geburt durchgängig durch alle Altersstufen, sowohl von Mädchen als auch von Jungen.

U.a. folgende Aspekte lassen sich aus dieser langjährigen Erfahrung ableiten:

- In höheren Klassen werden die Ärztinnen gefragt, ob eine Kaiserschnittgeburt oder eine normale Geburt besser wäre. Schülerinnen und Schüler tendieren dabei zum Kaiserschnitt als vermeintlich „bessere“ Methode mit der

⁵⁸ Siehe Braun, Kolip (2014).

⁵⁹ Siehe Kolip, Baumgärtner (2013), S. 32.

⁶⁰ An dieser Stelle sei u.a. auf das Projekt „Hebammen in der Schule“ verwiesen; <http://www.hebammen-an-schulen.de/>; abgerufen am 25.06.2015.

⁶¹ Siehe Hinzpeter et al. (2010). Siehe ÄGGF (2002).

⁶² Siehe ÄGGF (2002).

Begründung, dass es schneller ginge, nicht wehtut und während der Geburt alles unter Kontrolle sei.

- Es bestehen keine ausreichenden Kenntnisse über die Zusammenhänge und Risiken von Rauchen, Alkohol, Adipositas in der Schwangerschaft sowie Adipositas und Kaiserschnitt.
- Frauen mit Einwanderungsgeschichte sind zudem schlechter informiert über Möglichkeiten der Schwangerschaftsvorsorge, über Geburtsvorbereitungskurse oder über Hebammenpraxen.⁶³

Die Ziele bzw. Effekte der Informationsstunden sind vielschichtig. Ein wichtiger Aspekt besteht in der Vermittlung einer positiven und optimistischen Sichtweise von Schwangerschaft und Geburt. So soll durch die Stärkung der Körperakzeptanz dahingehend Selbstvertrauen entwickeln werden, dass eine Spontangeburt möglich ist, wenn es keine Kontraindikation gibt. Außerdem kommt der umfassenden Wissensvermittlung eine hohe Bedeutung zu. Nur mit den relevanten Informationen können selbstbestimmte Entscheidungen getroffen und die Angebote von Vorsorge- und Beratungseinrichtungen passgenau in Anspruch genommen werden. Auch kann durch Informationen zu unterstützenden Maßnahmen, wie z.B. Geburtsvorbereitungskursen, der Bedeutung von Hebammenbegleitung sowie zu Informationsveranstaltungen in Geburtskliniken, Ärztinnenpraxen, Arztpraxen und Hebammenpraxen die Handlungskompetenz gestärkt werden. Im Rahmen dieser Wissensvermittlung sollte der Kaiserschnitt als eine wichtige Möglichkeit und Notwendigkeit zur Geburtsbeendigung verstanden werden, wenn die Indikation dafür besteht. Dabei sollten die Schülerinnen und Schüler für absolute und relative Risiken und den unterschiedlichen Umgang damit sensibilisiert werden. Außerdem empfiehlt es sich, die Vor- und Nachteile eines Kaiserschnitts zu erläutern, auch im Hinblick auf Konsequenzen, die über die Geburt hinausgehen.

Um entsprechende Informationsstunden noch stärker als bisher zu etablieren, wäre ein Modell- bzw. Pilotprojekt sinnvoll, in dem niedrigschwellige (ärztliche) Aufklärungsmaßnahmen durch geschulte und dafür ausgebildete Fachkräfte (ÄGGF-Ärztinnen und Ärzte, ggf. mit Hebammen) altersgerecht und diversity-orientiert angeboten würden. Die Fachkräfte sollen dabei das relevante Wissen entwicklungsbegleitend in allen Schulformen, in Kitas, Familienzentren und auch an Orten, an denen sich Frauen mit Einwanderungsgeschichte treffen (Integrationskurse, „Elterncafes“, Moscheen etc.) vermitteln. Das Projekt sollte evaluiert und mit entsprechender Öffentlichkeitsarbeit flankiert werden. Die Finanzierung eines solchen Projektes sollte durch öffentliche Mittel erfolgen, eine finanzielle Beteiligung von Pharmafirmen wird ausgeschlossen.

Bereits vorhandene Konzepte und primärpräventive Maßnahmen zur Stärkung der positiven Einstellung zur natürlichen Geburt sollen verbreitet werden.

⁶³ Zu diesen und weiteren Aspekten siehe auch Brenne et al. (2015), Razum et al. (2011), Simoes et al. (2003), Reeske (2011), Terzioglu (2006).

B. Fachkapitel

1. Berufliche Rahmenbedingungen der Hebammen und Entbindungspfleger

1.1 Berufsordnung

Nordrhein-Westfalen hat erstmals im Jahr 2002 eine Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger Nordrhein-Westfalen (HebBO NRW) erlassen, mit der neben einer detaillierten Aufgabenbeschreibung auch diverse Berufspflichten normiert wurden. Hiervon soll die Fortbildungsverpflichtung von 60 Stunden in drei Jahren besonders hervorgehoben werden. Diese Regelung stellt hohe Anforderungen an den Berufsstand, wird aber von den Berufsangehörigen trotz der damit zeitlichen und finanziellen Belastung als unbedingt notwendig angesehen. Bundesweit nimmt Nordrhein-Westfalen damit eine Vorreiterrolle ein. Die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung muss von den Hebammen gegenüber den unteren Gesundheitsbehörden des Landes (Gesundheitsämter der Kreise und kreisfreien Städte) nachgewiesen werden und wird auch von den Behörden überwacht. Es handelt sich um gelebte Praxis zur Qualitätssicherung.

Aus dem Fachgespräch zur Überarbeitung der Berufsordnung im Oktober 2014 kann festgehalten werden, dass die HebBO NRW in wesentlichen Punkten überarbeitet werden sollte.

1.2 Vergütung

Den Anspruch der gesetzlich Versicherten auf Unterstützung durch die Hebammen und den Entbindungspfleger bei Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft gewährleistet die gesetzliche Krankenversicherung. Dieser Anspruch, ebenso wie die Vergütungssituation der Hebammen und Entbindungspfleger, begründen sich überwiegend auf § 134a Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) und liegen somit im Zuständigkeitsbereich des Bundesgesetzgebers. Die hiernach geschlossenen Verträge zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband bestimmen die innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbaren Hebammenleistungen. Bei den Geburtshäusern regelt ein Betriebskosten–Vertrag die zusätzliche Vergütung sowie die Qualitätssicherung.

Ein Problem für alle Beteiligten (Hebammen/Entbindungspfleger, Ärztinnen/Ärzte, gesetzliche Krankenkassen, Krankenhausträger und Haftpflichtversicherer) stellen die seit 2010 stark steigenden Haftpflichtprämien dar. Seither hat die gesetzliche Krankenversicherung in Verhandlungen mit den Hebammenverbänden zusätzlich Kostensteigerungen zum Teil übernommen. Für die freiberuflichen Hebammen zahlten die gesetzlichen Krankenkassen in den vergangenen Jahren für jede Haus-

oder Geburtshausgeburt einen Ausgleich an die Hebamme. Im Rahmen des Versorgungsgesetzes aus 2012 hat der Gesetzgeber dies auch im Sozialgesetzbuch geregelt. Danach sind die Kostensteigerungen, die die Berufsausübung betreffen, zu beachten.⁶⁴ Außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt die Abrechnung nach den Gebührenordnungen der einzelnen Länder (s. B 1.2.1).

1.2.1 Hebammengebührenordnung Nordrhein-Westfalen (HebGO NRW)

Die Hebammengebührenordnung regelt die Vergütung der Hebammenhilfeleistungen für Frauen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Diese Gruppe der Selbstzahlerinnen stellt einen vergleichsweise kleinen Anteil der Bezieherinnen von Hebammenleistungen dar. Anders als die Vergütung von Hebammenhilfeleistungen durch den Vertrag auf Bundesebene für gesetzlich Versicherte, obliegt es den Landesregierungen, die Liquidation von Hebammenhilfeleistungen gegenüber Selbstzahlerinnen zu regeln.

In Nordrhein-Westfalen wurde die HebGO NRW im Jahr 2012 an den Vertrag des GKV-Spitzenverbandes mit den Hebammenverbänden nach § 134a SGB V angepasst. Da der Vertrag nach § 134a SGB V regelmäßig aktualisiert wurde, hatte das MGEPA mit dem Finanzministerium vereinbart, die Änderungen auf Bundesebene zeitnah in die HebGO NRW zu übernehmen. Durch das Verordnungsgebungsverfahren und notwendige Abstimmungsprozesse mit dem Finanzressort kam es hierbei in der Regel zur zeitlichen Verzögerung bei der Umsetzung der auf Bundesebene getroffenen Änderungen. Bereits seit Längerem bestand daher die Forderung vonseiten des Landesverbandes der Hebammen NRW e.V., die HebGO NRW mit einem dynamischen Verweis auf den Vertrag nach § 134a SGB V auszugestalten. Mit HebGO NRW vom 30. Juni 2015 wurde normiert, dass freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger für ihre Leistungen im Rahmen der Hebammenhilfe außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung Gebühren grundsätzlich bis zum 1,8 fachen der Beträge nach Maßgabe der jeweils geltenden Fassung des zwischen den Berufsverbänden der Hebammen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossenen Vertrages nach § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung berechnen dürfen.

Der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V in der jeweils geltenden Fassung kann auf der Internet-Seite des GKV-Spitzenverbands unter http://gkv-spitzenverband.de/Hebammenhilfe_Vertrag.gkvnet abgerufen werden.

⁶⁴ Siehe auch §134a SGB V, Abs.1.

1.3 Haftpflichtversicherung

Gem. § 8 Nr. 2 HebBO NRW sind freiberuflich tätige Hebammen verpflichtet, sich ausreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen der beruflichen Tätigkeit zu versichern.

Ein Problem insbesondere für Hebammen aber auch für die gesetzlichen Krankenkassen und die Haftpflichtversicherer stellen die seit 2010 stark steigenden Haftpflichtprämien dar. Laut Gutachten des IGES Instituts aus März 2012⁶⁵ hat sich die Prämienhöhe der Berufshaftpflichtversicherung für geburtshilflich tätige Hebammen folgendermaßen entwickelt:

Abbildung 4: Entwicklung der Prämienhöhe (1998 -2012⁶⁶ und ab 2014⁶⁷)

Im Jahr 1998	umgerechnet 394 Euro
Im Jahr 2009	2.370 Euro
Im Jahr 2010	3.689 Euro
Im Jahr 2012	4.243 Euro
ab 1. Juli 2014	5.091 Euro
ab Juli 2015	6.274 Euro

1.3.1 Entwicklung der Prämienhöhe

Für den deutlichen Anstieg der Prämien für freiberuflich geburtshilflich tätige Hebammen sieht der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) vor allem zwei miteinander zusammenhängende Gründe als ursächlich an. Bei im Mittel rund 40 Schäden pro 1.000 Hebammen (Betrachtungszeitraum 2005 bis 2009) kommt es zwar – im Vergleich zu anderen Bereichen – vergleichsweise selten zu Schäden; das Gesamtbild wird allerdings von zunehmend teurer werdenden Groß- und Größtschäden geprägt.

⁶⁵ IGES-Institut (2012).

⁶⁶ IGES-Institut (2012), S. 126.

⁶⁷ Lt. Pressemitteilung des Deutschen Hebammenverbands e. V.; s. <https://www.hebammenverband.de/aktuell/pressemitteilungen/pressemitteilung-detail/datum/2015/06/29/artikel/hebammen-muessen-haftpflichterhoehung-ab-juli-alleine-schultern-1/>; abgerufen am 22.07.2015.

Abbildung 5: Anteil der Schadensgrößenklassen an der Gesamtschadenzahl und am Gesamtaufwand⁶⁸:

Anteil der Schadensgrößenklassen		
Schadensgrößenklasse	an der Gesamtschadenzahl	am Gesamtaufwand
bis 1.000 Euro	70,9 %	0,1 %
bis 5.000 Euro	7,9 %	0,4 %
bis 10.000 Euro	2,5 %	0,4 %
bis 25.000 Euro	4,1 %	1,3 %
bis 50.000 Euro	2,8 %	2,2 %
bis 100.000 Euro	3,6 %	5,6 %
bis 250.000 Euro	3,3 %	11,3 %
bis 500.000 Euro	1,8 %	10,7 %
bis 1.000.000 Euro	1,5 %	21,3 %
über 1.000.000 Euro	1,5 %	46,7 %

Quelle: eigene Darstellung des GDV

Demnach weisen rund 71 % aller Schäden einen Aufwand von weniger als 1.000 Euro pro Schadensfall auf. Der Anteil dieser "Kleinschäden" am Gesamtschadensaufwand beträgt 0,1 %. Auf der anderen Seite verursachen die teuersten 1,5 % der Schäden nahezu die Hälfte (46,7 %) des Gesamtschadensaufwands.

Laut GDV ist das Schadengeschehen in der Haftpflichtversicherung im Heilwesen bestimmt durch die Entwicklung von Personenschäden, die deutlich mehr als 95 % des gesamten Schadensaufwandes in diesem Segment ausmachen. Die Anzahl der „Großschäden“ ist gemessen an der Gesamtschadenanzahl sehr gering, ihr Anteil am gesamten Schadensaufwand ist aber erheblich. Bei Hebammen machen Großschäden mehr als 90 Prozent des Schadensaufwandes aus.

Hauptsächliche „Kostentreiber“ sind nach Angaben des GDV die Pflegekosten, Heilbehandlungskosten sowie der Erwerbsausfallschaden. Gründe für steigende Schadensaufwendungen sind insbesondere

- steigende Lebenserwartung auch Schwerstgeschädigter infolge des medizinischen Fortschritts,
- die Entwicklung des professionellen Pflegemarkts,
- der Trend zur häuslichen Pflege durch professionelle Kräfte,

⁶⁸ IGES-Institut (2012), S. 125, Tabelle 19.

- der sich fortsetzende Preisanstieg für Pflegeleistungen und
- steigende Regresse der Sozialleistungsträger.

Im Bereich der Personenschäden kommt dem Regress der Sozialleistungsträger gegenüber den Haftpflichtigen und deren Versicherern eine bedeutsame Rolle zu. Die Regressforderungen der Sozialleistungsträger haben einen erheblichen Anteil am Schadensaufwand. Laut GDV liegt dieser bei Personenschäden im Heilwesen bei rund 25 %, gemessen nach fünf Jahren Abwicklung. Rund 19 % des Schadensaufwands entfallen dabei auf die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Der Anteil der Regresse der Sozialleistungsträger steigt im Verlauf der Abwicklung weiter an.

1.3.2 Haftpflicht- und Sicherstellungszuschlag

Um die besondere Härte der steigenden Haftpflichtprämien für Hebammen und Entbindungspfleger mit wenigen betreuten Geburten im Jahr aufzufangen, wurden im Juni 2014 Änderungen der Vergütungssituation der Hebammen vom Bundesgesetzgeber beschlossen.⁶⁹ Die Krankenkassen wurden hierbei ab dem 1. Juli 2014 gesetzlich verpflichtet, für Geburtshilfeleistungen, bei denen typischerweise nur wenige Geburten betreut werden, zusätzliche Mittel in Form eines Zuschlags auf die Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bereitzustellen.⁷⁰ Dieser Vorgabe ist der GKV-Spitzenverband im Rahmen der Verhandlungen mit den Hebammenverbänden durch Einführung einer Haftpflichtzulage für die Zeit vom 1. Juli 2014 bis zum 30. Juni 2015 nachgekommen. Eine Beleghebamme, die im Schichtdienst im Krankenhaus arbeitet, erhält rund neun Euro. Insgesamt zahlen die gesetzlichen Krankenkassen bundesweit allein für den Zeitraum von Juli 2014 bis Juni 2015 als Zulagen rund 2,6 Millionen Euro an die Hebammen und Entbindungspfleger. Ab dem 1. Juli 2015 sollte diese Übergangsregelung durch einen Sicherstellungszuschlag ersetzt werden, den jede Hebamme bzw. jeder Entbindungspfleger individuell beantragen und abrechnen können soll. Unterstützt werden sollen insbesondere Hebammen, die vergleichsweise wenige Geburten betreuen.

Hierfür sind seitens der Hebammen und der Entbindungspfleger die notwendigen Qualitätsanforderungen zu erfüllen.

1.4 Lösungsansätze

In der öffentlichen Diskussion werden u.a. folgende mögliche Lösungsansätze erwogen, um einer weiteren Belastung der „großschadengeneigten Tätigkeiten im

⁶⁹ Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 24.07.2014, BGBl. I Nr. 33.

⁷⁰ Siehe §134a Abs. 1c SGB V.

Heilwesen“ (z.B. geburtshilflich tätige Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und Hebammen) entgegenzuwirken:

1.4.1 Staatliche Exzedentenlösung („Staatsfonds“)

Hierbei sollen staatliche Mittel oberhalb einer festgelegten Versicherungssumme im Rahmen der Berufshaftpflichtversicherung für die weitergehenden Schäden eingesetzt werden. Von den Befürwortern wird geltend gemacht, dass die Geburtshilfe eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und deshalb aus Steuermitteln getragen werden sollte.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der vom Staat zu übernehmende Teil des Schadensaufwandes durch die Deckelung zunehmend steigen würde (aufgrund insgesamt steigender Schadensaufwendungen – s. B 1.3.1). Außerdem fielen Schadenleistungen und Rückstellungen laufend an, was den Staatshaushalt belasten würde. Weiterhin ist zu beachten, dass Schäden im Heilwesen mit einem sog. „Long-Tail-Risiko“ behaftet sind, bei dem die Leistungen z.T. über 40 Jahre und länger hinweg erfolgen – so lange die geschädigte Person lebt. Darüber hinaus stellt sich die praktische Frage, wer ein solches Schadensmanagement übernehmen könnte. Der Staat würde partiell in die Rolle eines (Rück-)Versicherers fallen, wozu ihm die Expertise fehlt. Es wäre daher zu entscheiden, ob eine neue Organisation aufgebaut oder ob die Versicherungswirtschaft im Wege der „Beleihung“ beauftragt werden sollte. Durch beide Varianten entstünde ein weiterer finanzieller Aufwand.

Laut GDV würde eine Deckelung der Versicherungssumme auf eine Mio. Euro zu einer Entlastung von etwa 9 % im Schadensaufwand führen. Diese Deckelung würde nur einen geringfügigen Beitrag zur Stabilität der Versicherungsbeiträge leisten können.

Es ist umstritten, ob durch einen solchen Staatsfonds überhaupt eine relevante Entlastung erreicht werden könnte. Einer Stabilisierung der Versicherungsbeiträge stünde ein nicht unerheblicher organisatorischer Aufwand gegenüber.

1.4.2 Einbeziehung von outgesourcten Bereichen (z.B. Beleghebammen) in die Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhausträgers

Dieser Lösungsansatz verfolgt das Ziel, z.B. nicht beim Krankenhaus angestellte Beleghebammen in die Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhauses einzubeziehen.⁷¹ Das würde Beleghebammen finanziell entlasten. Das Haftungsrisiko würde in das Gesamtrisiko des Krankenhauses übergehen, wodurch sich dessen Finanzierungsbedarf erhöht. Analog zur Entwicklung der Hebammenhaftung entwickelt sich auch in Krankenhäusern die Haftpflichtversicherung im Bereich Geburtshilfe kritisch. Eine Einbeziehung der

⁷¹ Siehe auch B 2.1.1.

angestellten Beleghebammen in die Betriebshaftpflichtversicherung der Krankenhäuser und somit eine Verlagerung des Haftungsrisikos auf die Krankenhäuser wird von der KGNW als systemfremd abgelehnt.

1.4.3 Regressausschluss der Sozialleistungsträger

Ein Grund für den Anstieg der zu zahlenden Versicherungsleistungen ist die Durchsetzung der Regressforderungen durch Sozialversicherungsträger der von ihnen an die geschädigten Kinder (z.B. im Rahmen von Heilbehandlungen) geleisteten Zahlungen. Der Ausschluss von Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen gegenüber Hebammen soll zur Stabilisierung, wenn nicht Senkung, der von Hebammen zu zahlenden Berufshaftpflichtprämien führen.

Nach den Arbeiten in der IMAG (s. A 2.) hat die Bundesregierung entschieden, diesen Lösungsansatz zu verfolgen. Mit Gesetzentwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hat sie dem Bundesgesetzgeber folgende Änderung des § 134a Abs. 5 SGB V vorgelegt, die vom Bundestag am 11.06.2015 verabschiedet wurde:

„Ein Ersatzanspruch nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches wegen Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe kann von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nur geltend gemacht werden, wenn der Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde. Im Fall einer gesamtschuldnerischen Haftung können Kranken- und Pflegekassen einen nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches übergegangenen Ersatzanspruch im Umfang des Verursachungs- und Verschuldensanteils der nach Satz 1 begünstigten Hebamme gegenüber den übrigen Gesamtschuldnern nicht geltend machen.“

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen begrüßt die gesetzliche Änderung grundsätzlich, weist jedoch darauf hin, dass auch andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen (bspw. geburtshilflich tätige Ärztinnen und Ärzte) mit hoher Schadensneigung einen Regressausschluss fordern könnten.

Untersuchungen des GDV haben ergeben, dass ein Regressausschluss der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen für Ansprüche gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen und deren Haftpflichtversicherer die Gesamtschadensaufwendungen um mindestens 19 % reduzieren könnten – allerdings nur, wenn der Ausschluss für Fälle einfacher und grober Fahrlässigkeit gilt.⁷² Vom GDV wird deshalb angestrebt, den Regressausschluss auf die Schuldform der groben Fahrlässigkeit zu erweitern, da nur hierdurch langfristig die Schadenslast wesentlich gemindert werden würde. Unter grober Fahrlässigkeit wird die Verletzung der notwendigen Sorgfalt in besonders schwerem Maße verstanden. Eine derart

⁷² Siehe auch B 1.3.1.

weitgehende Haftungsfreistellung kann nach anderer Auffassung ein falsches Signal setzen. Keinesfalls darf riskantem Verhalten Vorschub geleistet werden.

Auch der Bundesrat hat im März 2015 erhebliche Zweifel daran geäußert, dass diese geplante Regelung eine nachhaltige Lösung ermöglicht. Er hat die Bundesregierung erneut aufgefordert, eine Lösung in der Haftpflichtproblematik nicht nur für die Hebammen, sondern für den gesamten medizinischen Bereich zu suchen, gegebenenfalls mit öffentlich-rechtlicher Absicherung.

1.4.4 Überführung in die gesetzliche Unfallversicherung

Zum Teil wird eine Überführung der Berufshaftpflichtversicherung in die gesetzliche Unfallversicherung angeregt. Diesbezüglich sind allerdings noch viele Fragen ungeklärt: Die gesetzliche Unfallversicherung leistet nur für Gesundheitsschäden, die der versicherten Person selbst entstehen (Eigenschäden). Sie leistet nicht für Schäden, für die die versicherte Person anderen gegenüber verantwortlich ist (Drittschäden). Folglich hat die gesetzliche Unfallversicherung keine Erfahrungen mit der Einschätzung von Haftungsrisiken und der Regulierung von Haftpflichtschäden. Die „Entschädigung“ müsste außerdem nach Sozialrecht stattfinden. Schmerzensgeldansprüche gäbe es dann nicht mehr, auch andere Leistungen fielen im Vergleich zu einer Entschädigungsleistung geringer aus (z. B. Pflegeleistungen). Eine derartige Reduzierung der Ansprüche der geburtsgeschädigten Kinder und ihrer Familien ist gesellschaftlich nicht wünschenswert. Darüber hinaus lehnt die gesetzliche Unfallversicherung selbst eine solche Überführung als ungeeignet ab.

1.4.5 Bildung größerer Versichertenkollektive

Ein möglichst großer Gruppenvertrag, wie er derzeit mit dem Deutschen Hebammenverband e.V. besteht, ist versicherungstechnisch für die Versicherung des Berufshaftpflichttrisikos freiberuflicher Hebammen eine finanziell gute Lösung aus Sicht der Hebammen. Für die Versicherung der Hebammen ist das Kollektiv angesichts des hohen Missverhältnisses zwischen wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit der Berufsgruppe und Beitragshöhe der Haftpflichtversicherung, insbesondere bei Hebammen mit geringer Geburtenzahl, allerdings gleichwohl an Grenzen angelangt. Zum Teil wird daher überlegt, ob die Einbeziehung anderer medizinischer Berufsträger (z.B. Gynäkologinnen und Gynäkologen) in dieses Kollektiv eine Verbesserung bringen würde. Diese haben aber ein anderes Haftpflichtrisiko, das dementsprechend tarifiert werden müsste. So ist im Falle freiberuflich geburtshelfend tätiger Gynäkologinnen und Gynäkologen das Prämienniveau sogar deutlich höher als das für die Berufshaftpflichtversicherung der Hebammen.

Versicherungstechnisch sinnvoll und gegenüber den Kundinnen und Kunden gerecht kann nur die Einbeziehung gleichartiger Risikogruppen sein. Dadurch entstünde den Hebammen aber kein wirtschaftlicher Vorteil. Ein Risikoausgleich durch nicht

vergleichbare Risiken ist demgegenüber versicherungstechnisch nicht sinnvoll und würde auch von den Berufsträgern nicht akzeptiert werden.

2. Versorgungsstrukturen der Zukunft

Die geburtshilflichen Versorgungsstrukturen sollen eine bestmögliche Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und ihrer Kinder gewährleisten. Diesbezüglich besteht Konsens darüber, dass alle Disziplinen zum Wohle der Frauen zusammenarbeiten wollen. Ziele dieser Zusammenarbeit sind

- die Erhaltung der Gesundheit von Mutter und Kind,
- die Sicherstellung der freien Wahl des Geburtsortes,
- die Senkung der Kaiserschnitt- und Interventionsrate und
- die Förderung der physiologischen Geburt.

In der Vorsorge sollte auf eine Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Ärztin oder Arzt und Hebamme hingearbeitet werden, um Gesundheitsrisiken frühzeitig zu erkennen und auch um die physiologische Geburt zu fördern.

2.1 Geburt

2.1.1 Klinische Geburtshilfe

Ca. 99 % aller Geburten in NRW finden in einer geburtshilflichen Abteilung statt. Dort erfolgt i.d.R. in einem ärztlich geleiteten Kreißaal die Betreuung der Frau primär durch die Hebamme, jedoch ist von Beginn an auch eine Ärztin oder ein Arzt über den Verlauf der Geburt informiert und bei der Geburt des Kindes anwesend. Hebamme und Ärztin bzw. Arzt bilden dabei ein Team, um der Schwangeren eine physiologische und interventionsarme Geburt zu ermöglichen. Neben der professionellen Begleitung durch geburtshilfliches Personal sind Zeit, Ruhe und ein Raum, in dem die Gebärende sich wohlfühlen kann, wichtige Voraussetzungen für einen störungsfreien Geburtsverlauf.

Sollte es dennoch zu einem Abweichen vom physiologischen Verlauf kommen, kann in kurzer Zeit aufgrund der vorhandenen Infrastruktur einer geburtshilflichen Abteilung zum Wohle von Mutter und Kind eine Intervention erfolgen. Je nach personeller Ausstattung der geburtshilflichen Abteilung (s.o.) kann ggf. ein komplettes Team inklusive geburtshilflicher Oberärztin bzw. Oberarzt, Anästhesistin bzw. Anästhesist und Kinderärztin bzw. Kinderarzt in kürzester Zeit hinzugezogen werden. Eine Stärkung der natürlichen Geburt in einem solchen Umfeld, das von der Gebärenden als sicher empfunden wird, ist eines der essenziellen Bestandteile einer zukunftsfähigen Geburtshilfe. In einem solchen Umfeld müssen z.B. die Arbeitsbedingungen der angestellten Hebammen und Beleghebammen verbessert

werden, um eine individuelle und persönliche Betreuung der Gebärenden durch die Hebammen sicherzustellen.⁷³ Evidenzbasierte Untersuchungen haben gezeigt, dass bei kontinuierlicher „Eins-zu-Eins Betreuung“ die Rate operativer Geburten in der Austreibungsperiode deutlich reduziert werden kann. Eine Möglichkeit ergibt sich diesbezüglich z.B. in der Stärkung der Position von Beleghebammen. Beleghebammen betreuen die werdenden Mütter oft schon gemeinsam mit der Frauenärztin bzw. dem Frauenarzt in der Schwangerschaft und es entsteht dadurch eine vertrauensvolle Verbindung. Diese wird durch eine persönliche Betreuung unter der Geburt sowie auch später im Wochenbett fortgesetzt. Einige Kliniken bieten darüber hinaus bereits Hebammenkreißsäle an.⁷⁴ In diesen Kreißsälen liegt die Betreuung der Geburt vollständig in der Verantwortung einer Hebamme; eine Ärztin oder ein Arzt kann jedoch bei Abweichungen von einem natürlichem Geburtsverlauf jederzeit zeitnah hinzugezogen und die komplette Infrastruktur einer geburtshilflichen Abteilung genutzt werden.

Die gemeinsame räumliche Unterbringung von geburtshilflicher Abteilung, Hebammenkreißsaal sowie Geburtshäusern auf dem Klinikgelände könnte einen wichtigen Beitrag leisten zur Gewährleistung der freien Wahl des Geburtsortes durch die Schwangere. Hier besteht ebenfalls eine Möglichkeit, die unterschiedlichen Bedürfnisse der Frauen zu realisieren, aber dennoch eine größere Sicherheit vorzuhalten. Ein weiterer Aspekt ist die deutliche Stärkung der Position der Hebamme für die physiologische und interventionsarme Geburt unter Wahrung der Interessen von Mutter und Kind. Bei Abweichungen von der Norm kann frühzeitig eine Frauenärztin oder ein Frauenarzt einbezogen werden, um gemeinsam mit der Hebamme das bestmögliche Ergebnis für Mutter und Kind zu erreichen. Ein wesentliches Ziel bleibt, die niedrige perinatale Morbidität und Mortalität auf diesem Stand zu halten bzw. zu senken. Die Zusammenarbeit ist bei direkter Nachbarschaft beider Institutionen leichter zu realisieren.

Die bereits stattfindende Konzentration geburtshilflicher Einrichtungen sollte möglichst zur Nutzung von Verbesserungspotentialen führen. Das ist in städtischen Bereichen leichter realisierbar als in ländlichen Gegenden. Die Ausbildung von Hebammen und Weiterbildung der geburtshilflich tätigen Ärztinnen und Ärzten sollte auf hohem Niveau für beide Berufsgruppen erfolgen und auch das individuelle Erfahrungswissen stärker einbeziehen. Je besser die Aus- und Weiterbildung aller Beteiligten und je höher die Erfahrung, umso mehr „Ruhe und Gelassenheit“ kommt in die Kreißsäle und verbessert allein dadurch die Möglichkeiten eines physiologischen Geburtsverlaufs.

⁷³ Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) stellt fest, dass in den Krankenhäusern in NRW die Ärztinnen/Ärzte und Hebammen/Entbindungspfleger vertrauensvoll und interprofessionell zusammenarbeiten. Eindeutige Hinweise auf flächendeckend schlechte und verbesserungswürdige Arbeitsbedingungen für angestellte Hebammen/Entbindungspfleger oder Beleghebammen/Belegentbindungspfleger liegen der KGNW nicht vor. Für die Definition eines festen Personalschlüssels („Ein-zu-Eins Betreuung“) ist die fachliche Zusammensetzung und Vorgehensweise des Runden Tisches Geburtshilfe nicht ausreichend geeignet. Hierzu müssten z. B. die Standards der Beschlussfassungen des Gemeinsamen Bundesausschusses eingefordert werden.

⁷⁴Siehe MGEPA Gesundheitsbericht Spezial (2013): Kapitel 3.5.1, S. 36.

Der Konzentrationsprozess der Geburtshilfe bedeutet in ländlichen Regionen für die Schwangeren jedoch die Inkaufnahme längerer Anfahrtswege.

2.1.1.1 Hebammenkreißaal⁷⁵

Seit Anfang der 1980er Jahre wurden in Großbritannien, Irland, Schweden, Dänemark, Norwegen, Australien, Österreich und der Schweiz verschiedene Formen hebammengeleiteter Versorgungskonzepte – zumeist im klinischen Bereich – entwickelt und implementiert. Der erste Hebammenkreißaal in Deutschland wurde 2003 in Bremerhaven eröffnet.⁷⁶ Bundesweit existieren momentan 15 Hebammenkreißsäle (Stand: März 2015). In NRW sind es vier hebammengeleitete Kreißsäle (Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Klinikum Niederberg Velbert, Johannisstift Paderborn und Universitätsklinikum Bonn).⁷⁷

Das Versorgungskonzept „Hebammenkreißaal“ in Deutschland ist ein von Hebammen geleitetes geburtshilfliches Betreuungsmodell im klinischen Setting⁷⁸, in dem Hebammen gesunde Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie im frühen Wochenbett betreuen. Die Hebammen des Teams arbeiten in diesem Modell eigenverantwortlich innerhalb der geburtshilflichen Abteilung der Kliniken. Das Versorgungskonzept stellt eine Erweiterung des geburtshilflichen Angebots einer Klinik dar. In beiden Modellen arbeiten alle beteiligten Berufsgruppen in enger Kooperation miteinander.⁷⁹ Die Hebammen des Teams arbeiten im Schichtsystem in beiden Modellen, je nach Arbeitsaufkommen im üblichen Modell oder im Hebammenkreißaal. Sollten während der Geburt oder in der postpartalen Phase Komplikationen oder Pathologien auftreten, wird die Hebamme eine Weiterleitung in den üblichen Kreißaal initiieren. Hierbei findet kein räumlicher und personeller Wechsel statt. Die Gebärende kann auch nach der Weiterleitung in die ärztliche Betreuung weiterhin von der vertrauten Hebamme – in Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt – betreut werden und verbleibt im selben Kreißaal.⁸⁰

Zur weiteren Etablierung des Versorgungskonzepts „Hebammenkreißaal“, sind interdisziplinäre Kooperationen innerhalb sowie außerhalb des Krankenhauses notwendig. Innerhalb der Klinik sollten zwischen allen in der Geburtshilfe Tätigen Absprachen bezüglich der Betreuungskriterien für eine hebammengeleitete Geburt getroffen werden. Zudem sollte der Kriterienkatalog, der festlegt, welche Frau im Hebammenkreißaal betreut werden kann und wann eine Konsultation bzw. Weiterleitung angezeigt ist, interdisziplinär erarbeitet werden. Gemeinsame Treffen

⁷⁵ Die Ärztekammern in Westfalen-Lippe und in Nordrhein sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen stellen fest, dass Hebammenkreißsäle derzeit an wenigen Krankenhäusern in NRW (n=5) implementiert sind. Da die Auswirkungen dieses Konzeptes auf die Versorgungsqualität aktuell noch nicht abschätzbar sind, kann eine flächendeckende Einführung nicht empfohlen werden.

⁷⁶ Siehe Bauer (2011).

⁷⁷ Siehe Deutscher Hebammenverband (2015).

⁷⁸ Siehe MGEPA Gesundheitsbericht Spezial (2013): Kapitel 3.5.1, S. 36.

⁷⁹ Siehe Verbund Hebammenforschung (2007), Bauer (2011).

⁸⁰ Siehe Bauer (2011).

und Fallbesprechungen des Hebammenteams und des ärztlichen Teams sind von Vorteil. Kooperationen mit freiberuflich tätigen Hebammen und niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen können die Übergänge zwischen ambulanter und stationärer sowie stationärer und ambulanter Versorgung erleichtern.⁸¹

In diversen internationalen Studien sowie systematischen Reviews wird empfohlen, allen Frauen Modelle der hebammengeleiteten Betreuung anzubieten und Frauen zu ermutigen, diese Angebote einzufordern. Bei Frauen, die in hebammengeleiteten Modellen betreut wurden, finden seltener medizinische/geburtshilfliche Interventionen wie eine Geburtseinleitung, eine medikamentöse Wehenverstärkung, eine Periduralanästhesie oder auch eine Episiotomie statt. Signifikant häufiger erleben Frauen in hebammengeleiteten Einrichtungen eine Spontangeburt und damit seltener eine vaginal-operative bzw. Kaiserschnittgeburt. Zudem geben die Frauen eine höhere Zufriedenheit sowie ein höheres Ausmaß an erfahrener persönlicher Kontrolle an.⁸²

In Deutschland wurden zwei prospektive kontrollierte Studien zum Hebammenkreißsaal durchgeführt. Beide weisen ähnliche Ergebnisse wie internationale Studien im Bereich der hebammengeleiteten Versorgung auf und bestätigen die positiven Auswirkungen der hebammengeleiteten Geburtshilfe. Die Ergebnisse zeigen ein gutes Outcome von Mutter und Kind, den selteneren Einsatz von medizinischen Interventionen während der Geburt und eine höhere Rate an Spontangeburten. Positive Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter und Kind nach der Geburt sind zu erkennen.⁸³

2.1.1.2 Senkung der Kaiserschnitttrate - Praktische Erfahrungen aus einer Klinik

Im Folgenden werden am Beispiel der Christophorus-Kliniken Coesfeld Maßnahmen vorgestellt, mit denen die Kaiserschnitttrate dort signifikant gesenkt werden konnte.

Die Leitung der Klinik wurde im Bereich der Geburtshilfe einer Chefärztin bzw. einem Chefarzt oder leitenden Ärztin bzw. leitenden Arzt übertragen, die auch seitens des Krankenhausträgers eng in die Gestaltung der Rahmenbedingungen einbezogen wurde. Vor Ort konnte u. a. eine Personalaufstockung und Investitionen in den Kreißsaalbereich umgesetzt werden. Entsprechend der Vorgaben für ein Perinatalzentrum Level I oder Level II wird der Nachtdienst von zwei Assistentinnen bzw. Assistenten sowie einem Hintergrund mit der Schwerpunktweiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ durchgeführt.

Die Hebammen in der Christophorus-Klinik arbeiten dabei als Beleghebammen im Schichtsystem mit entsprechender Rufbereitschaft. Zunächst werden dann in mehreren Informationsveranstaltungen niedergelassene Hebammen,

⁸¹ Siehe Bauer (2011).

⁸² Siehe Bauer (2011).

⁸³ Siehe Bauer et al. (2010), Bauer (2011), Sayn-Wittgenstein et al. (2011).

Frauenärztinnen und Frauenärzte über die Möglichkeiten der vaginalen Geburtshilfe aufgeklärt. Diese erfolgt zusammen mit Hebammen-Hochschullehrerinnen und Hochschullehrern mit dem Ziel der Förderung der physiologischen Geburtshilfe.

Im Detail werden die Möglichkeiten einer vaginalen Geburt bei einzelnen Indikationsstellungen dargestellt wie die vaginale Steißlagengeburt bei Erstparität, die Geburt im Zustand nach Kaiserschnitt, bei Gemini etc. Dies hat zum Ziel, eine bessere Beratung durch die betreuenden Hebammen und Frauenärztinnen bzw. Frauenärzte im Vorfeld einer Geburt zu erreichen, um die werdenden Mütter unvoreingenommen in die Geburtsplanungsgespräche in der Klinik gehen zu lassen. Als nächstes werden spezielle geburtshilfliche Sprechstunden für sog. oder vermeintliche, aber auch gefühlte Risikoschwangerschaften etabliert, die durchgehend durch die zuständige medizinisch leitende Person oder Fachärztinnen bzw. Fachärzte mit großer geburtshilflicher Erfahrung durchgeführt werden. In diesen Sprechstunden wird unter hohem Zeitaufwand mit jeder einzelnen Patientin über ihre Möglichkeiten bezüglich einer physiologischen bzw. vaginalen Geburtshilfe gesprochen. Die Beratung erfolgt grundsätzlich ergebnisoffen, d.h. ein Votum der Patientin gegen eine vaginale Geburt und für einen primären Kaiserschnitt bei z.B. einer Steißlage wird nach entsprechender Beratung dann akzeptiert, wenn sichergestellt ist, dass die Patientin die Alternativen mit allen Vorteilen und Risiken sicher verstanden hat. Falls erforderlich werden auch weitere Gesprächsrunden angeboten.

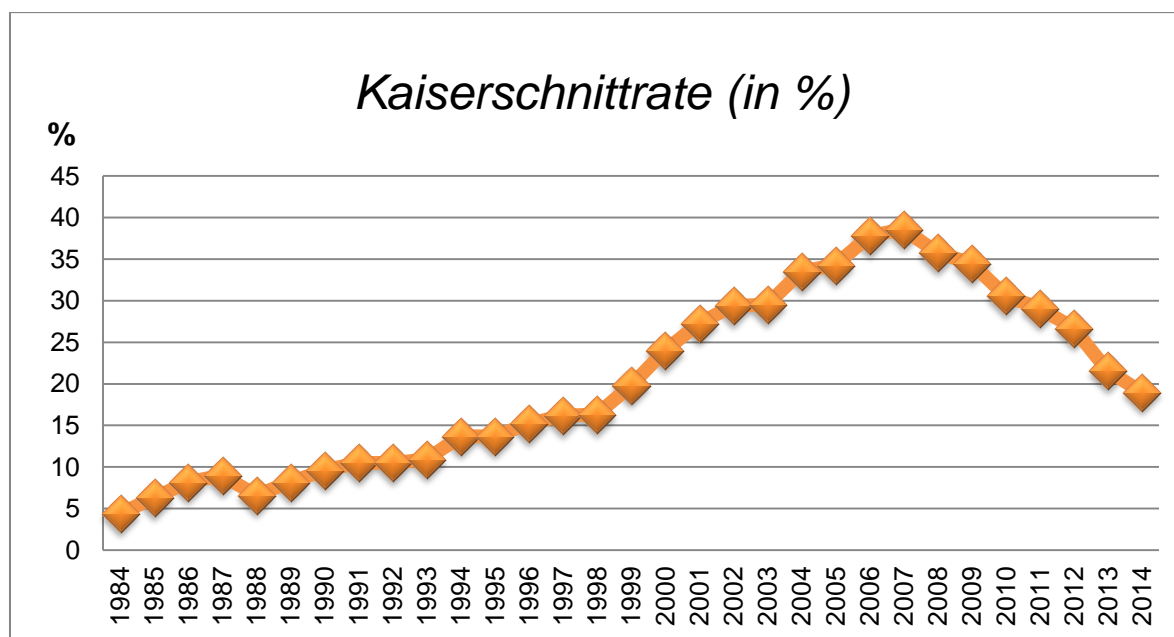
Gleichzeitig wird in hausinternen Fortbildungen auf Neuerungen hingewiesen, sodass alle auch außerhalb des Kreißsaals beteiligten Abteilungen, wie Wöchnerinnenstation/Anästhesie- und OP-Abteilung entsprechend informiert waren. Es erfolgt ein regelmäßiges Training von geburtshilflichen Abläufen inklusive Notfallsituationen. Die perinatalen Ergebnisse werden in regelmäßigen wöchentlichen und monatlichen Perinataalkonferenzen zusammen mit den Neonatologen besprochen und kritisch hinterfragt.

Vorgeburtlich wird für eine möglichst optimale Information aller Beteiligten über die anstehende geburtshilfliche Situation gesorgt. Jederzeit wird die Hilfe des Hintergrunddienstes, aber auch die anderer Fachabteilungen anlassbezogen zur Verfügung gestellt, sodass entsprechende Sicherheit im geburtshilflichen Tun vor Ort gewährleistet ist. Bei besonderen Indikationsstellungen oder Wünschen der Patientin nach einer vaginalen Geburt, z.B. zwei oder mehr vorangegangenen Kaiserschnittgeburten, Mehrlingsgeburten nach Kaiserschnitt usw. übernimmt in der Regel derjenige die Verantwortung für die Geburt, der gemeinsam mit der werdenden Mutter diesen Geburtsmodus festgelegt hat.

Die Indikationsstellung zum sekundären Kaiserschnitt unter der Geburt wird abgesehen von Notfallsituationen grundsätzlich durch die Person mit der größten geburtshilflichen Erfahrung überprüft.

Mit den o.g. Maßnahmen konnte als Ergebnis die Kaiserschnitttrate in einem Perinatalzentrum Level I bei etwa 1.500 Geburten auf 19,3 % in 2014 gesenkt werden und das trotz gleichzeitiger Zunahme der Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. Das perinatale Outcome von Müttern und Kindern hat unter diesem Vorgehen trendmäßig sogar eine leichtere Verbesserung, auf keinen Fall jedoch eine Verschlechterung, erfahren.

Abbildung 6: Kaiserschnitttrate Christophorus-Kliniken Coesfeld



Quelle: Christophorus-Kliniken Coesfeld

Aus den Erfahrungen und den zugrundeliegenden Maßnahmen der vergangenen Jahre lassen sich die unten aufgeführten Schlussfolgerungen ziehen:

1. Die Kaiserschnitttrate der Christophorus-Kliniken Coesfeld ließ sich auf etwa 20 bis 22 % senken,
2. die geburtshilflichen Teams müssen dazu intensiv durch erfahrene Hebammen und Geburtshelferinnen bzw. Geburtshelfer in den Perinatalzentren geschult werden,
3. in der geburtshilflichen Abteilung der Christophorus-Kliniken Coesfeld können auch schwierige geburtshilfliche Konstellationen in Richtung einer vaginalen Geburt begleitet werden,
4. der zeitliche und personelle Aufwand ist bei sehr vielen dieser Geburten für die Christophorus-Kliniken Coesfeld deutlich höher als bei geplanten Kaiserschnitten und muss entsprechend honoriert werden.

2.1.2 Geburtshäuser und außerklinische Geburtshilfe

Ca. 1 % aller Geburten in NRW findet außerhalb klinischer Strukturen statt. Entscheidungsgründe für eine außerklinische Geburt liegen in einer höheren

Selbstbestimmung, einer vertrauten Hebamme sowie einem höheren Sicherheitsempfinden.⁸⁴

Eine sorgfältige Risikoselektion im Vorfeld und die Arbeitsweise der in der außerklinischen Geburtshilfe tätigen Hebammen bilden die Grundlage für ein gutes perinatales Outcome.⁸⁵ Bei jeder Geburt kann es aber auch bei sorgfältiger Risikoselektion zu seltenen, nicht vorhersehbaren Komplikationen im Geburtsverlauf kommen (z. B. atonische Nachblutung, Schulterdystokie). Außerhalb der Klinik sind solche Notfälle besonders kritisch, falls mit dem Transport in eine Klinik wertvolle Zeit verloren geht.⁸⁶

Vor diesem Hintergrund war sich der Runde Tisch einig darin, dass wie im klinischen Bereich auch im Vorfeld außerklinischer Geburten zur Ermöglichung einer verantwortlichen Entscheidung über die Wahl des Geburtsortes eine umfassende Information über mögliche Risiken, dem Umgang mit geburtshilflich schwierigen Situationen und Notfallsituationen gehört.

Im Jahr 2013 mussten 16,9 % aller außerklinisch begonnenen Geburten unter der Geburt in eine Klinik verlegt werden. Dabei unterscheiden sich die Raten bei Erstgebärenden (31,1 %) von denen bei Mehrgebärenden (6,8 %).⁸⁷ Die gute Erreichbarkeit einer Klinik, die im Notfall die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung stellen kann, gehört deshalb zu den definierten Qualitätskriterien eines Geburtshauses.

Abschließend lässt sich sagen, dass bezüglich des mütterlichen und perinatalen Outcomes der außerklinischen im Vergleich zur klinischen Geburtshilfe angesichts des in Deutschland erreichten Versorgungsstandes ein Forschungsbedarf zu konstatieren ist.

2.1.2.1 Geburtshäuser

Das Geburtshaus ist ein bereits etabliertes Angebot für Frauen mit einem physiologischen Schwangerschaftsverlauf, die nicht zu Hause und nicht in der Klinik gebären wollen. In Geburtshäusern werden gesunde Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett eigenverantwortlich von Hebammen qualitätsgesichert betreut.⁸⁸ Die Betreuungsphilosophie der Geburtshäuser stellt die Frau, das Kind und die Familie in den Mittelpunkt der

⁸⁴ Siehe Loytved (2014).

⁸⁵ Die Hebammenverbände und die Hebammenwissenschaft verweisen auf einen Vergleich der Daten aus der hessischen, klinischen Perinatalerhebung mit den Daten aus der bundesweiten, außerklinischen Perinatalerhebung, die auf ein vergleichbares Outcome hinweisen (siehe Bauer&Kötter, 2013).

⁸⁶ Die Ärztekammern und die Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe verweisen insoweit auf internationale Studien (Wax (2010), Evers (2010), Grünebaum (2013), de Crespigny (2014)), die eine erhöhte perinatale Mortalität aufzeigen.

⁸⁷ Siehe Loytved (2014).

⁸⁸ Siehe Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen.

Aufmerksamkeit. Frauen wird Raum und Zeit gegeben, um möglichst ungestört und aus eigener Kraft ihr Kind in einer vertrauensvollen Atmosphäre zu gebären.⁸⁹

Laut des Qualitätsberichts 2013 der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.⁹⁰ wurden 10.600 Einlingsgeburten deutschlandweit dokumentiert, der Anteil der geplant außerklinischen Geburten betrug 1,3 %, davon waren 41,8 % Erstgebärende. Insgesamt 16,9 % der Gebärenden mussten in eine Klinik verlegt werden.⁹¹ Schwangere kontaktierten ihre Hebamme bereits vor der 28. abgeschlossenen SSW, am häufigsten zwischen der 16. und 19. abgeschlossenen SSW. Vorsorgeuntersuchungen wurden zu 91,7 % auch bei der Hebamme wahrgenommen.⁹² Dabei hatten 50 % der Frauen 6 - 10 persönliche Kontakte zur ihrer Hebamme.

Abbildung 7: Anzahl persönlicher Kontakte der Schwangeren zur Hebamme (ohne Kurse und Telefonate)/Jahr

Anzahl der persönlichen Kontakte	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	9	0,1	12	0,1
1-5	1.446	13,6	1.468	13,7
6-10	5.298	50,0	5.305	49,4
11-15	2.758	26,0	2.816	26,2
mehr als 15	1.088	10,3	1.132	10,5
keine Angaben	1	0,0	1	0,0
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Quelle: QUAG Qualitätsbericht 2013, Tabelle 12

Die Betreuung der Frauen von Beginn der Schwangerschaft an schafft eine vertrauensvolle Basis. Die Beratung beinhaltet auch das Abwägen der Vor- und Nachteile verschiedener Geburtsorte vor dem Hintergrund medizinischer Befunde und psychosozialer Befindlichkeiten. Die Rate der außerklinisch beendeten Geburten zeigt an, dass die Planung ein wesentliches Merkmal der außerklinischen Geburtshilfe ist.⁹³ 90,7 % der außerklinisch begonnenen Geburten verliefen spontan, 2,8 % vaginal operativ und 6,6 % wurden per Kaiserschnitt beendet.⁹⁴ 99,3 % der lebend geborenen Kinder hatten einen fünf Minuten Apgar-Wert von 7 und darüber⁹⁵, insgesamt 2,3 % der Kinder wurden verlegt⁹⁶, die Mortalität lag für die geplant außerklinisch geborenen Kinder bei 1,9 %.⁹⁷

⁸⁹ Siehe Bauer (2011), S. 59.

⁹⁰ Siehe QUAG Qualitätsbericht 2013 (2014).

⁹¹ Siehe QUAG Qualitätsbericht 2013 (2014), S. 14.

⁹² Siehe QUAG Qualitätsbericht 2013 (2014), S. 24.

⁹³ Siehe QUAG Qualitätsbericht 2013 (2014), S. 62.

⁹⁴ Siehe QUAG Qualitätsbericht 2013 (2014), Tabelle 50.

⁹⁵ Siehe QUAG Qualitätsbericht 2013 (2014), Tabelle 60.

⁹⁶ Siehe QUAG Qualitätsbericht 2013 (2014), Tabelle 62.

⁹⁷ Siehe QUAG Qualitätsbericht 2013 (2014), Tabelle 72.

In Geburtshäusern findet eine Eins-zu-Eins Betreuung der Schwangeren während der Geburt statt. Einige Geburtshäuser arbeiten mit Ärztinnen und Ärzten zusammen, die meisten müssen jedoch für auftretende Verzögerungen oder Komplikationen während oder nach der Geburt die Frauen in eine nahegelegene Klinik verlegen. Die Kooperationen zwischen den Kliniken und Geburtshäusern in NRW verläuft in der Regel gut.

Durch die Einrichtung von hebammengeleiteten Einrichtungen außerhalb der Klinik-Kreißsäle, z.B. Geburtshäuser auf dem Klinikgelände, können bei einer normalen Geburt mit Begleitung durch erfahrene, professionelle und fachlich versierte Hebammentätigkeit Risiken der außerklinischen Geburt (vor allem mit Blick auf den Transport) reduziert werden. Gebärenden und Hebammen können so ausreichend Freiräume gelassen werden. Damit erhalten Frauen, die sich keine Haus- oder Geburtshausgeburt zutrauen, eine größere Chance auf eine ungestörte physiologisch verlaufende Geburt. Allerdings soll nach Ansicht des Netzwerks der Geburtshäuser daraus keine gesetzliche Vorschrift entstehen, die das Betreiben von Geburtshäusern ausschließlich auf dem Klinikgelände erlaubt. Dies würde u.a. die freie Wahl des Geburtsortes einschränken.

Hebammenleistungen müssen verfügbar, zugänglich, niedrigschwellig und qualitativ hochwertig sein (UNFPA 2014). „Cooption“ – cooperation und competition, also Kooperation und Wettbewerb – als Triebfeder des Netzwerkgedankens spielt dabei eine bedeutende Rolle. Diesbezüglich ist auch die Vernetzung diverser Professionen ein wichtiger Aspekt. Die ersten Ideen für die Ausgestaltung eines „Versorgungszentrums für Mutter und Kind“ in Deutschland als zusätzliches Angebot wurden dem Runden Tisch vorgestellt. Es bestand Einigkeit, dass dieses Modell der weiteren Konkretisierung bedarf, bevor es im Hinblick auf seine Eingliederung in die gesundheitliche Versorgung beurteilt werden kann.

Die Entscheidung weiterer Krankenhausträger zur Schließung geburtshilflicher Abteilungen in Kliniken mit geringen Geburtenzahlen könnte zu der Notwendigkeit einer Neuordnung der Versorgung insbesondere im ländlichen Raum führen. Der Auftrag an die Krankenhausplanung ist, keine Unterversorgung eintreten zu lassen.

Es wäre zu prüfen, ob und ggfs. in welcher Art und Weise Geburtshäuser, Hebammenzentren und/oder Hausgeburtshebammen einen Versorgungsbeitrag für risikolose Entbindungen leisten könnten, wenn sich ihr Standort nicht in direkter Nähe einer Klinik mit geburtshilflicher Abteilung befindet. Aufgrund der bereits vorhandenen Infrastruktur und ihrer Kooperationserfahrungen bieten Geburtshäuser außerdem eine gute Basis, um zukünftig zu interdisziplinären Versorgungszentren ausgebaut werden zu können. Nur durch den Erhalt der unterschiedlichen Angebote der außerklinischen Geburtshilfe können Frauen aus dem ganzen Spektrum möglicher Geburtsorte wählen.

2.1.2.2 Hausgeburtshilfe .

Bei der Hausgeburt handelt es sich um ein Angebot für werdende Eltern, das nur wenige Hebammen in Deutschland anbieten. Die Hebamme ist in der Hausgeburtshilfe eigenverantwortlich tätig und insbesondere Hausgeburtshebammen arbeiten in hohem Maße eigenständig und unabhängig in der geburtshilflichen Versorgung. Sie bieten eine hohe Kontinuität der Betreuung im Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverlauf bei gleichzeitiger Nähe zur Lebensrealität der betreuten Frauen. Dabei handelt es sich überwiegend um aufsuchende Betreuung. Hebammen orientieren sich an den Bedürfnissen gesunder Frauen und verbinden ihr Wissen um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit dem Wissen um die Bedeutung einer schützenden und die eigene Kraft der Schwangeren bestärkenden Hebammenbetreuung. Angebote zur Hausgeburt tragen zur freien Wahl des Geburtsortes bei.

Aufgrund veränderter wirtschaftlicher Rahmenbedingungen, wie die steigenden Haftpflichtprämien, gibt es deutliche Hinweise dafür, dass Hebammen ihre Tätigkeit in der Geburtshilfe einschränken oder auch zum Teil aufgeben müssen. Dies betrifft auch die Hausgeburtshebammen. Da jedoch die Versorgung mit Hebammenleistungen bei regelrechten Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverläufen zur Grundversorgung einer Bevölkerung gehört⁹⁸ kommt einer wohnortnahen bzw. flächendeckenden Versorgung eine wichtige Bedeutung zu.

2.2 Familienhebammen

Hebammen und Entbindungspfleger leisten als Familienhebammen und Familienentbindungspfleger einen wichtigen Beitrag zur frühzeitigen Unterstützung von Familien. Sie bieten (werdenden) Müttern, Vätern und weiteren primären Bezugspersonen gesundheitsorientierte und psychosoziale Beratung und Begleitung an. Ihr Ziel ist es, Eltern darin zu unterstützen, die Gesundheit und Entwicklung ihres Kindes besser fördern zu können. Gerade für Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf sind die Erfahrungen und Fähigkeiten, die Familienhebammen und Entbindungspfleger aufgrund ihrer speziellen Aus- und Fortbildung mitbringen, sehr wichtig. Sie genießen außerdem bei den Familien, insbesondere den Müttern, ein großes Vertrauen, das ihnen den Zugang zu den Eltern auch im Falle belastender Familien- und Lebenssituationen sehr erleichtert. Auch können sie für die Eltern Lotsinnen und Lotsen sein zwischen dem Gesundheitssystem und Angeboten anderer Systeme, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe, indem sie Eltern den Zugang zu diesen Angeboten erleichtern oder sie ermuntern, diese anzunehmen.

⁹⁸ <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/014/1801483.pdf>

Der Auf- und Ausbau auf kommunaler Ebene wird dabei flankiert von bundesweiten Bestrebungen der Qualitätsentwicklung, -sicherung und Etablierung eines einheitlichen Tätigkeitsfeldes für dieses Angebot in den Frühen Hilfen.

Familienhebammen sind examinierte Hebammen mit einer freiwillig erworbenen Zusatzqualifikation. Die Landeskoordinierungsstelle „Frühe Hilfen“ im Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes NRW (MFKJKS) ist in NRW zuständig für die Qualifizierung der Hebammen im Bereich der „Frühen Hilfen“. 2014 hat sie zur Schaffung eines einheitlichen Qualifizierungsrahmens in NRW ein Landescurriculum für die Qualifizierung von Hebammen zum Einsatz in den „Frühen Hilfen“ erstellen lassen. Die Inhalte wurden mit den Berufsverbänden und Zusammenschlüssen sowie dem MGEPA abgestimmt und orientieren sich konsequent am Kompetenzprofil Familienhebammen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (siehe oben; Bundeskoordinierungsstelle/Bundesinitiative „Frühe Hilfen“). In dem Kompetenzprofil des „Nationalen Zentrums Frühe Hilfen“ (NZFH)⁹⁹ sind die Anforderungen an Familienhebammen und ihre Kompetenzen beschrieben. Die Arbeit der Familienhebamme ist zum größten Teil originäre Hebammenarbeit. Darüber hinaus hat die Familienhebamme nach dem Kompetenzprofil des NZFH besondere Kenntnisse in den Bereichen Kooperation mit (öffentlichen) Auftraggebern und Vernetzung bzw. interdisziplinäre Zusammenarbeit vorzuweisen. Im Rahmen von Fortbildungsreihen können sich interessierte Hebammen nach den Inhalten des Kompetenzprofils fortbilden. Das Landescurriculum erfüllt darüber hinaus die am 09.07.2014 in der Steuerungsgruppe auf Bundesebene beschlossenen Mindestanforderungen für die Qualifizierung. Die Fortbildungsstundenanzahl wurde auf insgesamt 400 Stunden inklusive Selbstlernzeit und Prüfungsleistungen angehoben. Nach Abschluss der Fortbildung wird als Qualitätssiegel ein Zertifikat ausgestellt. Derzeit werden Kurse nach dem Landescurriculum aus den Mittel des Bundesförderprogramms finanziert. In Übereinstimmung mit der Hebammenberufsordnung NRW haben auch Familienhebammen innerhalb von drei Jahren 60 Fortbildungsstunden nachzuweisen. Der Landesverband der Hebammen NRW bietet regelmäßig Fortbildungen und Fachtage für Familienhebammen an.

Bereits seit einigen Jahren sind in NRW examinierte Hebammen, die freiwillig die o.g. Zusatzqualifikation erworben haben, als Familienhebammen tätig.

2.2.1 Problematik der fehlenden rechtlichen Rahmenbedingungen

Familienhebammen sind in NRW organisatorisch unterschiedlich tätig: Sie arbeiten entweder als Angestellte bei unterschiedlichen Anstellungsträgern (Jugendamt, Gesundheitsamt, freie Träger der Jugendhilfe, Schwangerenberatungsstellen, geburtshilfliche Abteilungen) oder sind auf Honorarbasis tätig. Auch die Höhe ihrer Vergütung variiert sehr stark von Auftraggeberin bzw. Auftraggeber zu

⁹⁹ Kompetenzprofil Familienhebammen, NZFH Hrg., Köln (2012).

Auftraggeberin bzw. Auftraggeber bzw. von Anstellungsträgerinnen bzw. Anstellungsträger zu Anstellungsträgerinnen bzw. Anstellungsträger. Familienhebammen, die nicht über die Bundesinitiative gefördert werden, werden außerdem zum Teil als sonstige Hilfe zur Erziehung oder mit einem Kontrollauftrag in Familien tätig. Diese Unterschiede liegen darin begründet, dass Gegenstand und Vergütung der Leistungen ebenso wie die erforderliche Qualifikation dafür nicht gesetzlich geregelt sind. Das Fehlen der rechtlichen Rahmenbedingungen führt in der Praxis zum Teil zu Problemen, z.B. Schwierigkeiten in der Außenwirkung, Verunsicherung und zu ungleicher Vergütung bei gleicher Leistung. Aus Sicht des Landesverbandes der Hebammen NRW e.V. ist das aktuelle Konzept der Familienhebammen in seiner derzeitigen Ausgestaltung insgesamt sehr kritisch zu betrachten.

3. Aus-, Fort- und Weiterbildung

3.1 Ärztinnen und Ärzte

Nach erfolgreichem Abschluss des Medizinstudiums und der Approbation zur Ärztin bzw. zum Arzt schließt sich in der Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe eine mindestens 60-monatige Weiterbildungszeit bei einem/einer Weiterbildungsbefugten an. Ziel der Weiterbildung im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist die Erlangung der Fachärztin- bzw. Facharztkompetenz nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte sowie erforderlicher Weiterbildungskurse. Geburtshilfliche Inhalte dieser Weiterbildung sind die Vermittlung von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Feststellung einer Schwangerschaft, der Mutterschaftsvorsorge, der Erkennung und Behandlung von Schwangerschaftserkrankungen, Risikoschwangerschaften und Erkrankungen der Mutter während des Wochenbettes. Weiterhin werden Kenntnisse in der Geburtsbetreuung einschließlich der Mitwirkung bei Risikogeburten und geburtshilflichen Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade sowie der Versorgung und Betreuung des Neugeborenen einschließlich der Erkennung und Behandlung von Anpassungsstörungen vermittelt.

Die Weiterbildungsassistentin bzw. der Weiterbildungsassistent hat vor Erlangung des Fachärztinnen- bzw. Facharztstatus nachzuweisen, dass er/sie Erfahrungen in der Betreuung normaler Geburten (Anzahl: 200) inklusive der eventuellen Versorgung von Dammschnitten und Geburtsverletzungen gesammelt hat. Geburtshilfliche Operationen, wie z.B. Kaiserschnittgeburten, vaginal-operative Geburten sowie Entwicklungen aus Beckenendlage werden in einer Richtzahl von 25 Eingriffen gefordert (Muster-Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung, Bundesärztekammer). Diese Weiterbildungsinhalte haben zum Zweck, dass die Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten geburtshilfliche

Risikosituationen erkennen sollen. Deren weiterführende Versorgung und Behandlung ist jedoch nicht obligater Bestandteil der Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Sie ist Bestandteil der Schwerpunktweiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“.

Üblicherweise erfolgt zunächst eine Einarbeitung der jungen Ärztin bzw. des jungen Arztes im Kreißsaalbereich. Nach dieser Einarbeitungszeit, dessen Länge im Ermessen des Weiterbildungsbefugten liegt, verrichtet die Ärztin bzw. der Arzt seine ersten Nachtdienste, d.h. er ist gemeinsam mit den vor Ort tätigen Hebammen für den Kreißsaal verantwortlich. Während in den meisten Perinatalzentren zusätzlich eine Oberärztin oder ein Oberarzt bzw. eine Fachärztin oder ein Facharzt vor Ort ist, befindet sich die diensthabende Fachärztin oder der diensthabende Facharzt in der überwiegenden Mehrheit der geburtshilflichen Abteilungen in einem Rufdienst zu Hause und wird nur bei Risikosituationen hinzugezogen.

Nach Erwerb der Facharztkompetenz Frauenheilkunde und Geburtshilfe ergibt sich darauf aufbauend die Möglichkeit, die Schwerpunktweiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ zu absolvieren. Inhalt dieser dreijährigen Schwerpunktweiterbildung bei einem Weiterbildungsbefugten ist die Erkennung und Behandlung maternaler und fetaler Erkrankungen höherer Schwierigkeitsgrade einschließlich invasiver und operativer Maßnahmen und der Erstversorgung des gefährdeten Neugeborenen. Das Erkennen fetomaternaler Risiken, die Behandlung von fetalen Entwicklungsstörungen und Fehlbildungen sowie die Betreuung von Risikoschwangerschaften und Leitung von Risikogeburten sowie die Beratung der Patientinnen bei gezielten pränataldiagnostischen Fragestellungen sind ebenfalls Bestandteil dieser Schwerpunktweiterbildung. Im Gegensatz zur Fachärztinweiterbildung bzw. Facharztweiterbildung zeigen sich in den Weiterbildungsinhalten zur Schwerpunktweiterbildung nun auch die gezielte Behandlung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. Dementsprechend wird in dieser fakultativen Weiterbildung die Durchführung doppler-sonographischer Untersuchungen sowie der fetalen Echokardiographie, die Überwachung bei Risikograviditäten sowie die Leitung von Risikogeburten und die operative Geburt bei Risikoschwangerschaften gefordert. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Durchführung invasiver prä- und perinataler Eingriffe. Insbesondere durch die neuen NIPT¹⁰⁰-Diagnostiken sinkt jedoch insgesamt die Zahl invasiver Eingriffe in allen Bereichen deutlich ab. Um als geburtshilfliche Leiterin bzw. geburtshilflicher Leiter oder stellvertretende Leiterin bzw. stellvertretender Leiter eines Perinatalzentrums fungieren zu können, ist der Besitz der Schwerpunktweiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ ein obligater Bestandteil.

Um auch Erfahrungen in der Betreuung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten zu erlangen, wäre es wünschenswert, Teile der Fachärztinausbildung bzw. Facharztausbildung an spezialisierten Kliniken zu absolvieren.

¹⁰⁰ NIPT: Nicht-Invasiver Pränataler Test.

Für die Schwerpunktweiterbildung ist eine Weiterbildung in Zentren erforderlich. In den derzeitigen Perinatalzentren bestehen jedoch große Unterschiede in den Betreuungszahlen von Risikoschwangerschaften, insbesondere auch im Bereich der betreuten Frühgeburten mit Geburtsgewichten unter 1.500 Gramm.

Neben den in der Weiterbildung ohnehin verankerten Kenntnissen in der Notfallversorgung ist sicherzustellen, dass ein regelmäßiges Notfall- und Teamtraining für die typischen fachspezifischen Notfallsituationen, wie z.B. Schulterdystokie, schwere Blutungen unter der Geburt, Reanimation bei Kreislaufchock der Mutter oder des Neugeborenen durchgeführt wird. Grundsätzlich ist in geburtshilflichen Abteilungen ohne Pädiatrie die Geburtshelferin bzw. der Geburtshelfer für die Erstversorgung von Neugeborenen verantwortlich.¹⁰¹

Ausreichende Erfahrung in der richtigen Behandlung seltener geburtshilflicher Komplikationen zu erwerben ist schwierig. Deshalb ist es gängige Praxis, dass Risikosituationen sowohl theoretisch als auch praktisch am geburtshilflichen Modell im Rahmen von Fortbildungskursen trainiert werden. Diese sind jedoch nicht obligatorischer Bestandteil einer geburtshilflichen Ausbildung. Zunehmend richten sich diese Kurse an Ärztinnen, Ärzte und Hebammen, da gerade in peri- und intrapartalen Notfallsituationen Ärztinnen, Ärzte und Hebammen gemeinsam als Team gefordert sind. Diesbezüglich sollten zukünftig zertifizierte Kurse mit Übungen an Modellen und in Skill-Labs obligater Bestandteil der Fort- und Weiterbildung werden, um auch in Risikosituationen adäquat reagieren zu können. Diese fachspezifischen Fortbildungen erfüllen typischerweise die Anforderungen, die zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 4 der (Muster-)Berufsordnung seit dem 01. Januar 2004 (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) eine Nachweispflicht der ärztlichen Fortbildung sowohl für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte¹⁰² als auch für Fachärztinnen und Fachärzte im Krankenhaus¹⁰³ gesetzlich verankert sind. Ärztliche Fortbildung berücksichtigt wissenschaftliche und verfahrenstechnische Erkenntnisse, die zum Erhalt und zur Fortentwicklung der Kompetenz notwendig sind. Ein Fortbildungszertifikat wird erteilt, wenn die Ärztin oder der Arzt innerhalb eines der Antragstellung vorausgehenden Zeitraums von fünf Jahren Fortbildungsmaßnahmen abgeschlossen hat, welche in ihrer Summe die nach den Regeln des § 6 ermittelte Mindestbewertung von 250 Punkten erreichen. Diese Fortbildungsverpflichtung muss jedoch nicht zwingend fachspezifisch sein.

Nach vollständiger Absolvierung aller Weiterbildungsinhalte kann die Prüfung bei der Ärztekammer abgelegt werden, welche Voraussetzung für das Führen der Facharztbezeichnung ist. Diese wiederum ist Voraussetzung für die Zulassung als niedergelassene Fachärztin bzw. als niedergelassener Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Für die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung

¹⁰¹ Siehe DAGG (2014).

¹⁰² Siehe § 95 d SGB V.

¹⁰³ Siehe § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

besonders qualifizierter Leistungen, wie z.B. Laborleistungen und Leistungen der bildgebenden Verfahren wie Ultraschalluntersuchungen, sind darüber hinaus noch weiterführende Nachweise in Theorie und Praxis zu erbringen und die Qualifikation durch ergänzende Kolloquien nachzuweisen.

Weiterhin erfolgt eine kontinuierliche Qualitätssicherung, die durch die kassenärztlichen Vereinigungen überwacht werden. Beispielhaft seien erwähnt die interne und externe Qualitätssicherung im Labor nach den Vorgaben der Richtlinien der Bundesärztekammer und die umfangreichen Prüfinstrumente der Ultraschall-Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hier sind dezidierte Vorgaben bezüglich der Gerätequalität, Ausbildung der Untersucher sowie für die Qualität der Bild- und Textdokumentation zu beachten. Diese Vorgaben werden in genau definierten Abnahme-, Konstanz- und Stichprobenprüfungen überwacht. Bei Nichtbestehen kann die Genehmigung zur Leistungserbringung entzogen werden.

Jede Vertragsärztin bzw. jeder Vertragsarzt ist darüber hinaus verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem zu etablieren. Für die Durchführung der Vorsorge und Behandlung der Schwangeren und der Wöchnerin sind die Mutterschafts-Richtlinien von KBV/G-BA bindend. Diese sehen die Schwangerenvorsorge durch die Ärztin bzw. den Arzt vor sowie eine mögliche Delegation von Teilleistungen an die Hebamme bzw. an den Entbindungspfleger. Bei der genetischen Beratung, z.B. im Rahmen von Fragen der Pränataldiagnostik ist das Gendiagnostikgesetz bindend. Hier ist ein Arztvorbehalt vorgeschrieben. Für die Durchführung einer genetischen Beratung ist eine besondere Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte vorgeschrieben, die von den Landesärztekammern geprüft wird.

Des Weiteren besteht die Verpflichtung zur kontinuierlichen Fortbildung für jede Ärztin und jeden Arzt. Die Umsetzung wird nach vom G-BA festgelegten Kriterien von der Landesärztekammer geprüft. Teile der Fortbildungsinhalte sollen und dürfen fachübergreifend sein, sodass der Fokus nicht auf das eigene Gebiet beschränkt bleibt. Es existieren multiple regionale, z.T. interdisziplinäre ärztliche Qualitätszirkel. Bei Nichteinhaltung der Fortbildungsverpflichtung drohen Einbußen bei der Vergütung bis hin zum Entzug des Kassenarztsitzes.

3.2 Hebammen

Die Hebammenausbildung nimmt eine Sonderstellung zwischen dualem und schulischem System ein. Auf diese Ausbildungen findet das Berufsbildungsgesetz (BBiG) keine Anwendung. Träger der Berufsfachschulen bzw. Hebammenschulen sind Krankenhausbetriebe. Damit sind die Schulen Bestandteil des Betriebes und die Lehrerinnen und Lehrer sowie die Auszubildenden sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des jeweiligen Krankenhauses. Finanziert wird die Hebammenausbildung durch die Krankenkassen/private Krankenversicherungen

sowie Beihilfestellen und Selbstzahlerinnen und Selbstzahler. Nach § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)¹⁰⁴ verhandeln die Ausbildungsstätten mit den Krankenkassen ein entsprechendes Ausbildungsbudget.¹⁰⁵ Die Auszubildenden erhalten abhängig vom Ausbildungsjahr eine tarifliche Ausbildungsvergütung.

Gesetzlich geregelt wird die Hebammenausbildung durch das bundeseinheitliche Hebammengesetz (HebG) sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV). In der HebAPrV wird der Mindeststundenumfang für den theoretischen Unterricht (1.600 Stunden) und für die praktische Ausbildung (3.000 Stunden) geregelt.¹⁰⁶ Zum praktischen Teil der Ausbildung gehört die Überwachung und Pflege von mindestens 40 Gebärenden und die selbständige Ausführung von mindestens 30 Entbindungen sowie außerdem die Teilnahme an 20 Entbindungen.¹⁰⁷ Da sowohl das HebG als auch die HebAPrV aus den 1980er Jahren stammen, sind deren Inhalte zum Teil veraltet und stellen damit bezogen auf die aktuellen Erfordernisse nicht mehr angepasste, aber dennoch normative, inhaltliche Vorgaben dar.¹⁰⁸ Da durch diese Rahmenbedingungen den Bemühungen der einzelnen Ausbildungsstätten die Ausbildungsqualität zu verbessern, Grenzen gesetzt sind, ist eine Novellierung auf Bundesebene wünschenswert.

3.2.1 Berufsfachschulen

Bundesweit werden Hebammen und Entbindungspfleger an 57 staatlich anerkannten Berufsfachschulen bzw. Hebammenschulen ausgebildet. Eine weitere Schule bietet ausschließlich Anpassungslehrgänge für Hebammen aus Nicht-EU-Ländern an. Es stehen insgesamt circa 2.000 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Jährlich schließen etwa 500 Hebammen die Ausbildung ab und erhalten die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Hebamme“.¹⁰⁹ In NRW existierten zehn Hebammenschulen¹¹⁰ (Aachen, Ahlen, Bensberg, Bochum, Bonn, Duisburg, Minden, Münster, Paderborn, Wuppertal)¹¹¹ an denen im Jahr 2011 insgesamt 443 Schülerinnen unterrichtet wurden.¹¹² Seitens der Hebammenschulen wurde trotz der o.g. relativ attraktiven Ausbildungsvergütung berichtet, dass innerhalb der letzten drei Jahre die Bewerberzahlen für die Hebammenausbildung in NRW zum Teil um bis zu 50 % zurückgegangen sind.

¹⁰⁴ Siehe http://www.gesetze-im-internet.de/khg/_17a.html, abgerufen am 01.06.2015.

¹⁰⁵ Siehe Zoege (2004), Sayn-Wittgenstein (2007).

¹⁰⁶ Siehe Bauer & Kraienhemke (2013).

¹⁰⁷ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV).

¹⁰⁸ Darüber hinaus siehe zu den inhaltlichen Vorgaben die Empfehlende Ausbildungsrichtlinie NRW.

¹⁰⁹ Siehe Bauer (2011).

¹¹⁰ Siehe MGEPA Gesundheitsbericht Spezial (2013): Kapitel 3.5.1, S. 35.

¹¹¹ Siehe Landesverband der Hebammen NRW e.V. (2015).

¹¹² Siehe MGEPA, Landesberichterstattung (2013).

Als erstes Bundesland erließ NRW für die Auszubildenden im Hebammenwesen eine auf den bisherigen bundeseinheitlichen normativen Vorgaben beruhende „Empfehlende Ausbildungsrichtlinie“.¹¹³ Diese wurde gemeinsam mit dem vom damaligen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS) beauftragten Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung entwickelt. Ziel war es, „die neuen Anforderungen an die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen aufzugreifen, die aus gesellschaftlichen Entwicklungen und Veränderungen resultieren und heutigen berufspädagogischen Anforderungen genügen“.¹¹⁴ Dazu gehören sowohl neue fachpädagogische und -inhaltliche, wie auch pädagogisch/didaktische und methodische Veränderungen, die unter anderem weitergehende divergente Reflexionsmöglichkeiten in der Ausbildung ermöglichen. In sechs nordrhein-westfälischen Hebammenschulen¹¹⁵ wurde o.g. Empfehlende Ausbildungsrichtlinie von 2008 bis 2011 implementiert. In diesem Kontext wurde insbesondere die strukturnahe praktische Ausbildung – also die enge Vernetzung zwischen Theorie- und Praxisort – ausgebaut, wie sich beispielsweise bei der Weiterbildung von Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern und der interdisziplinären und settingübergreifenden Erstellung gezielter Praxislernaufgaben zeigt. Bezugnehmend werden Übungen am Modell – nicht zuletzt durch die zahlreich vorhandenen Praxisfelder – nur durchgeführt, wenn sie für das Erlernen bestimmter Fertigkeiten und Fähigkeiten vor der Anwendung im Praxisfeld sinnvoll erscheinen.¹¹⁶ Diesbezüglich ist die Frage zu klären, ob und in welchem Umfang geringfügige Anteile praktischer Ausbildung auch bei akademischen Ausbildungen EU-rechtskonform durch Skills-Labs ersetzt werden dürfen.¹¹⁷ Darüber hinaus gehören an den Berufsfachschulen neben der Praxisanleitung auch Praxisbegleitungen durch die orts- und settingnahen Lehrkräfte inzwischen zum beständigen Ablauf.

3.2.2 Akademisierung

Das Tätigkeitsspektrum sowie die Anforderungen an den Beruf der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers haben sich verändert und sind komplexer geworden. Gefordert wird ein selbstständiges, wissenschaftlich begründetes, reflektiertes Handeln der Hebammen und Entbindungspfleger in einem breiten Tätigkeitsfeld. In der reproduktiven Lebensphase – von der Familienplanung über Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit und teilweise bis zum ersten Geburtstag des Kindes – stellt die Arbeit von Hebammen und Entbindungspflegern einen wichtigen Faktor in

¹¹³ Siehe MAGS NRW (2005).

¹¹⁴ Siehe MAGS NRW (2005), 6.

¹¹⁵ In Aachen, Bensberg, Bochum, Duisburg, Paderborn, Wuppertal.

¹¹⁶ Vor diesem Hintergrund werden in diesen Berufsfachschulen die Anforderungen von Karin Wittneben (2003) für eine berufsbezogene Handlungsorientierung von Gesundheitsfachberufen mit Beziehungskontext erfolgreich umgesetzt.

¹¹⁷ Siehe Igl (2015).

der Gesundheitsversorgung, besonders hinsichtlich der Gesundheitsförderung und der Prävention, dar.¹¹⁸

Die 2009 erlassene Modellklausel zur Erprobung von neuen Ausbildungsmöglichkeiten zur Hebamme bzw. zum Entbindungspfleger an einer Hochschule hat ein grundständiges Hebammenstudium auf Bachelorniveau als Berufsqualifikation möglich gemacht (Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen; Logopäden; Physiotherapeuten und Ergotherapeuten 2009). An drei Hochschulstandorten (Hochschule Fulda, Evangelische Hochschule Berlin und Hochschule für Gesundheit Bochum) ist ein primärqualifizierendes Studium als Qualifikationsweg in Deutschland mittlerweile möglich.¹¹⁹ Die Hochschule für Gesundheit in Bochum hat im Wintersemester 2010/11 ihren Studienbetrieb aufgenommen. Das Studium ist modularisiert und an modernen pädagogischen Konzepten ausgerichtet, dabei steht die konkrete handlungs- und kompetenzorientierte Perspektive an zentraler Stelle. In den einzelnen Modulen wechseln sich Vorlesungsanteile, seminaristischer Unterricht sowie Übungssequenzen ab. Die Veranstaltungsformen werden zudem durch „E-Learning-Elemente“ ergänzt. Entsprechend den Anforderungen der Modellklausel, eine konkrete Berufsbefähigung innerhalb des Studiums zu erreichen, ist ein hoher Anteil an praktischen Lehr- und Lernformen impliziert. Dabei sollen die Studierenden das theoretische Wissen zunächst in konkrete Handlungen im sog. „Skills-Lab“ umsetzen und dort üben, um diese dann in der Versorgungssituation einbringen zu können.¹²⁰ Das achtsemestrige Studium schließt neben dem akademischen Abschluss des Bachelor of Science auch die staatlichen Prüfungen zur Berufszulassung mit ein und entspricht den international üblichen Abschlüssen im Bereich der Hebammenkunde.¹²¹ Der Studienverlauf ist darauf ausgerichtet, die Absolventinnen und Absolventen für die Berufstätigkeit als Hebamme in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern und Institutionen im klinischen und außerklinischen Bereich auszubilden. Versorgungsleistungen im Hebammenwesen werden zukünftig stärker als bisher wissenschaftlich begründet, theoretisch fundiert und evidenzbasiert durchzuführen sein. Dadurch ergeben sich neue Aufgaben- und Einsatzbereiche, wie etwa die Entwicklung von innovativen Konzepten, von Instrumenten im Rahmen der Betreuung und Qualitätssicherung, von Fortbildungs- und Beratungsangeboten für verschiedene Zielgruppen, von disziplinären und interdisziplinären Leitlinien, Dokumentationssystemen sowie die Planung und Mitwirkung an Forschungsprojekten. Ziel ist die reflektierende Praktikerin bzw. der reflektierende Praktiker mit einer selbstständigen und wissenschaftlich fundierten Arbeitsweise.¹²²

¹¹⁸ Siehe Pädagogischer Fachbeirat (2008), Bauer & Kraienhemke (2013).

¹¹⁹ Siehe Kraienhemke et al. (2015).

¹²⁰ Siehe Beck et al. (2013), Bauer & Kraienhemke (2013).

¹²¹ Siehe Kraienhemke et al. (2015).

¹²² Siehe Bauer & Kraienhemke (2013).

Darüber hinaus gibt es seit 2012 in NRW an der Katholischen Hochschule in Köln (KatHO) eine weitere Studienmöglichkeit für Hebammen, in Form eines additiven, die berufliche Fachausbildung anerkennenden Studiengangs zum Bachelor of Science in Hebammenkunde (B.Sc.). Für die Absolventinnen ist die Durchlässigkeit zum Master- und Promotionsstudium gegeben. Examinierte Hebammen können sich hier im Anschluss an ihre Fachausbildung in einem speziell auf ihre Bedürfnisse ausgerichteten Studiengang akademisch qualifizieren. Der Schwerpunkt des Studiums liegt in einem mehrdimensionalen wissenschaftlichen Ansatz, der ein Spannungsfeld zwischen evidenzbasierter Hebammenkunde und einer geistes- und sozialwissenschaftlichen Perspektive des Hebammenhandelns eröffnet, um die Studierenden wissenschaftlich begründete Positionen beziehen zu lassen. Ein prozesshaftes Denken und Steuerungskompetenz für komplexe berufliche Fallsituationen werden gefördert.¹²³

Losgelöst davon kooperieren seit mindestens fünf Jahren sechs Hebammenschulen in NRW (Bensberg, Bochum, Bonn, Duisburg, Paderborn, Wuppertal) darüber hinaus mit der Hochschule Osnabrück (ergänzende Kooperationsvariante), welche – als eine von acht Hochschulen in Deutschland¹²⁴ – ab dem zweiten Ausbildungsjahr ein mit Berufsfachschulen kooperierendes Studium vorhält. Da die vertikale Durchlässigkeit auch vonseiten des pädagogischen Lehrpersonals der Hebammenschulen unterstützt und gefördert wird, kann festgestellt werden, dass immer mehr Absolventinnen der Hebammenschulen ein ergänzendes/additives Studium zur Akademisierung aufgenommen haben. Durch die erfolgreichen Kooperationen zwischen Hochschule und Ausbildungsstätten hat sich ein Modell entwickelt, welches die Vernetzung der praxisnahen Berufsfachschulen mit der wissenschaftsorientierten Hochschule forciert.

Wie sich zeigt, gibt es neben den primärqualifizierenden Modellstudiengängen – die in NRW umfassend evaluiert wurden¹²⁵ – weitere Studienmöglichkeiten für Hebammen, die einen additiven Weg beschreiten und i.d.R. aus Kooperationen zwischen Hochschulen und Hebammenschulen bestehen. Unabhängig von den Vor- und Nachteilen der jeweils genannten Studienmöglichkeiten, die im Rahmen dieses Berichts nicht näher betrachtet werden sollen, ist festzuhalten, dass aufgrund zukünftiger Herausforderungen auch weiterhin eine kontinuierliche Fortentwicklung der Qualifizierungswege notwendig sein wird. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass auch in Zukunft aufgrund der positiven Erfahrungen neben einer primär qualifizierenden Akademisierung auch integrierende/duale/additive Konzepte von

¹²³ In 2015 schließt in Köln bereits die zweite Kohorte von Absolventinnen ab. Die Zahl der examinierten Hebammen, die sich eines solchen hebammenkundlichen Studiums unterziehen, ist steigend, was die positive Resonanz des Modells in der Berufsgruppe verdeutlicht. Darüber hinaus genießt dieser additive Studiengang über die Landesgrenze hinaus großes Ansehen, was sich unter anderem darin zeigt, dass auch die Quote der Bewerbungen aus anderen Bundesländern weiter anwächst.

¹²⁴ Siehe http://www.dghwi.de/images/stories/AG_Hochschulbildung/Beschreibung_Studienprogramme-Hebammen-Deutschland-Bachelor_150521.pdf; abgerufen am 25.06.2015.

¹²⁵ Ausführliche Informationen unter: <http://www.mgepa.nrw.de/pflege/pflegeberufe/modellstudiengaenge/index.php>.

Berufsfachschulen in Kooperation mit Hochschulen als eine zusätzliche Möglichkeit erhalten bleiben sollen.

3.2.3 Fort- und Weiterbildung von Hebammen

Fort- und Weiterbildungen spielen eine zentrale Rolle bei der Qualitätsentwicklung beruflicher Kernkompetenzen und im Sinne des Know How-Transfers sowie dem Erhalt von (Hebammen-)Wissen. Laut § 7 der HebBO NRW müssen Hebammen innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren mindestens 60 Unterrichtsstunden nachweisen. Als geeignete Maßnahmen zur Fortbildung werden insbesondere Fortbildungsveranstaltungen von Hebammenlehranstalten und Hebammenverbänden angesehen. Bei den komplexer werdenden Anforderungen an Hebammen und Entbindungspfleger ist es wichtig, dass sie dabei unterstützt werden, sich und ihre Arbeit mit Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen zeitgemäß, nachhaltig und vernetzt weiterzuentwickeln. Dazu gehört auch die Vermittlung von zielgruppenspezifischen und kultursensiblen Kenntnissen. Insbesondere ist neben fachspezifischen Fortbildungen die Schulung unternehmerischer Themen unverzichtbar, da diese nicht Bestandteil der Ausbildung sind.^{126/127} Dabei ist zu berücksichtigen, dass entsprechende Fort- und Weiterbildungen mit finanziellen Belastungen einhergehen, die derzeit durch die Hebammen getragen werden.

Für eine qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildung für Hebammen und Entbindungspfleger bedarf es der zielgerichteten Aufbereitung der Lerninhalte, die an die Erfahrungswelt der Hebammen und Entbindungspfleger anknüpfen und praxisorientiert sein sollen.¹²⁸ Um den Anforderungen im Berufsalltag gerecht werden zu können, ist bei Fort- und Weiterbildungsangeboten die Vernetzung aktueller Inhalte, die über einzelne Fragestellungen hinausgehen, mit arbeitspraktischen Inhalten wichtig, damit die behandelten Themen von den Teilnehmenden in einen Kontext gesetzt und eigenes Handeln reflektiert werden kann.¹²⁹ Die Umsetzung der Fort- und Weiterbildung sollte so angelegt sein, dass die Teilnehmenden konkrete Transfer-Schritte in ihren Alltag entwickeln können und bestenfalls dabei auch begleitet werden. Die Weiterentwicklung der Bildungsangebote wird durch die Einbindung sinnvoller Evaluierungsmaßnahmen möglich. Gemeinsame Fortbildungen mit den an der geburtshilflichen Versorgung beteiligten Berufen erscheinen an den Schnittstellen der Versorgungsleistungen für eine kompetente Bewältigung sinnvoll.

¹²⁶ Siehe Kosfeld, B. (2013) Die Hebammenpraxis im Gesundheitsmarkt – Chancen und Möglichkeiten einer Positionierung- Masterthese.

¹²⁷ Siehe Kosfeld, B. (2014) Die Hebammenpraxis im Wandel – Masterthese.

¹²⁸ Siehe Klein, R. (2014) Eine Handlungsempfehlung für die universitäre Lehrerbildung Kultur der Selbstständigkeit und Diversity Education. München: Hampp.

¹²⁹ Siehe Belau, U. (2013) Die Hebammenkunst als mögliches Alleinstellungsmerkmal im hebammengeleiteten Kreißaal –Masterthese.

Auch in der Fort- und Weiterbildung von Hebammen und Entbindungspflegern kommt dem Umgang mit schwierigen geburtshilflichen Situationen eine besondere Bedeutung zu.

4. Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

4.1 Geschichte der Perinatalerhebung

Die klinische Perinatalerhebung geht in ihren Anfängen auf die ersten Zusammenstellungen perinataler Daten in den 1970er Jahren in München zurück.¹³⁰ Sie hat sich dann schrittweise in den einzelnen Bundesländern und seit 2001 deutschlandweit als Maßnahme der einrichtungsübergreifenden, externen Qualitätssicherung etabliert. Inzwischen werden alle Geburten im Krankenhaus in einem bundeseinheitlichen Datensatz verpflichtend erfasst, es gibt einen Vollständigkeitsabgleich über die administrativen Krankenhausdaten und Plausibilitätsprüfungen bezogen auf die Datenqualität. Für die Entwicklung der ebenfalls bundeseinheitlich angewandten Datensätze, Qualitätsindikatoren und Rechenregeln waren von 2001 bis 2008 die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) und seit 2009 das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) zuständig. Ab Januar 2016 wird das zu Beginn des Jahres 2015 vom G-BA gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) diese Aufgaben übernehmen. Die praktische Umsetzung des Verfahrens liegt in der Verantwortung der Landesebene, die eigene Schwerpunkte innerhalb des Verfahrens setzen und ergänzende Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung beschließen kann. Die weitere Abklärung ermittelter rechnerischer Abweichungen im sog. „Strukturierten Dialog“¹³¹ und die Begleitung der Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen werden von den Geschäftsstellen für Qualitätssicherung der Bundesländer sichergestellt. In Nordrhein-Westfalen ist dies die Geschäftsstelle QS-NRW, die mit zwei bei den jeweiligen Landesärztekammern angesiedelten Regionalvertretungen in Münster und Düsseldorf diese Aufgaben übernimmt. Schwerpunktindikatoren auf Landesebene im Rahmen von Qualitätsinitiativen der letzten Jahre betrafen z.B. die Themen nosokomiale Infektionen/Sepsis (Neonatologie), Lungenreife und Präsenz des Pädiaters bei Frühgeburten (Geburtshilfe). Mütterliche Todesfälle im stationären Aufenthalt zur Geburt werden in NRW in einem kollegialen Gespräch mit ärztlichen Vertreterinnen bzw. Vertretern der jeweiligen Ärztekammer analysiert. Die Zusammenführung der Qualitätssicherung in der klinischen Geburtshilfe mit der seit den 1980er Jahren regional auf freiwilliger Basis entstandenen und seit 2010 als bundeseinheitliches Verfahren etablierten Neonatalerhebung wurde nach Erprobung aufgrund von erheblichen Schwierigkeiten

¹³⁰ Siehe Münchner Perinatalstudie (1975-1977).

¹³¹ Siehe <https://www.sqg.de/ergebnisse/strukturiertes-dialog/index.html>; abgerufen am 28.05.2015.

bei der technischen Umsetzung bisher nicht praktisch realisiert. Die Daten der Qualitätssicherung stehen auf Antrag für wissenschaftliche Fragestellungen zur Verfügung.¹³²

Die außerklinische Perinatalerhebung erfolgt seit 1999 durch die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG). Die Teilnahme an der außerklinischen Perinatalerhebung ist für freiberufliche Hebammen in NRW derzeit verpflichtend.¹³³ Bundesweit wird von einer Erhebungsquote von 80 % der außerklinisch stattfindenden Geburten ausgegangen.¹³⁴

4.2 Qualitätsmanagementsysteme

4.2.1 Critical Incident Reporting System (CIRS)

Ein Instrument zum Risikomanagement ist das aus der Luftfahrt abgeleitete Critical-Incident-Reporting-System (CIRS), das in Kliniken und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowohl einrichtungsintern als auch einrichtungsübergreifend genutzt wird. In Nordrhein-Westfalen bietet das von den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, den beiden kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen gemeinsam initiierte CIRS NRW als sektorenübergreifendes Lern- und Berichtssystem die Möglichkeit, vertraulich über kritische Ereignisse zu berichten und fördert den offenen Umgang mit Fehlern und Beinahe-Fehlern. Das System wendet sich an alle an der Patientinnen- und Patientenversorgung Beteiligte und gibt ihnen die Möglichkeit, aus den geschilderten Fällen zu lernen und Lösungsstrategien zu entwickeln, um in Zukunft ähnliche kritische Situationen besser zu meistern.

Im Jahr 2010 gründeten Hebammen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz den Verein „Fälle für Alle e.V.“ mit dem Ziel, ein interaktives Fallberichts- und Lernsystem entsprechend des CIRS für Hebammen und Entbindungspfleger zu schaffen. Hebammen und Entbindungspfleger können als Mitglieder des Vereins auf einer Plattform kritische Betreuungssituationen, die in einem unerwünschten Ereignis während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mündeten oder zumindest das Potenzial hierzu gehabt hätten, mit Hilfe eines elektronischen Meldesystems darstellen, die in Anlehnung an das European Foundation for Quality Management (EFQM)-Modell ausgewertet werden können. Die sich sukzessiv erweiternde Datenbank und die Bearbeitung der Fälle sollen in einer Verbesserung der praktischen Hebammentätigkeit münden.¹³⁵ Die Abkürzung CIRS wurde in diesem Zusammenhang in CIRLS erweitert, was für Critical-Incident-Reporting and Learning

¹³² Die Landes- und Bundesauswertungen zur Geburtshilfe und Neonatologie und die NRW-Berichte an die Bundesebene sind unter qs-nrw.org öffentlich verfügbar.

¹³³ Siehe § 6 Abs. 5 HebBO NRW vom 12.02.2015.

¹³⁴ Siehe QUAG (2015).

¹³⁵ Siehe Schwarz & Gruber (2010).

System steht. Den Mitgliedern der unterstützenden Hebammenverbände steht das System kostenlos zur Verfügung. Interessentinnen und Interessenten, die keinem der Hebammenverbände angeschlossen sind, können Mitglied des Vereins Fälle für Alle e.V. werden. Eine erste Evaluation des CIRLS hat ergeben, dass nahezu 80 % (n = 663) der 831 befragten Hebammen dieses spezifische Meldeportal für Hebammen für „sehr wichtig“ bis „wichtig“ erachten¹³⁶, woraus geschlossen werden kann, dass ein Interesse an Ausweitung und Etablierung des CIRLS unter Hebammen besteht.

4.2.2 Fallkonferenzen/Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Regelmäßige – je nach Bedarf wöchentlich bis monatlich – stattfindende Fallkonferenzen unter Einbeziehung aller beteiligter Disziplinen (Geburtshilfe, Pränatale Medizin, Neonatologie, Humangenetik etc.) dienen der Besprechung schwieriger und seltener Krankheitsbilder der Schwangeren bzw. Wöchnerin und/oder des Feten bzw. Neugeborenen in einer retrospektiven, aber auch antizipierenden Weise. Sie sind an Perinatalzentren regelmäßig durchzuführen.

In regelmäßig stattfindenden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden mittlerweile auch in vielen geburtshilflichen Abteilungen Todesfälle, aber auch Zwischenfälle, Komplikationen oder Therapieverläufe, bei denen ein Verbesserungspotenzial zu erwarten ist, interdisziplinär besprochen. Ziel ist es, so anhand dieser nicht erwünschten Ereignisse stetig Schwächen bei der Patientinnenversorgung zu erkennen und hiernach Verbesserungen einzuleiten. Derartige Konferenzen fordern zeitliche und damit auch personelle Ressourcen, was im beruflichen Alltag mitunter eine Herausforderung darstellt.

4.2.3 Zertifizierung und Audits

Das Qualitätsmanagement in geburtshilflichen Abteilungen kann den Erwerb von Qualitätsmanagement-Zertifikaten beinhalten. Neben allgemeinen Anforderungen an die Organisation und das Qualitätsmanagement beinhalten diese Zertifizierungen auch konkrete Forderungen an die Patientensicherheit und das Management klinischer Risiken in den Planungs-, Ausführungs-, und Lenkungsprozessen.

Ferner haben Perinatalzentren die Möglichkeit, sich zusätzlich durch Externe zertifizieren zu lassen. In NRW bieten beide Ärztekammern ein Zertifizierungsverfahren für Perinatalzentren in ihrer regionalen Zuständigkeit an.

Hebammengeleitete Einrichtungen müssen gemäß Anlage 1 zum Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V – Betriebskostenpauschalen in Geburtshäusern – den Nachweis über die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems erbringen, um dauerhaft in den Rahmenvertrag zwischen den Berufsverbänden und dem GKV-Spitzenverband,

¹³⁶ Siehe Romano et al. (2013).

und damit in das Vergütungssystem, integriert zu werden. Als Nachweis für die erfolgte Einführung eines QM-Systems kann entweder eine Zertifizierung nach ISO 9001 (z.B. QM-Systeme nach Empfehlung der Hebammenverbände) durch einen akkreditierten Zertifizierenden oder einen Auditbericht über die Durchführung eines erfolgreich absolvierten internen Audits entsprechend den strukturellen Vorgaben der ISO 19011 dienen. Im Zuge des Audits haben hebammengeleitete Einrichtungen die Möglichkeit, ein entsprechendes Zertifikat bezogen auf das jeweils eingeführte Qualitätsmanagementsystem zu erhalten.

Freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger sind darüber hinaus gemäß §§ 8-10 des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V verpflichtet, Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erfüllen. Die Überprüfung der Einhaltung der in den Paragraphen festgelegten Kriterien im Sinne eines externen Audits ist nicht einheitlich geregelt. Der Deutsche Hebammenverband empfiehlt freiberuflichen Hebammen eine Dokumentation der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entsprechend DIN EN ISO 9001:2008 und stellt seinen Mitgliedern auf seiner Internetseite Materialien hierzu zur Verfügung. Auch andere Hebammenorganisationen wie der Bund der freiberuflichen Hebammen machen entsprechende Angebote (Schulungen Qualitätsmanagement, Handbuch für freiberufliche Hebammen) zum Thema Qualitätsmanagement.

In NRW existieren seit Jahren Qualitätszirkel der freiberuflich tätigen Hebammen, die von geschulten Moderatorinnen geleitet werden. Qualitätszirkelsitzungen werden als Fortbildungsstunden nach HebBO NRW anerkannt.

4.3 Entwicklung von qualitätssichernden Instrumenten

4.3.1 Entwicklung von Qualitätsindikatoren

Die Qualitätsindikatoren für die klinische Geburtshilfe wurden ursprünglich von der Fachgruppe Perinatalmedizin bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (der BQS) entwickelt (s.o.) und nach Wechsel der Zuständigkeiten von der Bundesfachgruppe Perinatalmedizin im AQUA Institut evaluiert. Die medizinische Arbeitsgruppe Gynäkologie/Geburtshilfe der QS-NRW diskutiert diese Indikatoren und ihre Anwendung auf der Landesebene für jedes Erhebungsjahr und legt bei Bedarf ergänzende Parameter oder Referenzbereiche für NRW fest. Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist entsprechend der sich immer wieder verändernden Daten- und Evidenzlage ein dynamischer Prozess. Es ist Aufgabe der interdisziplinär zusammengesetzten Bundesfachgruppe Perinatalmedizin, die einzelnen Qualitätsindikatoren auf ihre Anwendbarkeit und Aussagekraft hin zu bewerten und gegebenenfalls den Indikatorensatz neu zu strukturieren. Die Qualitätsindikatoren dienen der externen vergleichenden Qualitätssicherung. Sie sind kein direktes Maß der Qualität, sondern ein Werkzeug, die Aufmerksamkeit auf potenzielle

Problembereiche zu lenken, die dann bei Auffälligkeiten im „Strukturierten Dialog“ gemeinsam mit den auffälligen Krankenhäusern analysiert werden.

Für die außerklinische Geburtshilfe wurden bislang keine Qualitätsindikatoren formuliert. Die Daten der außerklinischen Geburtshilfe unterliegen dennoch einer stetigen Prüfung, um die Qualität der Betreuung während einer Geburt im außerklinischen Setting zu erfassen. Diese Überprüfung geschieht durch die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. Auffällige Daten, insbesondere perinatale Todesfälle, werden von einem unabhängigen, wissenschaftlichen Fachbeirat, der sich aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der eigenen sowie der Bezugsdisziplinen zusammensetzt, evaluiert. Darüber hinaus stellt QUAG die Daten auf Antrag, insbesondere zum Vergleich mit den Daten aus der klinischen Geburtshilfe, für Qualifikationsarbeiten und Veröffentlichungen in der Regel kostenlos zur Verfügung.

4.3.2 Entwicklung von Leitlinien

Die Entwicklung von Empfehlungen und Leitlinien für die Geburtshilfe begann in Deutschland in den 1980er und 1990er Jahren. Die Initiative zur Entwicklung und/oder Überarbeitung einer Leitlinie geschieht heute aus den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften heraus. Entwickelt werden die Leitlinien in der Regel mit allen an den Abläufen der Behandlung beteiligten Facharztgruppen. Die Systematisierung der Entwicklung der Leitlinien, sowie deren Veröffentlichung erfolgen heutzutage sehr strukturiert über die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), dem Dachverband der wissenschaftlichen, medizinischen Fachgesellschaften. Diese Leitlinien sind häufig auch sektorenübergreifend, d.h. sie betreffen sowohl die ambulante als auch die stationäre Behandlung der schwangeren Patientinnen oder Wöchnerinnen. Bis auf wenige Ausnahmen bewegen sich die derzeit existierenden geburtshilflichen Leitlinien auf der Entwicklungsstufe S1, was bedeutet, dass der Entwicklerkreis für den Anwenderkreis nicht repräsentativ sein muss und eine systematische Evidenzbasierung sowie eine strukturierte Konsensfindung nicht zwingend erforderlich sind. Leitlinien auf der höchsten Entwicklungsstufe (S3) müssen alle genannten Kriterien erfüllen, sind deshalb sehr kostenintensiv und aus den wissenschaftlichen Fachgesellschaften nicht alleine zu leisten. Hierfür sind der erklärte gesundheitspolitische Wille und die Bereitstellung finanzieller Ressourcen durch die Bundesregierung erforderlich. Eine derartige Bereitstellung wurde zu Beginn des Jahres 2015 für die Entwicklung der S3 Leitlinie „Kaiserschnitt“ durch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) erreicht. Darüber hinaus wurde für eine weitere S3 Leitlinie (Vaginale Geburt am Termin) die Prüfung einer Teilfinanzierung durch das BMG in Aussicht gestellt. Die Entwicklung beider S3 Leitlinien wurde bereits bei der AWMF angemeldet, wobei dies im Fall der

S3 Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) erfolgte.

4.3.3 Expertinnenstandards und Expertenstandards

Expertinnenstandards und Expertenstandards sind monodisziplinär entwickelte Instrumente der Qualitätsentwicklung in der Pflege. Sie stellen ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle miteinschließt. Expertinnenstandards und Expertenstandards werden auf Basis einer systematischen Evidenzbasierung und einer strukturierten Konsensfindung erstellt und enthalten Zielformulierungen auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene. In der Pflege sind Expertinnenstandards und Expertenstandards seit 1999 bereits etabliert. In der Geburtshilfe wurde erst- und bisher einmalig ein Expertinnenstandard und Expertenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt über mehrere Jahre entwickelt und 2013 fertiggestellt. Die Entwicklung erfolgte im Rahmen des Forschungsschwerpunktes IsQua (Versorgung während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung). Gemäß den Merkmalen eines solchen Standards handelt es sich um ein Instrument, welches von Hebammen für Hebammen auf Basis einer systematischen Literaturrecherche und einer strukturierten Konsensfindung entwickelt wurde. Das Expertinnengremium setzte sich dabei aus Hebammenwissenschaftlerinnen und praktisch tätigen Hebammen aus unterschiedlichen geburtshilflichen Settings zusammen. Ergebnisse der modellhaften Implementierung in 13 Krankenhäusern zeigten zum einen den Fortbildungsbedarf sowohl von Hebammen als auch von Ärztinnen und Ärzten in Bezug auf die Themen Latenzphase und physiologische Geburt. Zum anderen wurde deutlich, dass die Implementierung eines solchen Standards eine geburtshilfliche Abteilung insbesondere in der Bereitstellung personeller Ressourcen vor große Herausforderungen stellt und damit die Förderung der physiologischen Geburt auf der gesicherten Basis eines Expertinnenstandards und Expertenstandards nur eingeschränkt gelingen kann.¹³⁷ Auch in diesem Zusammenhang zeigt sich, dass die Qualitätsentwicklung in der Geburtshilfe nicht ohne die Bereitstellung entsprechender Ressourcen umsetzbar ist.

¹³⁷ Siehe Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung (2015).

Schlussbemerkung

Alle Mitglieder des Runden Tisches haben in den zurückliegenden rund anderthalb Jahren im Rahmen der Fachgespräche zum Runden Tisch sehr umfänglich und oftmals äußerst kontrovers diskutiert. Diese Kultur wurde auch in den fünf Redaktionssitzungen zur Erstellung des Abschlussberichts fortgesetzt. Das zu Beginn der Zusammenarbeit gemeinsam formulierte Ziel, mit dem Abschlussbericht einen wichtigen Beitrag für eine zukunftsweisende, geburtshilfliche Versorgung in Nordrhein-Westfalen zu leisten, wurde dabei nie aus den Augen verloren und von allen Beteiligten als richtungsweisende und wichtige Herangehensweise für die Zusammenarbeit am Bericht bestätigt.

Die vorherrschende Diskussionskultur basierte auf gegenseitigem Verständnis für berufsgruppenspezifische Sichtweisen, auf Zuhören und auch darauf, sich auf sachliche Argumentationen einzulassen und zutreffende Argumente annehmen zu können. Mit dem vorliegenden Bericht liegt daher nun ein Dokument vor, das nicht nur zahlreiche redaktionelle Veränderungen durchlaufen hat, sondern auch als Ausdruck des begründeten Abrückens von berufsgruppenspezifischen Positionen anzusehen ist.

Nichtsdestotrotz konnten während der intensiven Arbeit in der Redaktionsgruppe des Runden Tisches nicht alle Themen abschließend und eindeutig konsentiert und bewertet werden. Die Vielfalt an Themen bringt mit sich, dass trotz intensiver Diskussionen letzte Dissense nicht in Gänze ausgeräumt werden konnten bzw. abschließende Einschätzungen ausbleiben mussten. Für die Themen, die nur in abgeschwächter Form in den Abschlussbericht eingeflossen sind, sollen stellvertretend im Folgenden einige Aspekte kurz skizziert werden:

- **Finanzierung:**
Fragen der Finanzierung der vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen wurden bewusst ausgeklammert und waren somit nicht Bestandteil der Arbeit des Runden Tisches.
- **DRG:**
Ob und welche (Fehl-) Anreize mit der höheren Vergütung von Kaiserschnitten (im Vergleich mit einer physiologischen Geburt) möglicherweise einhergehen, konnte nicht abschließend geklärt werden, da der tatsächliche durchschnittliche Aufwand bei dieser Betrachtung häufig unberücksichtigt bleibt. Kausale Zusammenhänge zwischen DRG und hohen Kaiserschnittraten lassen sich durch Studienergebnisse nicht belegen.

- **Weiterentwicklung der Geburtshilfe:**

In vielen Diskussionspunkten des Runden Tisches hatte die künftige Entwicklung der Geburtshilfe durch Krankenhäuser eine große Bedeutung. Zu den gegensätzlichen Standpunkten flächendeckende Versorgung oder Zentralisierung konnte keine gemeinsame Empfehlung erarbeitet werden. Vor allem vor dem Hintergrund verschiedener versorgungsrelevanter Szenarien unter konkreten qualitätsorientierten Bedingungen für die klinische und außerklinische Geburt blieben die fachlichen Standpunkte konträr. Dies gilt auch für die Abwägung zwischen der freien Wahl des Geburtsortes und der übereinstimmend als notwendig bewerteten schnellen Erreichbarkeit einer leistungsfähigen geburtshilflichen Abteilung (aus Sicht der DGGG 30 bis 45 Minuten, bei Sekundärverlegung 20 Minuten). Auch die möglichen Chancen einer stärkeren Konzentration der Angebote hinsichtlich Effizienz, Effektivität sowie bei der personellen Besetzung und Qualifizierung bedürfen weiterhin einer vertieften Erörterung.

- **Ausbildung:**

Die Ausbildung in der Geburtshilfe erfolgt in Kliniken mit geburtshilflichen Abteilungen. Auch in größeren Kliniken kann nicht immer garantiert werden, dass während der Ausbildung alle möglichen Konstellationen der Geburt von den Auszubildenden erlernt werden. Erfahrungswissen und gute Kooperationen sind deshalb erforderlich.

- **Finanzierung und Gestaltung von Geburtshäusern:**

Zu diesem Punkt zeigten die Diskussionsbeiträge, dass es zwar schon einige gute Modelle gibt, diese aber hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit noch nicht abschließend eingeschätzt werden können und deshalb eine Bewertung zu diesem Zeitpunkt noch ausbleiben muss. Für eine Bewertung müssen insbesondere auch rechtliche Fragen der Trägerschaft sowie verschiedene Finanzierungsmodelle weitergehend überprüft werden.

- **Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen:**

Der Runde Tisch konnte sich aus zeitlichen Gründen und wegen einer anders gewählten thematischen Schwerpunktsetzung auf vorrangige allgemeine Grundsatzfragen (s. A. 1.1) nicht mit den spezifischen und zum Teil sehr unterschiedlichen Bedürfnissen verschiedener Zielgruppen befassen. Das betrifft zum Beispiel die kultursensible geburtshilfliche Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund oder auch Müttern, die in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben wie auch transsexuellen Müttern sowie Neugeborenen mit weder eindeutigem weiblichen noch männlichen Geschlecht. Gleiches gilt u.a. auch für die geburtshilfliche Versorgung der Zielgruppe von Frauen, die während der Schwangerschaft Gewalt erfahren und nicht zuletzt auch für die Zielgruppe der sehr jungen schwangeren

Frauen. Diese Themen sollen aufgrund der hohen Relevanz zu einem späteren Zeitpunkt in geeigneter Form bearbeitet werden.

Mit der Bereitschaft der Redaktionsmitglieder zur konstruktiven Mitarbeit am Abschlussbericht wurde ein wertvoller Beitrag auch für die weitere Zusammenarbeit der Expertinnen und Experten sowie für die zukünftige geburtshilfliche Versorgung in NRW und auch in Deutschland geleistet. Dafür möchten wir uns im Namen aller Beteiligten bedanken und mit einem Zitat eines Mitglieds schließen:

„Der Vorteil dieser Runde ist, dass wir uns durch die vielen Stunden gemeinsamen Ringens um Positionen und Formulierungen sehr intensiv mit der Materie und miteinander auseinandergesetzt und Vorbehalte/Einwände der verschiedenen Seiten kennengelernt haben. Das jetzt sicher vorhandene größere Verständnis lässt in Zukunft vielleicht auch Entwicklungen in der Geburtshilfe („neue Strukturen“) in NRW zu, die alle Seiten bislang nicht für möglich gehalten haben.“

Dr. med. Klaus-Dieter Jaspers
Christophorus-Kliniken Coesfeld



© MGEPA NRW / Foto: Christoph Meinerz

Abbildung 8: Übergabe des Abschlussberichts durch die Mitglieder des Runden Tisches „Geburtshilfe“ bei der Abschlusssitzung am 28.09.2015

C Mitglieder des Runden Tisches „Geburtshilfe“

<i>Name</i>	<i>Institution</i>
Averesch, Sigrid	Verband der Ersatzkassen e. V.
Bärtling Dr., Thomas	Berufsverband der Frauenärzte e.V. Nordrhein
Bauer Prof. 'in Dr., Nicola H.	Hochschule für Gesundheit NRW
Behrendt, Regina	Verbraucherzentrale NRW e.V.
Blomeier, Barbara	Landesverband der Hebammen NRW e.V.
Blum, Matthias	Krankenhausgesellschaft NRW e.V.
Dickmann-Löffler, Elke	Netzwerk der Geburtshäuser e.V.
Egelkraut, Renate	Landesverband der Hebammen NRW e.V.
Englisch Dr., Rolf	Berufsverband der Frauenärzte Westfalen-Lippe e.V.
Ernst, Christiane	Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW
Frenz, Cordula	Bund freiberuflicher Hebammen e.V.
Gembruch Prof. Dr., Ulrich	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
Heidrich Dr., Susanne	Ärztekammer Nordrhein
Heise, Helene	AOK Rheinland/Hamburg
Hellberg, Nils	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.
Höfer, Ute	Arbeitskreis Frauengesundheit e.V.
Hornberg Prof. 'in Dr., Claudia	Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW
Huber Dr., Hans-Georg	Ärztekammer Nordrhein
Jaspers Dr., Klaus-Dieter	Christophorus-Kliniken/St. Vincenz-Hospital Coesfeld
Kahlberg-Spix, Petra	Hebammenschule Bensberg
Kerntopf, Alexander	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
Kosfeld, Barbara	Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V.
Krahé Dr., Ute	Berufsverband der Frauenärzte e.V. Westfalen-Lippe
Lehwald, Simone	Berufsverband deutscher Laktationsberaterinnen e.V.

Name	Institution
Losch, Astrid	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
Mais, Andrea	Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V.
May Dr., Peter-Johann	Krankenhausgesellschaft NRW e.V.
Menzel Dr., Matthias	Städte- und Gemeindebund NRW
Müller, Andre	AOK Rheinland/Hamburg
Müller-Markfort, Eva-Maria	Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V.
Nienhuys, Heiner	Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport NRW
Otto, Petra	Arbeitskreis Frauengesundheit e.V.
Radtke, Anja	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
Rosa-Bian, Isabelle	Netzwerk der Geburtshäuser e.V.
Runte, Nitya	Hebammen für Deutschland e.V.
Schäfers Prof. in, Rainhild	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Schmidt Prof., Markus	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie u. Geburtshilfe e.V.
Schmidt, Joachim	Finanzministerium NRW
Schröter, Beate	Bildungsinstitut für Gesundheit/Hebammenschule Bensberg
Vontz-Liesegang, Andrea	Städtetag NRW
Wascher-Ociepka, Gerlinde	Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V.
Weining Dr., Christiane	Ärztchammer Westfalen-Lippe
Wenning Dr., Markus	Ärztchammer Westfalen-Lippe

D Glossar

Bezeichnung	Erklärung
Adipositas	Fettleibigkeit (BMI \geq 30 kg(m ²))
ÄGGF	Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V.
Anamnese	Erhebung der Vorgeschichte von Patientinnen und Patienten.
antenatale Kortikoidsteroid - Therapiegabe	Lungenreifeinduktion - Die antenatale Kortikoidsteroid-Therapie wird bei drohender Frühgeburt an die Mutter verabreicht, um die Lungenreifeung beim Kind zu induzieren.
APGAR-Wert	Punkte-Schema für die Zustandsdiagnostik des Neugeborenen unmittelbar postnatal. (U1)
APrVO	eigentlich HebAPrV= Ausbildungs- und Prüfungs-Verordnung für Hebammen und Entbindungspfleger.
AQUA Institut	Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
AWMF Institut	Institut für Medizinisches Wissensmanagement
Azidose	Störung im Säure-Basen-Haushalt mit Abfall des arteriellen pH-Wertes unter 7,36. Kommt es während der Wehen zu Hypoxämien, anaeroben Glykolyse und zunehmender „Azidose“; erst bei einem Nabelarterien-pH < 7,20 spricht man von einer relevanten Azidose nach vaginalem Geburt(sversuch).
B.Sc.	Bachelor of Science ist ein akademischer Hochschulabschluss.
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BEL	Beckenendlage
Beleihung	Durch die Rechtsfigur der Beleihung werden Hoheitsrechte auf private Unternehmen oder natürliche Personen übertragen.
BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BI	Bundesinitiative "Frühe Hilfen"
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
caseload midwifery	Betreuungskontinuität von der Schwangerschaft über Geburt, Wochenbett und Stillzeit durch eine oder mehrere persönlich bekannte Hebamme(n).

CTG	Cardiotokographie,- fortlaufende apparative Ableitung und Aufzeichnung der fetalen Herzschlagfrequenz und gleichzeitig der Wehentätigkeit während Spätschwangerschaft und Geburt zur Überwachung des Feten.
DAGG	Deutsche Akademie für Gynäkologie und Geburtshilfe
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
Defäkation	Stuhlentleerung
DFH	Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V.
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
DGHWi	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
dip	praxisorientiertes Forschungsinstitut der Katholischen Hochschule.
Doppler-Sonographie	(sonus Laut, Ton; -graphie). Verfahren der Ultraschall-Diagnostik zur Darstellung und Messung von Blutflussgeschwindigkeiten.
DRG	Diagnosis Related Groups (deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen); bezeichnet ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren für Krankenhaufälle.
E-E-Zeit	Entschluss-Entwicklungs-Zeit; bezeichnet die Spanne vom Entschluss für den Notfallkaiserschnitt bis zur operativen Geburt des Kindes. Sie sollte 20 Minuten möglichst nicht überschreiten.
Eklampsie	Eine lebensbedrohliche Komplikation der Präeklampsie ist das Auftreten einer Eklampsie, d. h. von neurologischen Störungen in Form von Krampfanfällen.
Episiotomie	Scheidendammschnitt; häufigste erweiternde Operation am weichen Geburtskanal, u. a. zur Vermeidung eines Dammrisses.
Erstparität	Unter Parität versteht man die Anzahl der Geburten einer Frau. Hier somit die erste Geburt.
EU	Europäische Union
evidenzbasiert	auf der Basis empirisch zusammengetragener und bewerteter wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgend (von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen).
Exzedentenlösung	Deckungserweiterung über die gewählte Versicherungssumme hinaus.
fetale Echokardiographie	Detaillierte Untersuchung des Herzens des Feten mittels hochauflösender Ultraschallgeräte Ferner können mit Hilfe der Doppler-Sonographie die Blutflüsse im Herzen und in den angrenzenden

	Blutgefäßen dargestellt werden.
fetomaternal	Fet und Mutter betreffend.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE-Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Geburtsmodus	Art der Geburt des Kindes (Spontangeburt, Geburt durch Saugglocke, Zange oder Kaiserschnitt).
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.
Gemini	Zwillinge
Gestationsalter	Schwangerschaftsalter; kalendarisches Alter des Fetus bzw. des Neugeborenen ab erfolgter Befruchtung ('Konzeptionsalter'; 'Embryonalalter'; post conceptionem); geburtshilflich wird aber fast immer das Alter ab dem 1. Tag der letzten Regelblutung (Menstruation) angegeben, also post menstruationem.
GFMK	Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen und -minister, -senatoren und -senatorinnen der Länder.
GKV-Spitzenverband	Gesetzliche Krankenversicherung-Spitzenverband
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
Hebammenzentrale	Ein Service der Hebammengemeinschaft. Eine koordinierende Stelle, die schwangeren Frauen auf der Suche nach einer Hebamme als Anlaufstelle dient.
HebAPrV	Ausbildungs- und Prüfungs-Verordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
HebG	Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers. Kurztitel: Hebammengesetz
HebGO NRW	Hebammengebührenordnung Nordrhein-Westfalen
Heilwesenrisiken	Versicherungstechnischer Begriff des Haftpflichtrisikos von Krankenhäusern und Berufsträgern wie Ärztinnen und Ärzten, Hebammen.
HELLP-Syndrom	Seltene, sehr gefährliche Variante der Präeklampsie, gekennzeichnet durch Hämolyse, erhöhte Leberenzyme und erniedrigte Blutplättchenkonzentration
+	
hkk	Handelskrankenkasse (ehemals HEK)
IGeL	Individuelle Gesundheits-Leistungen, die nicht zum festgeschriebenen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zählen.
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung

IMAG	Interministerielle Arbeitsgruppe
KatHO NRW	Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
KGNW	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
Latenzphase	Erste Phase der Eröffnungsperiode, die nicht notwendigerweise kontinuierlich verlaufen muss. Sie ist gekennzeichnet von schmerzhaften Wehen, dem Verstreichen des Gebärmutterhalskanals sowie der Eröffnung des Muttermundes bis zu 4 cm (bei Mehrgebärenden manchmal auch bis zu 6 cm). Die Wirkung der Wehen auf den Gebärmutterhals kann dabei über Stunden subtil sein.
Long-Tail-Risiko	Risiko bei Sparten und Zweigen des Versicherungsgeschäfts, die eine langfristige Schadenregulierungsdauer aufweisen.
LT-Drucksache	Landtag-Drucksache
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Vorgängerministerium NRW bis 2010)
maternal	mütterlich, von der Mutter ausgehend, die Mutter betreffend.
MFKJKS	Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
Mikrozensus	Der Mikrozensus ist eine repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland.
MLU	Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg
Morbidität	Krankheitshäufigkeit, Krankheitsgeschehen innerhalb einer Population; wird beschrieben durch bestimmte Morbiditäts-Ziffern,
Mortalität	Sterblichkeit; Todesfälle bezogen auf eine spezielle Population (z.B. alle Neugeborene bis zum 28. Lebensstag: neonatale Mortalität)
neonatal	das Neugeborene betreffend.
NIPT-Diagnostik	"nicht invasiver pränataler Test". Verfahren der Pränatal-Diagnostik, bei dem Chromosomen-Abweichungen des Kindes aus dem mütterlichen Blut nachgewiesen werden. Das Ziel ist es, invasive Methoden wie zum Beispiel Fruchtwasseruntersuchungen zu vermeiden, weil diese ein, wenn auch geringes (0,1 - 0,5 %), Risiko einer Fehlgeburt bedingen.
NZFH	Nationales Zentrum „Frühe Hilfen“
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
Outcome	Begriff aus der Gesundheitsökonomie: die Bestimmung eines Gesundheitszustandes von

	Patientinnen und Patienten als Ergebnis einer medizinischen Intervention; relevante Faktoren sind Mortalität und Morbidität/Multimorbidität und Lebensqualität.
pathologisch	krankhaft
Periduralanästhesie (PDA)	Eine Form der Regionalanästhesie, genauer der rückenmarksnahen Regionalanästhesie (vergleiche auch Spinalanästhesie). Sie bewirkt die zeitweilige, umkehrbare Funktionshemmung ausgewählter Nervensegmente, führt dabei zu Empfindungslosigkeit, Schmerzfremheit und Hemmung der aktiven Beweglichkeit im zugehörigen Körperabschnitt und ermöglicht die Durchführung ansonsten schmerzhafter medizinischer Prozeduren.
perinatal	Die Zeit um die Geburt herum ('Perinatalperiode': 22. Schwangerschaftswoche post menstruationem bis 7. Lebenstag) betreffend.
perinatale Mortalität	Anzahl der kindlichen Todesfälle in der Perinatalperiode, in Deutschland definiert als alle Todesfälle von Lebendgeborenen bis zum 7. Lebenstag und alle totgeborenen Kinder (Geburtsgewicht \geq 500 g)
physiologisch	Physiologie: Die Lehre von den normalen Lebensvorgängen
Placenta praevia	Unter Placenta praevia versteht man eine atypische Lokalisation der Plazenta (Mutterkuchen) im unteren Uterinsegment nahe des inneren Muttermundes (tiefer Sitz), ihn erreichend (Placenta praevia marginalis), ihn auch teilweise (Placenta praevia partialis) oder komplett (Placenta praevia totalis) überlagernd. Die Hauptkomplikation der Placenta praevia ist die schmerzlose Blutung.
PND	Pränataldiagnostik.
postpartale Phase	Phase nach der Geburt
Präeklampsie	Eine Erkrankung, die nur in der Schwangerschaft auftritt und mit Bluthochdruck und Proteinurie einhergeht, und in schweren Fällen für Fet und Mutter lebensbedrohend sein kann (früher auch EPH-Gestose (E= (edema) Ödem, P= Proteinurie; H= Hypertonie) genannt.
pränatal	vor der Geburt
Pränataldiagnostik	Untersuchung des ungeborenen Kindes
QUAG	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
relative Indikationen	Bei der relativen Indikation besteht nur eine bedingte Gefährdung des Patienten bzw. es kommen sinnvolle alternative Maßnahmen in

	Betracht.
Risikograviditäten	Risikoschwangerschaften
Screening	Systematischer Test, Suchtest, Siebtest; zeit- und kostengünstige Suchtests, z.B. zur ersten Identifizierung von gefährlichen Stoffen; als epidemiologische Untersuchungsmethode, insbesondere zur Erfassung eines klinischen symptomlosen oder prämorbidem Krankheitsstadiums, z.B. Reihenuntersuchungen.
Sectio	eigentlich Sectio caesarea = Kaiserschnitt
SGB	Sozialgesetzbuch
Skills Labs	Die Lehrangebote der Skills-Labs Bochum sind ein freiwilliges Trainingsangebot, das allen Medizinstudierenden der Medizinischen Fakultät zur Verfügung steht. Die Kurse unterstützen die curriculare Pflichtlehre und zielen darauf ab, Studierende im Üben und Vertiefen praktisch klinischer Fertigkeiten zu unterstützen.
SSW	Schwangerschaftswoche, in der Regel post menstruationem (p.m.) angegeben
subpartal	unter (während) der Geburt
Trimenon	Eine Schwangerschaft wird in 3 Drittel (Trimena, Einzahl Trimenon), also 3 Abschnitte von etwa 3 Monaten Dauer (je ca. 13 Wochen) eingeteilt.
UNFPA	United Nations Populations Fund. Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Weltkinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
valide	gültig, gesichert
Wachstumsretardierung	Allgemeine Bezeichnung für Verzögerung oder Verlangsamung des Wachstums.
WHO	World Health Organization. (Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen)

E Literatur und Datenquellen

ÄGGF (2002). Evaluation des Unterrichts - Projekt - Auswertungsbericht (August 2002)

AQUA — Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2014). Qualitätsreport 2013. <https://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2013/AQUA-Qualitaetsreport-2013.pdf> [Zugriff am 23.09.2015].

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e.V.) (2015). Für die Wiedergeburt der normalen Geburt. Dokumentation zum Fachtag 2014 – Interview mit Dr. med. K.-D. Jaspers – Bundesweite Aktivitäten zur normalen Geburt.

AWMF-Institut (2013). Mindestanforderung an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung – Leitlinie 015-078

Bauer, N. H. (2011). Der Hebammenkreißaal - Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. Göttingen: V&R unipress.

Bauer, N. H. & Kraienhemke, M. (2013). Ein praktischer Beruf – warum studieren? Zur Akademisierung des Hebammenberufs. Dr. med. Mabuse 204.

Bauer, N. H., Pohlabein, H. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2010). Hebammen-kreißaal: weniger Interventionen, gute Ergebnisse. Hebammenforum, 10:838-840.

Bauer, N.H.; Schäfers, R., Villmar, A. & Bode, A. (2015). Pilotstudie Bestandsaufnahme Hebammenversorgung in NRW. Abschlussbericht. Hochschule für Gesundheit Bochum.

Bauer, S., & Kötter, C. (2013). Geburtshäuser: Versorgungsalternative zur Klinikentbindung? Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 217(1),14-23,doi: 10.1055/s-0032-1333214

Beck, B., Nickolaus, B., Kraienhemke, M. & Bauer, N. H. (2013).Lernform Skillstraining am Beispiel Schulterdystokie. In: Die Heb-amme, 26 (1): 50-54.

Belau, U., (2013). Die Hebammenkunst als mögliches Alleinstellungsmerkmal im hebammengeleiteten Kreißaal – Masterthese.

BertelsmannStiftung (2012). Kaiserschnittgeburten - Entwicklung und regionale Verteilung. https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcg/Downloads/Pressebereich/FCKS/Report_Faktencheck_Kaiserschnitt_2012.pdf

Braun, B., Kolip, P. (2014). hkk Gesundheitsreport 2014. Schwangerschaft und Geburt. Ergebnisse einer Befragung von Müttern. URL: http://www.hkk.de/fileadmin/doc/broschueren_flyer/sonstiges/20141114_hkk-Gesundheitsreport_Schwangerschaft.pdf. 02.03.2015.

Brenne, S., Davis, M., Borde, T., Breckenkamp, J., Razum, O., (2015). Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge in Berlin. Gesundheitsdienst | DOI 10.1007/s00103-015-2141-6. ©Springer-Verlag.

Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ und Familienhebammen (2012-2015). Gesamtkonzept zur Umsetzung der Verwaltungsvereinbarung gem. §3 Abs.4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) in NRW, MFKJKS des Landes NRW, April 2014

Chalmers, B. (1992). WHO appropriate technology for birth revisited. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 99: 709-710

DAGG – (2014). Deutsche Akademie für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. 204. Stellungnahme der DGGG: Zur Anfrage „Expertenanhörung zum Thema Geburtshilfe“ des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstein im Oktober 2014

David, M. (2006). Sectio auf Wunsch? Eine kritische Analyse der steigenden Sectiorate aus frauenärztlicher Sicht. Die Hebamme, 19 (4): 231-235.

David, M., Pachaly, J., Vetter, K. (2006). Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants from Turkey. In: Archives of Gynecology and Obstetrics. 274(5): 271-278. **DAK-Gesundheit** (2006). Gesundheitsreport 2006. http://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2006-1117002.pdf

de Crespigny L., Savulescu J. (2014). Homebirth and the future child, J Med Ethics. 2014;40(12):807-12.

Deutscher Hebammenverband e.V. (2015). Stellungnahme zum Gesetzentwurf „Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VSG) vom März 2015.

Deutscher Hebammenverband e.V. (2015). Hebammen an der Schule. <http://www.hebammen-an-schulen.de/>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung (DNQP) (2015). Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt.

Dietrich, T. (2014). Schriftliche Mitteilung vom 12.12.2014.

Dudenhausen, J. W., Locher, B., Nolting, H.-D. (2006). Ärztliche Beratung und Wahl der Geburtsklinik. In: Der Gynäkologe, 39: 608-613.

Egelkraut, R. (2014). Schriftliche Mitteilung vom 11.12.2014.

Abschlussbericht Runder Tisch Geburtshilfe

Evers A, Brouwers H et al. (2010). Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: A prospective cohort study, *Brit. Med. J.* 2010; 341 :c5639 , 1-8

Geschäftsstelle für Qualitätssicherung NRW (2014). Jahresauswertung 2013.

Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (2009). Vom 25. September 2009, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2009 Teil I Nr. 64, ausgegeben zu Bonn am 02. Oktober 2009.

Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (2014). Vom 24.07.2014, BGBl. I, Nr.33.

Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, et al. (2013). Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209:323.e1-6.

Grzybowski, S., Stoll, K., & Kornelsen, J. (2011). Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural woman. *BMC Health Services Research*, 11, 147. doi: 10.1186/1472-6963-11-147

Handelskrankenkasse (hkk) Gesundheitsreport (2014). Schwangerschaft und Geburt, Ergebnisse einer Befragung von Müttern.

Hebammen-Vergütungsordnung (2014). Anlage 1 zum Vertrag nach § 134a SGB V.

HebAPrV – Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (2013). In der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929), die zuletzt durch Artikel 5 der Verordnung vom 02. August 2013 (BGBl. I S. 3005) geändert worden ist.

HebBO NRW - Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (2009). HebBO NRW (Verordnung) Landesrecht Nordrhein-Westfalen Geltungsbereich. Zuletzt geändert durch Artikel 6 der Verordnung vom 15. Dezember 2009 (GV: NRW. S. 904).

HebG - Hebammengesetz (2014). Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers. Ausfertigungsdatum: 04.06.1985. „Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), das zuletzt durch Artikel 4 der Verordnung vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1301) geändert worden ist.“

HebGO NRW (2008). Ergänzungsvertrag nach §134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen.
http://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/geburtshaeuser/alte_dokumente_1/Geburtshaeuser_Ergaenzungsvertrag_ueber_Betriebskosten_bis_26062011.pdf

HebGO NRW (2012). Vertrag des GKV-Spitzenverbandes mit den Hebammenverbänden nach §134a SGB V.

Hinzpeter, B., Layer, C., Klapp, C., Gille, G. (2010). Wir müssen die Frauen erreichen-in unserer oder in ihrer Sprache; Ärztliche Präventionsgespräche mit Frauen aus Drittstaaten – Erfahrungen mit einem EU geförderten Projekt. Gynäkologe 2010:43:355-360.

Hochschule Osnabrück (2015). Unter URL: <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/berufsfachschulen-midwifery.html> [Zugriff am 02.04.2015].

Horschitz, H., Kurtenbach, H. (2003). Hebammengesetz. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Hannover: Elwin Staude Verlag.

Huch, A. & Chaoui, R. (2006). Sectio caesares. In: Schneider, H., Husslein, P. & Schneider, K. (Hrsg.). Die Geburtshilfe (782-798). 3. Auflage. Heidelberg: Springer.

IGES-Institut (2012). Gutachten zur Versorgungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe.

Igl, Gerhard (2015). Rechtliche Entwicklungsperspektiven aufgrund der Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Modellvorhaben, Entwurf Februar 2015.

IMAG - Interministerielle Arbeitsgruppe (2014). Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ vom 29.04.2014. Berlin.

Klein, R.,(2014). Eine Handlungsempfehlung für die universitäre Lehrerbildung Kultur der Selbstständigkeit und Diversity Education. München; Hampp.

Kolip, P., Baumgärtner, B. & Rahden, O. von (2009). Entbindungsort und Entbindungsmodus. In: Bitzer, E. M., Walter, U., Lingner, H. & Schwartz, F. (Hrsg.). Kindergesundheit stärken (58-65). Heidelberg: Springer.

Kolip, P., Baumgärtner, B. (2013). Gesundheitsberichte Spezial. Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt. Druckfassung im Internet unter: www.mgepa.nrw.de/ministerium/service

Kosfeld, B., (2013). Die Hebammenpraxis im Gesundheitsmarkt – Chancen und Möglichkeiten einer Positionierung – Masterthese.

Kosfeld, B.,(2014). Die Hebammenpraxis im Wandel – Masterthese.

Kraienhemke, M., Nickolaus, B., Bode, A., Schäfers, R. & Bauer, N. H. (2015). Bachelor of Science: Staatliche Prüfungen an der Hochschule für Gesundheit Bochum. Die Hebamme, 28 (1) – im Druck.

Abschlussbericht Runder Tisch Geburtshilfe

Landesregierung NRW (2011). Antwort auf Große Anfrage 3 der Partei Die Linke vom 12.09.2011. LT-Drucksache 15/2148; LT-Drucksache 15/2795.

Landeshebammen-gesetz NRW (2002) in der Fassung von 2012.

Landesverband der Hebammen NRW e.V. (2015). Hebammenschulen in NRW. Unter URL: <http://www.hebammen-nrw.de/cms/beruf-hebamme/ausbildung/schulen-in-nrw/> [Zugriff am 22.03.2015].

Landeszentrum Gesundheit NRW (2014). Zugriff am 18.12.2014. Verfügbar unter: https://www.lzg.gc.nrw.de/themen/gesundheit_berichte_daten/gesundheitsindikatoren/index.html.

Loytved, C. (2014). Qualitätsbericht 2013. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Gesellschaft für Qualitätssicherung in der Außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) (Hrsg.). Auerbach: Verlag wissenschaftliche Scripten.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (2005). Empfehlende Ausbildungsrichtlinie der staatlich anerkannten Hebammenschulen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Menacker, F., Declercq, E., & MacDorman, M. F. (2006). Cesarean Delivery: Background, Trends and Epidemiology. *Seminars in Perinatology*, 30 (5): 235-241.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (2015). Krankenhausplan NRW 2015. Verfügbar unter: http://www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/krankenhaeuser/krankenhausplan_NRW_2015/index.php

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (2013). Gesundheitsberichte Spezial. Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (2013). Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2013. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Düsseldorf.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (2015). Ergebnisse der Evaluation der Modellstudiengänge in Pflege- und gesundheitsberufe <http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/service/veranstaltungen/Veranstaltungsdokumentation/Evaluationsergebnisse-zu-den-Modellstudiengaengen/index.php> in NRW.

Münchener Perinatalstudie (1975-1977). http://www.bqs-qualitaetsreport.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/index_html

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2012). Kompetenzprofil Familienhebammen, Köln 2012.

Abschlussbericht Runder Tisch Geburtshilfe

Netzwerk der Geburtshäuser e.V. (2015). Liste der Geburtshäuser in Deutschland. Zugriff am 20.03.2015. Verfügbar unter: <http://www.netzwerk-geburtshaeuser.de/liste-der-geburtshaeuser-deutschland/>

QUAG – Gesellschaft für außerklinische Geburtshilfe e.V. (2014). Qualitätsbericht 2013: Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Verlag Wissenschaftliche Scripten 1. Auflage 2014.

QUAG – Gesellschaft für außerklinische Geburtshilfe e.V. (2015). Historie. <http://www.quag.de/quag/historie.htm> Zugriff am 20.04.2015

Razum, O., Reeske, A., Spallek, J. (2011). Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund. Challenges in Public Health. Band 59. Peter Lang: Frankfurt/Main, S. 15-30.

Reeske, A., Spallek, J., Razum, O. (2011). Migration und Gesundheit. In: Razum, O., Reeske, A., Spallek, J. (Hrsg.). Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund. Challenges in Public Health. Band 59. Peter Lang: Frankfurt/Main, S. 15-30.

Reeske, A., (2011). Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge – Literaturübersicht. In: Razum, O., Reeske A., Spallek, J., (Hrsg.). Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund. Verlag Peter Lang, Frankfurt a. M., S.31-44.

Reime, B., Janssen, P. A., Farris, L., Borde, T., Hellmers, C., Myezwa, H., Wenzlaff, P. (2012). Maternal near-miss among women with a migrant background in Germany. In: Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia, 91: 824-829.

Renner, I. (2007). Pränataldiagnostik: eine repräsentative Befragung Schwangerer. Informationsdienst Forum Online. Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Köln. URL: <http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=990>, 11.03.2015.

Romano I, König M., Ederer C. et al. (2013). Fälle für Alle e.V.: Welche Erwartungen haben Hebammen an ein Fallberichtssystem? Die Hebamme 2013; 40-44.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378>

Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Sayn-Wittgenstein, F. zu & Schäfers, R. (2009). Gesundheitssystemforschung im Kontext der Frauengesundheitsberichterstattung - Analyse der Datenlage zu den Versorgungsleistungen durch Hebammen. Osnabrück.

Abschlussbericht Runder Tisch Geburtshilfe

Sayn-Wittgenstein, F. zu, Schäfers, R., Bauer, N. H., Kümper, J. & Foraita, R. (2011). Forschungsprojekt zum Hebammenkreißsaal: Chance für Veränderungen. Deutsche Hebammen Zeitschrift, 12: 26-28.

Schäfers, R. (2011). Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes. Münster: Monsenstein und Vannerdat.

Schäfers, R. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2009). neue perspektiven entwickeln – Hebammen stellen ihre Arbeit dar. Hebammenforum, 8: 643-646.

Schneider, K. M., Pildner von Steinburg, S. & Fischer, T. (2005). Ist die hohe Kaiserschnitttrate vertretbar? Deutsche Hebammen Zeitschrift, (5): 50-54.

Schwarz, C. (2010). „da wär ich teilweise gar nicht mehr zurecht gekommen“. Hebammenforum, (1): 11-15.

Schwarz, C. & Gruber P. (2010). Neues Fallberichtsportal: Fälle für Alle. Deutsche Hebammenzeitschrift 2010.12;32.

Simoes, E., Kunz, S., Bosing-Schwenkglens, M., Schwoerer, P., Schmahl, FW (2003). Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge – ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz. Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998-2001. Geburtshilfliche Frauenheilkunde 63

Statistisches Bundesamt (2015). Anfrage zu Gesundheitspersonalrechnung, Kundennummer 353616/482852. Schriftliche Mitteilung vom 27.01.2015

Statistisches Bundesamt (2013a). Gesundheit Personal 2000-2011. Fachserie 12, Reihe 7.3.2. Wiesbaden: Eigenverlag.

Statistisches Bundesamt (2013b). Anteil der Kaiserschnittentbindungen 2012 um 0,4 Prozentpunkte zurückgegangen. Pressemitteilung vom 23. Oktober 2013 - 357/13.

Terzioglu, N. (2006). Migration – ein weiterer Risikofaktor in der Schwangerschaft? BzGA Forum 3-2006.

Thomas, H. (2011). Welche Formen der freiberuflichen Hebammenarbeit gibt es? In: Deutscher Hebammenverband (Hrsg.). Praxisbuch für Hebammen: Erfolgreich freiberuflich arbeiten. S. 1-36. Stuttgart: Hippokrates.

Tuschy, B., Berlit, S., Hagele, F. (2012). Welche Erwartungen stellen Schwangere an eine ideale Entbindungsklinik? In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 216(6): 246-252.

UNFPA (2014). The State Of The World's Midwifery Report. www.sowmy.org

Abschlussbericht Runder Tisch Geburtshilfe

Verbund Hebammenforschung (Hrsg.) (2007). Handbuch Hebammenkreißsaal - Von der Idee zur Umsetzung. Osnabrück: Eigenverlag.

Waldenström, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Woman and Birth*, 20: 175-180.

Wax, J. R., Lucas, F. L., Lamont, M., et al. (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J. Obstet Gynecol* 2010; 203:243.e1-8.

Wittneben, K. (2003). Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. 5. Auflage. Frankfurt am Main/Berlin/Bern/Bruxelles/New York/Wien. Europäische Hochschulschriften - Reihe 11, Pädagogik - Band 473.

World Health Organization (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet* (August 24): 436-437.

Zoega, M. (2004). Die Professionalisierung des Hebammenberufes. Anforderungen an die Ausbildung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
Referat "Politische Planung, Reden"
Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 8618-50
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

für den Runden Tisch Geburtshilfe

Kontakt

Referat „Krankenhausversorgung“
Dr. Jörg Lafontaine
Telefon: 0211 8618-3422
E-Mail: joerg.lafontaine@mgepa.nrw.de

Referat „Recht der Pflege- und Gesundheitsfachberufe, Finanzierung
Altenpflegeausbildung, Altenpflegeumlage“
Helmut Watzlawik
Telefon: 0211 8618-3716
E-Mail: helmut.watzlawik@mgepa.nrw.de

Druck

Hausdruck

© 2015 / MGEPA VNr 165

Die Druckfassung kann bestellt oder heruntergeladen werden:

- im Internet: www.mgepa.nrw.de/publikationen
- telefonisch: 0211 837-1001
Nordrhein-Westfalen direkt

Bitte die Veröffentlichungsnummer VNr 165 angeben.