



Sachstand

**Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen
personellen Ausstattung mit Hebammen
in stationären Geburtshilfeeinrichtungen in ausgewählten Ländern**

**Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen in stationären
Geburtshilfeeinrichtungen in ausgewählten Ländern**

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 079/16
Abschluss der Arbeit: 24. Februar 2017
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	5
2.	Ausgangslage in Deutschland	5
2.1.	Einführung	5
2.2.	Angaben zu Klinikgeburten, Anzahl der Kliniken und Hebammen	7
2.3.	Verfahren und Untersuchungen zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen sowie Runde Tische	8
2.3.1.	Verfahren	8
2.3.2.	Untersuchungen	9
2.3.3.	Runde Tische zur Thematik Hebammenversorgung	11
3.	Vereinigtes Königreich, insbesondere England	12
3.1.	Angaben zu Klinikgeburten sowie Bettenanzahl	12
3.2.	Verfahren und Untersuchungen zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen	12
3.2.1.	Leitlinie des National Institute of Health and Care Excellence	12
3.2.2.	„Birthrate Plus“	13
3.2.3.	„Maternity review“ des National Health Service England	14
3.2.4.	Health Education England	15
4.	Norwegen	15
4.1.	Angaben zu Klinikgeburten, Anzahl der Kliniken und Hebammen	15
4.2.	Verfahren und Untersuchungen zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen	16
5.	Schweiz	17
5.1.	Angaben zu Klinikgeburten, Anzahl der Kliniken und Hebammen	17
5.2.	Verfahren und Untersuchungen zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen	18
6.	Spanien	19
6.1.	Angaben zu Klinikgeburten	19
6.2.	Verfahren zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen	19
7.	Türkei	19
7.1.	Angaben zu Klinikgeburten und Anzahl der Hebammen	19
7.2.	Verfahren zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen	19

8.	Ungarn	20
8.1.	Angaben zu Klinikgeburten, Anzahl der Kliniken und Hebammen	20
8.2.	Verfahren zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen	20
9.	Frankreich	20

1. Einleitung

Die Thematik der Geburtshilfe durch Hebammen ist in vielen Ländern, wie in Deutschland in großem Umfang z. B. im Zusammenhang mit der Haftpflichtversicherung, Gegenstand von Diskussionen. Mit vorliegendem Sachstand werden in ausgewählten Ländern vorhandene Verfahren vorgestellt, die eine angemessene Ausstattung von stationären Geburtshilfeeinrichtungen mit Hebammen zum Ziel haben. Zu Beginn wird die Situation in Deutschland erläutert; anschließend wird auf Länder, die konkrete Verfahren zur Personalausstattung entwickelt haben, nämlich England, Norwegen, Schweiz, Spanien, Türkei und Ungarn eingegangen. Dabei werden, soweit vorhanden, jeweils anfänglich Zahlen zu Klinikgeburten, Klinik- sowie Hebammenanzahl, dargestellt. Abschließend wird eine besondere Problematik in Frankreich, hohe Anzahl von Absolventen ohne Aussicht auf eine Festanstellung, kurz vorgestellt.

2. Ausgangslage in Deutschland

2.1. Einführung

Frauen in Deutschland haben nach § 24 f Satz 1 und 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung¹ (SGB V) einen gesetzlich verankerten Anspruch auf eine freie Wahl des Geburtsortes (ambulant oder stationär im Krankenhaus, in einer von einer Hebamme geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung oder im Rahmen einer Hausgeburt)². Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe dient u. a. der Verwirklichung dieses Anspruchs, vgl. hierzu auch § 4 Absatz 1 des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers³ (HebG). Rückläufige Geburtenzahlen können eine wirtschaftliche Bereitstellung von wohnortnahen Angeboten durch ein Krankenhaus insbesondere in strukturschwachen Regionen erschweren. Die wirtschaftliche Lage im Bereich der Geburtshilfe sei besonders schwierig, so u. a. die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)⁴, da rund 60 Pro-

1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das durch Artikel 6 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) geändert worden ist.

2 Vgl. hierzu den Wortlaut des § 24 f Satz 1 und 2 SGB V: „Die Versicherte hat Anspruch auf ambulante oder stationäre Entbindung. Die Versicherte kann ambulant in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden.“

3 Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), das durch Artikel 17b des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist. § 4 Absatz 1 HebG lautet: „Zur Leistung von Geburtshilfe sind, abgesehen von Notfällen, außer Ärztinnen und Ärzten nur Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Hebamme“ oder „Entbindungspfleger“ sowie Dienstleistungserbringer im Sinne des § 1 Abs. 2 berechtigt. Die Ärztin und der Arzt sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird.“

4 Pressemitteilung der DKG zum Krankenhaus-Barometer 2014, abrufbar unter: <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/12712> (Stand: 24. Februar 2017). Zur wirtschaftlichen Lage in der Geburtshilfe siehe auch Augurzky, Boris/Kreienberg, Rolf/Mennicken, Roman, Zukunft der Gynäkologie und Geburtshilfe, Heidelberg 2014, S. 17.

zent der geburtshilflichen Abteilungen nicht kostendeckend arbeiteten. Hinzu kommt die Problematik, dass – so das Ergebnis einer Umfrage im Frühjahr 2016 – fast jedes zweite Krankenhaus mit einer Geburtshilfeabteilung Schwierigkeiten hat, offene Hebammenstellen zu besetzen⁵. Eine solche Personalknappheit führt zu weiteren Effekten. So kommt eine vom Deutschen Hebammenverband in Zusammenarbeit mit dem Picker Institut Deutschland gGmbH im Jahr 2015 durchgeführte Umfrage⁶ unter rund 1.700 Hebammen in Deutschlands Entbindungsstationen zu dem Ergebnis, dass sich die Arbeitsbedingungen von Hebammen in Krankenhäusern verschlechtern. Fast die Hälfte der Hebammen kümmerte sich danach um drei Frauen gleichzeitig während der Geburt. Demgegenüber zeigt eine Untersuchung, über die im Rahmen einer Literaturübersicht berichtet wird, dass die Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt eine Absenkung von Interventionsraten zur Folge hat, wobei die Ergebnisse internationaler Studien nur bedingt auf Deutschland übertragbar seien⁷. Zu dem Ergebnis einer Absenkung von Interventionsraten bei einer Eins-zu-eins-Betreuung kommt eine weitere Untersuchung von 23 Studien aus 16 Ländern⁸.

-
- 5 Deutsches Krankenhausinstitut, Blum, Karl/Löffert, Sabine/Offermanns, Matthias/Steffen, Petra, Krankenhaus-Barometer, Umfrage 2016, S. 26, abrufbar unter: https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2016_12_19_kh_barometer_final.pdf (Stand: 24. Februar 2017).
 - 6 Picker Institut Deutschland gGmbH, Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken, Hebammenbefragung 2015, abrufbar unter: https://www.hebammenverband.de/fileadmin/download/PDF/DHV_Hebammenbefragung_Nov_2015_final.pdf (Stand: 24. Februar 2017).
 - 7 Knappe/Schnepf/Krahl/zu Sayn-Wittgenstein, Die Effektivität der Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt. Eine Literaturübersicht, Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 2013, S. 161; eine Zusammenfassung ist abrufbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1355382?lang=de> (Stand: 24. Februar 2017).
 - 8 Hodnett/Gates/Hofmeyr/Sakala, Continuous support for women during childbirth (Review), 2013, The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. Die Studien wurden in Australien, Belgien, Kanada, Finnland, Frankreich, Mexiko, Schweden und weiteren Ländern durchgeführt.

2.2. Angaben zu Klinikgeburten, Anzahl der Kliniken und Hebammen

In Deutschland kommen mehr als 98 Prozent der Kinder im Krankenhaus zur Welt⁹. Seit 2003 wird – derzeit an 16 Standorten – „die hebammengeleitete Geburtshilfe im Rahmen des Versorgungskonzeptes Hebammenkreißaal in Kliniken umgesetzt“¹⁰. Dabei betreuen Hebammen eigenverantwortlich ohne ärztliche Geburtshilfe gesunde Schwangere bei der Geburt ihrer Kinder in der Klinik. Im Falle einer Komplikation kann die Schwangere sofort in ärztliche Betreuung weitergeleitet werden. Die Anzahl der Krankenhäuser, die Entbindungen durchführen, ist zwischen 1991 und 2015 um rund 40 Prozent (von 1186 auf 709) zurückgegangen, siehe Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik 1991 – 2015, Krankenhäuser mit Entbindungen

Anlage 1.

Die Anzahl der in den Krankenhäusern tätigen festangestellten Hebammen ist von 6.620 im Jahr 1991 auf 9.081 im Jahr 2015 um rund 37 Prozent angestiegen (bei den festangestellten sowie Beleghebammen insgesamt ist ein Anstieg in dem Zeitraum von rund 24 Prozent zu verzeichnen). Dieser Anstieg relativiert sich dadurch, dass sich in dem gleichen Zeitraum die Anzahl der in Teilzeit beschäftigten festangestellten Hebammen mehr als verdreifacht hat, siehe Krankenhausstatistik 1991 – 2015, Festangestellte Hebammen/Entbindungspfleger Anzahl bzw. Beleghebammen/Entbindungspfleger Anzahl

Anlagen 2 und 3.

-
- 9 Statistisches Bundesamt, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Zusammenfassende Übersichten, Eheschließungen, Geborene und Gestorbene, 1946 bis 2015, S. 2, abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/ZusammenEheschliessungenGeboreneGestorbene5126102157004.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 24. Februar 2017) im Verhältnis zu Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik, In Krankenhäusern geborene Kinder (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Krankenhausmerkmale (Bettenzahl / Art der Zulassung / Träger), lebendgeboren/totgeboren, 1991 bis 2015, abrufbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_FORM-PROC?TARGET=&PAGE=XWD_102&OPINDEX=1&HANDLER=XS_ROTATE_ADVANCED&DATA-CUBE=XWD_130&D.000=ACROSS&D.922=DOWN&D.422=DOWN (Stand: 24. Februar 2017). In Deutschland wurden 2015 737.575 Kinder geboren.
- 10 Bauer, Nicola H./Pohlabein, Hermann/zu Sayn-Wittgenstein, Friederike, Hebammenkreißaal: weniger Interventionen, gute Ergebnisse in: Hebammenforum 10/2010, S. 838, abrufbar unter: https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_naw-secured1&u=0&g=0&t=1491906494&hash=8fac61e274212237f03d47722efa10a89cf52674&file=fileadmin/user_upload/Hebammenkreissaele/PDF/HF_10-10hebammenkriissaal_seite838-840ohne.pdf (Stand: 24. Februar 2017).

2.3. Verfahren und Untersuchungen zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen sowie Runde Tische

2.3.1. Verfahren

Nach § 1 in Verbindung mit § 6 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)¹¹ sind die Länder verpflichtet, die wirtschaftliche Sicherung ihrer Krankenhäuser zu gewährleisten, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten. Hierfür stellen die Länder Krankenhauspläne auf. Eine wesentliche Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses ist die Finanzierung des notwendigen Personals¹² und damit die bedarfsgerechte Personalbemessung. Die Krankenhauspläne sehen in Bezug auf die Ausstattung mit Hebammen keine konkreten Empfehlungen vor. Nach § 1 KHG, der das eigenverantwortliche Wirtschaften der Krankenhäuser betont, wird der Personalbedarf im jeweiligen Krankenhaus bestimmt. Der Personalbedarf an Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen wird in der Regel erlösorientiert (nach dem German-Diagnosis Related Groups-System)¹³, ausgehend von einer im Jahr 1993 erfolgten Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (780 Minuten pro Geburt)¹⁴ oder durch weitere Berechnungen ermittelt¹⁵. Nach der S1 – Leitlinie: Empfehlungen für die strukturellen

-
- 11 Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist.
 - 12 Dietz, Otmar/Quaas, Michael/Stollmann, Frank/Geiser, Matthias/Tuschen, Karl-Heinz, Praxis der Kommunalverwaltung, EL 2016, H 10 Bund, Leistungsfähiges Krankenhaus.
 - 13 Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen wurde 2003 auf freiwilliger Basis bzw. 2004 verbindlich für die deutschen Krankenhäuser gemäß § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Grundlage hierfür bildet das G-DRG-System (German-Diagnosis Related Groups-System), wodurch jeder stationäre Behandlungsfall mittels einer entsprechenden DRG-Fallpauschale vergütet wird. Die erlösorientierte Personalbedarfsbestimmung erfolgt über die Kalkulationsdaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die Kalkulation erfolgt jährlich auf Grundlage der Kosten- und Leistungsdaten einer Stichprobe bei deutschen Krankenhäusern. Ermittelt werden die Personalkosten, die pro DRG, maximal verursacht werden dürfen. Einzelheiten sind abrufbar über das InEK unter: <http://www.g-drg.de/cms/> (Stand: 24. Februar 2017). Zur erlösorientierten Personalanalyse siehe auch Plücker, Wolfgang, Welche Bedeutung hat die erlösorientierte Personalanalyse für die Ärzte? In: Arzt und Krankenhaus 1/2014, S. 23, abrufbar unter: http://www.dkigmbh.de/_pdfs/20140131PersonalAnalyse.pdf (Stand: 24. Februar 2017).
 - 14 In der Empfehlung vom 01. Januar 1993 ist der Personalbedarf von Hebammen in geburtshilflichen Abteilungen von Krankenhäusern mit mehr als 600 Geburten im Jahr geregelt. Danach ist bei der Personalbemessung ein Minutenwert von 780 Minuten pro Geburt anzusetzen, vgl. hierzu zu Sayn-Wittgenstein, Geburtshilfe neu denken, Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland, 2007, S. 155.
 - 15 Weitere Berechnungen z. B. ausgeführt durch Unternehmensberatungen, vgl. hierzu Rogava, Nina/Gorschlüter, Petra/Haubrock, Manfred, Erprobung eines Personalbedarfsermittlungsinstrumentes für Hebammen im Kreißaal, 2016, abrufbar über den Deutschen Hebammenverband unter: <https://www.hebammenverband.de/hebammenkongress/xiv-hebammenkongress/forschungsworkshop/erprobung-eines-personalbedarfsermittlungsinstrumentes-fuer-hebammen-im-kreissaal/> (Stand: 24. Februar 2017).

Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland¹⁶ soll eine kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren während der Geburt durch eine Hebamme gewährleistet sein. „Um eine durchgehende Besetzung in einer Klinik mit ≤ 600 Geburten/Jahr zu gewährleisten, sind somit mindestens 5,65 Hebammenstellen erforderlich. Abhängig von der jährlichen Geburtenrate sollen so viele Hebammen in der Klinik anwesend bzw. rufbereit sein, dass zu mehr als 95 % der Zeit eine 1 zu 1 Betreuung der Gebärenden gewährleistet ist. Dies erfordert pro zusätzlichen 100 Geburten mindestens 0,93 weitere Hebammenstellen“, so die Leitlinie.

2.3.2. Untersuchungen

- In einem von 2012 bis 2016 angelegten Forschungsprojekt des Verbunds Hebammenforschung – Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißaal¹⁷ – wurden „Möglichkeiten, den Bedarf an Hebammen im Funktionsbereich Kreißaal zu ermitteln, näher analysiert“. Ziel dieses Projektes war „die Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Instrumentes zur Personalbedarfsermittlung im Kreißaal, welches sich an wissenschaftlich fundierten Kriterien der Strukturqualität orientiert und sich somit durch einen qualitätsorientierten Ansatz auszeichnet. Die hierfür verwendete Methode ist eine nicht-experimentelle Querschnittstudie¹⁸“. Als Ergebnis wird eine individuelle Berechnung der Planstellen als unerlässlich angesehen, da „die Studie unterschiedlichste Rahmenbedingungen der geburtshilflichen Arbeit nachweist“¹⁹.

Darüber hinaus wurden Untersuchungen durchgeführt, die sich (auch) mit der stationären Versorgung in der Hebammenhilfe befassen.

-
- 16 S1 – Leitlinie 087-001 der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland, 2015, abrufbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-001_S1_Perinatologische_Versorgung_2015-05.pdf (Stand: 24. Februar 2017). Die AWMF Fachgesellschaft ist in diesem Fall die Deutsche Gesellschaft für perinatale Medizin, abrufbar unter: <http://www.dgpm-online.org/> (Stand: 24. Februar 2017).
- 17 Verbund Hebammenforschung, Laufende Projekte, Forschungsschwerpunkt ISQUA, Teilprojekt B, Rogava, Nina/Gorschlüter, Petra/Haubrock, Manfred, Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißaal, abrufbar über: <https://www.hebammenforschung.de/de/laufende-projekte/#c18369> (Stand: 24. Februar 2017); Muhl, Janina/Knape, Nina/Rogava, Nina/zu Sayn-Wittgenstein, Friederike, Die Prozessanalyse geburtshilflicher Abteilungen im Rahmen der Personalbedarfsermittlung von Hebammen in: Zeitschrift für Hebammenwissenschaft, 02/2014, S. 22, abrufbar unter: <http://www.egms.de/static/resources/meetings/dghwi2014/Abstractband.pdf> (Stand: 24. Februar 2017).
- 18 Verbund Hebammenforschung, Laufende Projekte, Forschungsschwerpunkt ISQUA, Teilprojekt B, Rogava, Nina/Gorschlüter, Petra/Haubrock, Manfred, Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißaal, abrufbar unter: <https://www.hebammenforschung.de/de/laufende-projekte/#c18369> (Stand: 24. Februar 2017).
- 19 Rogava, Nina/Gorschlüter, Petra/Haubrock, Manfred, Erprobung eines Personalbedarfsermittlungsinstrumentes für Hebammen im Kreißaal, abrufbar über den Deutschen Hebammenverband unter: <https://www.hebammenverband.de/hebammenkongress/xiv-hebammenkongress/forschungsworkshop/erprobung-eines-personalbedarfsermittlungsinstrumentes-fuer-hebammen-im-kreissaal/> (Stand: 24. Februar 2017).

Im Einzelnen:

- Ein vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenes Gutachten des IGES²⁰ (unabhängiges Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen), veröffentlicht 2012, kommt zum Ergebnis, dass eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung mit Hebammenhilfe überwiegend gewährleistet ist. Während danach die durchschnittliche Entfernung zum nächsten Krankenhaus für Geburtshilfe in Kernstädten rund zwei Kilometer beträgt, liegt die durchschnittliche Entfernung im ländlichen Raum bei mehr als neun Kilometern. Es gebe jedoch einige Regionen, in denen die zurückzulegenden Wege zur Klinik überdurchschnittlich hoch seien und dadurch eine möglichst wohnortnahe Versorgung und Möglichkeit zur freien Wahl des Geburtsortes gefährdet sei. Während mit Ausnahme eines Kreises die durchschnittliche Entfernung zur nächstgelegenen Krankenhausabteilung für Geburtshilfe unter 20 Kilometer läge, wurde in einer umfassenden Betrachtung der regionalen Versorgungslage in 12 Regionen zumindest in Teilbereichen die Erreichbarkeit der klinischen und außerklinischen Hebammenhilfe als unterdurchschnittlich eingestuft.

Die Anzahl der in den Krankenhäusern tätigen Hebammen ist laut Gutachten von 1991 bis 2010 um 18,9 Prozent angestiegen. Da sich dabei allerdings die Anzahl der in Teilzeit beschäftigten Hebammen mehr als verdreifacht hat, ergibt eine Schätzung, dass die Vollzeitäquivalente für Hebammen von 1991 bis 2010 um 3 Prozent zunahm. Auch das Verhältnis Hebammen zu Lebendgeborenen habe sich im genannten Zeitraum von rund 10,6 Hebammen je 1.000 Lebendgeborenen im Krankenhaus auf rund 15,5 Hebammen und damit um 46 Prozent gesteigert.

- Ein im Jahr 2015 im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie vom IGES erstelltes Gutachten - Hebammenversorgung in Thüringen, Gutachten zur Versorgungs- und Bedarfssituation mit Hebammenleistungen sowie über die Einkommens- und Arbeitssituation von Hebammen in Thüringen²¹ - kommt zum Ergebnis, dass kurz- bis mittelfristig keine Engpässe in der Hebammenhilfe in Thüringen insgesamt (einschließlich der stationären Hebammenhilfe) zu erwarten sind. Dafür spreche der kontinuierliche Anstieg der Anzahl freiberuflich und angestellt tätiger Hebammen bei konstanten Geburtenzahlen in den vergangenen Jahren sowie tendenziell höherer Arbeitszeiten der Hebammen. Krankenhäuser berichteten im Rahmen der Befragung aber auch, dass es zunehmend Schwierigkeiten bei der Besetzung von Stellen mit Hebammen gäbe und dass die Zahl der Bewerbungen abnehme.

20 Gutachten des IGES Instituts zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe, Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, 2012, abrufbar über: http://www.iges.com/presse/2012/hebammenhilfe/e6708/infoboxContent6710/IGES_Institut_Gutachten_zur_Versorgungs_und_Verguetungssituation_in_der_aueklinischen_Hebammenhilfe_2012_ger.pdf (Stand: 24. Februar 2017).

21 Gutachten des IGES Instituts, Hebammenversorgung in Thüringen, Gutachten zur Versorgungs- und Bedarfssituation mit Hebammenleistungen sowie über die Einkommens- und Arbeitssituation von Hebammen in Thüringen, Endbericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, 2015, abrufbar über: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e13576/e13577/e13579/attr_obj13831/IGES_Institut_GutachtenHebammenversorgung_Thueringen_ger.pdf (Stand: 24. Februar 2017).

- Im Rahmen einer im Jahr 2015 veröffentlichten Studie²² wurden die Fahrzeiten für Patientinnen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnet, indem die bestehende Straßen- und Krankenhausinfrastruktur genutzt wurde, um die voraussichtlichen Änderungen der Fahrzeiten durch Zentralisierung zu schätzen. Dabei wurden Daten aus dem Jahr 2007, 2,21 Millionen Fälle (12, 7 Prozent aller Fälle) in 982 Krankenhäusern, die entweder der Frauenheilkunde oder der Geburtshilfe zugewiesen wurden, genutzt. In verschiedenen Szenarien wird schrittweise ein Zentralisierungsprozess unterstellt bis hin zu einer Schließung aller Krankenhausabteilungen unter einem Mindestvolumen von 500 Fällen in der Geburtshilfe je Klinikstandort (Szenario 1). U. a. wurde ermittelt, in welcher Zeit die Patientinnen das Krankenhaus erreichen und wie viel Prozent in relativ kurzer Zeit die Klinik erreichen. Während nach den realen Daten die Patientinnen ihr nächstgelegenes Krankenhaus in durchschnittlich elf Minuten erreichen können, würde sich diese Zeit auf mehr als 12 Minuten in Szenario 1 erhöhen. 95 Prozent der Patientinnen können ein Krankenhaus in 24 Minuten erreichen, während in Szenario 1 95 Prozent der Patientinnen nicht mehr als 26 Minuten benötigten. Im Ergebnis werde der umfassende Zugang zur Geburtshilfe durch eine Zentralisierung nicht beeinträchtigt.

2.3.3. Runde Tische zur Thematik Hebammenversorgung

In einigen Bundesländern wurden Runde Tische zur Thematik der Hebammenversorgung eingerichtet. In Nordrhein-Westfalen wurde im Februar 2014²³, in Baden-Württemberg im Oktober 2016 und in Sachsen-Anhalt im November 2016 jeweils ein entsprechender Runder Tisch eingerichtet.

Der Runde Tisch "Geburtshilfe" in NRW legte im Jahr 2015 seinen Abschlussbericht²⁴ vor. Darin

-
- 22 Mennicken, Roman/Kolodziej, Ingo/Augurzky, Boris/Kreienberg, Rolf, Konzentration der Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Deutschland: Ist ein umfassender Zugang in Gefahr?, 2015, abrufbar unter: http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/71/VA-71-2015-Frauenheilkunde-Bericht-V2x.pdf (Stand: 24. Februar 2017). Zu weiteren Einzelheiten im Rahmen einer Vollerhebung siehe auch: Augurzky, Boris/Kreienberg, Rolf/Mennicken, Roman, Zukunft der Gynäkologie und Geburtshilfe, Heidelberg 2014.
- 23 In NRW vereinbarten die Regierungsfractionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen im Koalitionsvertrag vom 18. Juni 2012, einen Runden Tisch Geburtshilfe einzurichten. Mit Kabinettsbeschluss vom 17. Dezember 2013 setzte die rot-grüne Landesregierung das Gremium ein und übertrug die Federführung für die Organisation an die Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Die konstituierende Sitzung fand am 25. Februar 2014 statt.
- 24 Der Runde Tisch Geburtshilfe, Abschlussbericht, Herausgeber Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2015, abrufbar unter: http://www.mgepa.nrw.de/media-pool/pdf/gesundheit/Finale-Fassung-Abschlussbericht_Runder-Tisch-Geburtshilfe_2015.pdf (Stand: 24. Februar 2017). Am Runden Tisch Geburtshilfe in NRW nahmen als Mitglieder neben den fachlich betroffenen Landesministerien teil: Vertretungen 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 NRW, des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V., von gesetzlichen Krankenversicherungen und dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

empfiehlt er die Versorgungsforschung zu Schwangerschaft und Geburt auszubauen²⁵, um einen Überblick über die Versorgungslage und daraus resultierende Herausforderungen zu erhalten. Ziel müsse darüber hinaus sein, den Abbau von Personalressourcen zu verhindern und eine Einzu-eins-Betreuung durch Hebammen bei einer Geburt zu erreichen. Maßnahmen sollten ermöglichen, dass "jede Schwangere in NRW innerhalb eines Zeitraums von 20 bis maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen kann"²⁶. Auch das Versorgungskonzept „Hebammenkreißsaal“ müsse weiter etabliert werden²⁷. Zu keiner Einigung kam es bei der Frage, ob eine flächendeckende Versorgung mit Krankenhäusern für Geburtshilfe oder eine Zentralisierung vorzuziehen sei.

3. Vereinigtes Königreich, insbesondere England

3.1. Angaben zu Klinikgeburten sowie Bettenanzahl

Rund 97 Prozent der Kinder werden im Vereinigten Königreich im Krankenhaus oder Geburtshaus geboren²⁸, wobei die Geburtshäuser oftmals in unmittelbarer Nähe zu einer Klinik liegen. Etwas mehr als zwei Prozent der Frauen gebären ihre Kinder zu Hause²⁹. In England hat sich die Bettenanzahl der stationären Geburtshilfe von 14.170 im Zeitraum 1990/1991 auf 7.821 im September 2016 deutlich verringert.

3.2. Verfahren und Untersuchungen zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen

3.2.1. Leitlinie des National Institute of Health and Care Excellence

Die Personalausstattung mit Hebammen wird auf lokaler Ebene in den einzelnen „Krankenhaus Trusts“³⁰ auf Grundlage des klinischen Bedarfs und aus finanziellen Erwägungen heraus bestimmt. Das National Institute of Health and Care Excellence (NICE)³¹ veröffentlichte im Jahr

25 Siehe S. 13 im Abschlussbericht des Runden Tisches Geburtshilfe.

26 Siehe S. 13 im Abschlussbericht des Runden Tisches Geburtshilfe.

27 Siehe S. 50 im Abschlussbericht des Runden Tisches Geburtshilfe.

28 National Health Service UK, 2015 survey of women`s experiences of maternity care, 2015, S. 39, abrufbar unter: http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20151215b_mat15_statistical_release.pdf (Stand: 24. Februar 2017).

29 National Health Service UK, abrufbar unter: <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/where-can-i-give-birth.aspx> (Stand: 24. Februar 2017).

30 Trusts sind rechtlich selbstständige, öffentliche Einrichtungen. Ein Krankenhaus Trust kann ein oder mehrere Krankenhäuser und weitere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung umfassen. Vgl. hierzu Glassner, Vera/Pernicka, Susanne/Dittmar, Nele, Arbeitsbeziehungen im Krankenhausesektor, 306. Band der Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung, 2015, S. 27, abrufbar unter: http://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_306.pdf (Stand: 24. Februar 2017).

31 Das NICE ist eine Einrichtung des britischen Gesundheitsministeriums und erstellt Richtlinien in verschiedenen gesundheitsbezogenen Bereichen.

2015 die Leitlinie „Safe midwifery staffing for maternity settings“³² (deutsch: Sichere Personalausstattung mit Hebammen im Hinblick auf Mutterschaft). NICE empfiehlt hierin die Betreuung einer Frau während der Geburt durch eine Hebamme (Eins-zu-eins-Betreuung). Weiterhin befürwortet NICE eine systematische Berechnung³³ des dafür erforderlichen Hebammenpersonals durch Verwendung konkreter Daten aus den letzten zwölf Monaten wie Anzahl der Gebärenden, Schätzung der Betreuungszeit von Frauen und Neugeborenen und der Dauer zusätzlicher Tätigkeiten unter Berücksichtigung verschiedener Risikokategorisierungen sowie der Personalausfälle (insbesondere durch Urlaub und Krankheit). Prognostiziert werden müssten danach die Vollzeitäquivalente für die folgenden sechs Monate. Auch Möglichkeiten der Delegation bestimmter Tätigkeiten an andere medizinische Fachkräfte, Krankenschwestern oder Hilfskräfte sollten danach geprüft werden³⁴. NICE gibt jedoch zu bedenken, dass die Studienlage keine eindeutigen Analysen zwischen der Personalausstattung mit Hebammen und dem Zustand der Mütter und Neugeborenen ermögliche. Aus diesem Grund lehnen einige „Krankenhaus Trusts“ die Umsetzung dieser Leitlinie ab³⁵.

3.2.2. „Birthrate Plus“

„Birthrate Plus“ („BR +“) ist ein 1996 entwickeltes Personalplanungstool³⁶, das die Anzahl der klinischen Hebammen berechnet, die benötigt wird – so die Institution „BR +“ Associated Ltd – um eine hohe Qualität in der Geburtshilfe sicherzustellen. Die Eins-zu-eins-Betreuung während der normalen, komplikationslosen Geburt wird in diesem Programm vorausgesetzt. Zur Berechnung werden auch hier die Aktivitäten der Hebammen wie Geburtsbegleitung, Schwangerenvorsorge und postnatale Betreuung unter Berücksichtigung der Abwesenheiten quantifiziert. Im Ergebnis wird – unter Berücksichtigung von fünf Risikokategorien³⁷ - das Verhältnis einer Hebamme zur Anzahl der jährlichen Geburten ausgewiesen. Ein entscheidender Aspekt von „BR +“

32 NICE Leitlinie, Safe midwifery staffing for maternity settings, abrufbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng4/resources/safe-midwifery-staffing-for-maternity-settings-51040125637> (Stand: 24. Februar 2017).

33 Siehe im Einzelnen, NICE Leitlinie Safe midwifery staffing for maternity settings, 1.2. Setting the midwifery staffing establishments, abrufbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng4/resources/safe-midwifery-staffing-for-maternity-settings-51040125637> (Stand: 24. Februar 2017).

34 Siehe im Einzelnen, NICE Leitlinie Safe midwifery staffing for maternity settings, Box 1, Examples of factors to consider when assessing maternity care needs, abrufbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng4/resources/safe-midwifery-staffing-for-maternity-settings-51040125637> (Stand: 24. Februar 2017).

35 Als Beispiel sei genannt: Royal Cornwall Hospitals NHS Trust, Safe Staffing Levels for Midwifery, Nursing and Support Staff for Maternity Service – Approved Document, June 2014, abrufbar unter: <http://www.rcht.nhs.uk/DocumentsLibrary/RoyalCornwallHospitalsTrust/Clinical/MidwiferyAndObstetrics/SafeStaffingLevelsForMidwiferyNursingAndSupportStaffForMaternityServicesApprovedDocument.pdf> (Stand: 24. Februar 2017).

36 Zu den Anwendungshinweisen von „BR +“ (deutsch: Geburtsrate Plus) : Jean A Ball, Jean/ Washbrook, Marie & The RCM, Working with Birthrate Plus®, How this midwifery workforce planning tool can give you assurance about quality and safety, abrufbar unter: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Birthrate%20Plus%20Report%201.pdf> (Stand: 24. Februar 2017).

37 Die Kategorisierungen reichen von einer gesunden Schwangerschaft bis hin zu einer Schwangerschaft mit einem hohen Unterstützungsbedarf und hoher Intervention aufgrund bestimmter Risiken.

ist, dass die zugrundeliegenden Daten regelmäßig erneut überprüft werden und der Personalbedarf entsprechend angepasst wird. „BR +“ wird vom Royal College of Midwives (RCM, deutsch: Königliche Hochschule der Hebammen) sowie von NICE unterstützt und von verschiedenen „Krankenhaus Trusts“ eingesetzt. Im Durchschnitt bedarf es nach „BR +“ einer Hebamme für 29,5 Geburten im Jahr (Verhältnis 1: 29,5). Je nach Anzahl von Risikogeburten in den einzelnen Krankenhäusern variiert das Verhältnis zwischen 1: 27,28 und 1: 31,53³⁸. Tatsächlich betrug das Verhältnis Hebamme zu Geburten landesweit im Jahr 2013 1: 31,4 (im Jahr 2012 1: 33,3; im Jahr 2011 1: 33,7 und im Jahr 2010 1: 34,3).

Das Personalplanungstool „BR +“ wurde mehrfach untersucht und im Ergebnis als sinnvolles großflächiges Instrument zur nationalen Personalplanung eingestuft. Dieses Programm stelle aber keinen Ersatz für eine detaillierte lokale Personalplanung dar³⁹, so eine Publikation.

3.2.3. „Maternity review“ des National Health Service England

Im Jahr 2016 veröffentlichte National Health Service England (NHS) England⁴⁰ die „national maternity review“⁴¹ (deutsch: Nationaler Mutterschaftsbericht) und empfiehlt darin, bis zum Jahr 2020 in den „Krankenhaus Trusts“ eine kontinuierliche Betreuung einer schwangeren Frau über die gesamte Schwangerschaft, Geburt und postnatale Betreuung durch eine Hebamme als beständige Ansprechpartnerin sicherzustellen. Dazu seien Veränderungen bei der Personalausstattung mit Hebammen erforderlich. NHS wirbt für finanzielle Anreize, um so die „Krankenhaus Trusts“ für dieses kontinuierliche Betreuungsmodell zu gewinnen. In einer Untersuchung anhand mehrerer Studien kommt auch das RCM zum Ergebnis, dass sich das Modell positiv auf die Schwangeren und Hebammen auswirkt⁴². Während der Geburt seien beispielsweise weniger Interventionen erforderlich.

-
- 38 BR+, RATIOS For Midwifery Workforce Planning at National, SHA and Local Level, 2015, abrufbar unter: <https://www.birthrateplus.co.uk/ratios-midwifery-workforce-planning-national-sha-local-level/> (Stand: 24. Februar 2017).
- 39 Ball, Jean/Bennett, Beverly/Washbrook, Marie/Webster, Frances, Birthrate Plus programme: a basis for staffing standards? in: British Journal of Midwifery, 2003, S. 264.
- 40 NHS (deutsch: Nationaler Gesundheitsdienst) bezeichnet das staatliche Gesundheitssystem im Vereinigten Königreich. Es besteht u. a. aus der Organisation NHS England. Die Bevölkerung erhält durch den NHS einen aus Steuermitteln finanzierten Zugang zum Gesundheitssystem.
- 41 NHS, National maternity review, Better births, Improving outcomes of maternity services in England, A Five Year Forward View for maternity care, 2016, abrufbar unter: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/national-maternity-review-report.pdf> (Stand: 24. Februar 2017).
- 42 The Royal College of Midwives, Sandall, Jane/Coxon; Kirstie, Brief scoping of the continuity of care evidence base, abrufbar unter: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Brief%20scoping%20of%20the%20continuity%20of%20care%20evidence%20base.pdf> (Stand: 24. Februar 2017).

3.2.4. Health Education England

Health Education England⁴³ (HEE) prognostiziert landesweit im „Workforce Plan for England“⁴⁴ (deutsch: Arbeitskräfteplan für England) 2016/2017 den Bedarf an medizinischen Fachkräften. Für den Bedarf an Hebammen wird danach von 2015 bis 2020 eine Erhöhung um rund sechs Prozent⁴⁵ erwartet. In Ergänzung zur Personalplanung hat HEE 2012 ein „Maternity Care Pathways“ Tool⁴⁶ (deutsch: Mutterschaftspflege Tool) entwickelt, das die Personalplanung auf lokaler Ebene unterstützen soll und so neben dem „BR+ Tool“ angewendet werden könne. Mit dem „Maternity Care Pathways“ Tool würden der bestehende Einsatz des Personals sowie Analysen zu möglichen künftigen Änderungen z. B. bei der Anzahl der Geburten oder des Personals dargestellt.

4. Norwegen

4.1. Angaben zu Klinikgeburten, Anzahl der Kliniken und Hebammen

Nahezu alle Frauen in Norwegen bringen ihr Kind in einem Krankenhaus zur Welt⁴⁷. Dabei leitet in komplikationslosen Fällen überwiegend eine Hebamme, ohne Beisein eines Arztes, die Geburt. In den letzten 40 Jahren reduzierte sich, nach Informationen aus Norwegen, die Anzahl der Kliniken, die Entbindungen durchführen, von 131 Kliniken im Jahr 1974 auf derzeit 40 Kliniken (1980: 97 Kliniken, 1990: 71 Kliniken und 2009: 53 Kliniken), was einer Absenkungsrate von rund 70 Prozent gleichkommt. Dabei haben die Kliniken teilweise mehrere Standorte. In ländlichen Gebieten kommt es vor, dass mehrere Stunden Fahrtzeit bis zum nächstgelegenen Krankenhaus mit Geburtsstation benötigt werden. Die Beförderung obliegt den regionalen Gesundheitsbehörden.

Die Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Hebammen ist von 1859 im Jahr 2008 auf 2239 im Jahr 2015 angestiegen. Dabei hat sich entsprechend die Anzahl der Vollzeitäquivalente von 1478 (2008) auf 1867 (2015) nach oben entwickelt⁴⁸. Das Verhältnis Hebamme zu Geburten wird auf etwa 1: 33 geschätzt.

43 HEE ist dem NHS England zugeordnet und damit eine staatliche Einrichtung.

44 NHS, Health Education England, „Workforce Plan for England“, abrufbar unter: https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/HEE%20Workforce%20Plan%20for%20England%202016%20180516_0.pdf (Stand: 24. Februar 2017).

45 Siehe Seite 41 des „Workforce Plan for England“.

46 Das „Maternity Care Pathways Tool“, Stand 2014, ist abrufbar über NHS, HEE unter: <https://hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Maternity%20Care%20Pathway%20tool%20guidance%20-%20March%202016.pdf> (Stand: 24. Februar 2017).

47 Die Geburtenzahl betrug in 2016: 61.577

48 Statistics Norway. Tabel 09549: Sykehus og øvrige somatiske institusjoner. Årsverk, etter utdanning og helseforetak.

4.2. Verfahren und Untersuchungen zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen

Seit 2010 soll in Norwegen eine Hebamme nicht mehr als eine Geburt gleichzeitig betreuen. Zunächst wurde die Vorgabe einer Eins-zu-eins-Betreuung jedoch nicht nachverfolgt. Zu Beginn des Jahres 2016 verpflichtete der Minister für Gesundheit und Pflege die Krankenhäuser, die Nichtachtung der Eins-zu-eins-Betreuung zu dokumentieren und erforderliche Verbesserungen einzuleiten. Eine im Jahr 2016 unter Hebammen von der „Norwegian Nurses Organisation“ (deutsch: Norwegischer Verband der Krankenschwestern und Krankenpfleger) durchgeführte Umfrage kommt zum Ergebnis, dass fast 40 Prozent der Hebammen für mehr als eine Geburt gleichzeitig zuständig sind.

Alle drei Jahre erstellt Statistics Norway⁴⁹ im Auftrag der norwegischen Gesundheitsdirektion einen Bericht zum Arbeitsmarkt für das Gesundheitspersonal, der anhand verschiedener Modelle Angebot und Nachfrage in Bezug auf die Mitarbeiter im Gesundheitswesen einschätzt und damit die Planung der Personalausstattung erleichtern soll. Dieses „Health Care and Social Services Model (HELSEMOD)“⁵⁰ (deutsch: Gesundheits- und Sozialdienste Modell) liefert Bewertungen für Angebot und Nachfrage im Hinblick auf 20 verschiedene Gesundheitsberufe einschließlich des Hebammenberufes bis in das Jahr 2035. Danach ist bis dahin kein erheblicher Mangel an Hebammen zu erwarten. Nach einer Modellrechnung kann mit einem Defizit von 200 Hebammen im Jahr 2035 gerechnet werden.

Ein „White Paper“⁵¹ im Jahr 2009 betonte die Wichtigkeit der Perspektive der werdenden Mütter und forderte daher eine von dem Norwegian Knowledge Centre for Health Services (NOKC) (deutsch: Norwegisches Wissenszentrum für Gesundheitsdienste) organisierte Umfrage⁵². Die Ergebnisse der Befragungen zu im vierten Quartal im Jahr 2011 erfolgten Schwangerschaften und Geburten zeigen, dass viele Frauen besonders mit der Betreuung während der Geburt positive Erfahrungen gemacht haben.

49 Statistics Norway ist für die amtliche Statistik in Norwegen zuständig und führt umfangreiche Forschungs- und Analyseaktivitäten durch, abrufbar unter: <https://www.ssb.no/en/> (Stand: 24. Februar 2017).

50 Roksvaag, K. and I. Texmon (2012), Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035 [Helsemod- the labor market for healthcare personel towards 2035], Report 14/2012, Statistics Norway, Oslo, http://www.ssb.no/emner/06/01/rapp_helse/rapp_201214/rapp_201214.pdf (Stand: 24. Februar 2017).

51 Helse-og omsorgsdepartementet: En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. [A happy event. About a comprehensive pregnancy, birth and post natal care]. Stmeldnr 12 (2008–2009) [Report no 12 to the Storting (2008–2009)]. Oslo: Departementenes servicesentert; 2009.

52 Die Ergebnisse der Umfrage sind abrufbar unter: <http://www.kunnskapsenteret.no/en/publications/user-experiences-of-pregnancy-birth-and-postnatal-care.national-results> (Stand: 24. Februar 2017).

5. Schweiz

5.1. Angaben zu Klinikgeburten, Anzahl der Kliniken und Hebammen

In der Schweiz kommen derzeit rund 97 Prozent der Kinder im Krankenhaus zur Welt⁵³. Fast zwei Prozent werden im Geburtshaus geboren. Es bestehen nach dortiger Auskunft mit Stand 2015 darüber hinaus 23 von Hebammen geleitete Geburtshäuser. Verschiedene kleinere und größere Krankenhäuser arbeiten daran, hebammengeleitete Geburtsabteilungen aufzubauen. Die Krankenhäuser mit dem Leistungsangebot „Gynäkologie und Geburtshilfe“ nahmen von 1998 (188) bis 2009 (140) um rund 25 Prozent ab. 2010 änderte sich die Erhebungsmethode und es wurden auch Geburtshäuser in der Statistik mitberücksichtigt. Von 2010 bis 2015 wurde die Anzahl der Krankenhäuser mit mindestens einem Geburtssaal von 117 auf 105 gesenkt, was einer Reduktion um 10 Prozent entspricht. Die Gesamtzahl der Geburtssäle an schweizerischen Krankenhäusern hat gemäß interner Statistik des schweizerischen Spitalverbandes H+ jedoch zwischen 2011 (363) und 2014 (356) lediglich um 2 Prozent abgenommen⁵⁴.

Im Auftrag der schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) wurde 2016 der Nationale Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016 erstellt. Der Versorgungsbericht 2016 hält den aktuellen Gesundheitspersonalbestand fest, fertigt eine Prognose zum künftigen Personalbedarf, zeigt auf, wo gehandelt werden muss und schlägt entsprechende Maßnahmen vor. Der Bericht hält fest, dass mit Stand 2014 2444 Hebammen in Krankenhäusern angestellt sind (zusätzlich sind 1232 freiberuflich tätig, das heißt insgesamt 3676 Hebammen). Der Beschäftigungsgrad der in Krankenhäusern angestellten Hebammen beträgt knapp 70 Prozent, was 1695 Vollzeitstellen ergibt⁵⁵ (Das Verhältnis Hebamme zu Geburten wird, unterstellt, dass auch die freiberuflichen Hebammen einen Beschäftigungsgrad von etwa 70 Prozent erreichen, auf etwa 1: 33 geschätzt). Das Referenzszenario für den Personalbedarf 2025 beträgt 3693 Hebammen, mithin besteht kaum ein Unterschied zum Bestand in 2014⁵⁶. Der Bericht ermittelte den jährlichen Nachwuchsbedarf an Hebammen auf 188. Die heutige Anzahl der Abschlüsse im Umfang von 155 entspricht damit einem Erfüllungsgrad von 82,3 %. Der Bericht schlägt deshalb vor, die Anstrengungen bei der Ausbildungstätigkeit zur Förderung des eigenen beruflichen Nachwuchses noch

53 Die Geburtenzahl betrug in 2015 insgesamt: 86.917

54 Die Spitäler der Schweiz, Spitalverband H+, abrufbar unter: <http://www.hplus.ch/> (Stand: 24. Februar 2017).

55 Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016, Nachwuchsbedarf und Maßnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und OdASanté, S. 15 – 18, abrufbar unter: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/nichtun_gesundheitsberufe/versorgungsbericht/versorgungsbericht_2016-de-v2.2-web.pdf (Stand: 24. Februar 2017).

56 Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016, Nachwuchsbedarf und Maßnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und OdASanté, S. 40, abrufbar unter: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/nichtun_gesundheitsberufe/versorgungsbericht/versorgungsbericht_2016-de-v2.2-web.pdf (Stand: 24. Februar 2017).

zu verstärken und insbesondere Maßnahmen zur Erhaltung des berufstätigen Personals zu intensivieren⁵⁷. Zur gegenwärtigen Versorgungssituation der schweizerischen Spitäler stellt der schweizerische Spitalverband H+ fest, dass der jetzige Bestand an Hebammen in den Spitälern ausreichend sei und der Bedarf an Hebammen gedeckt werden kann, teilweise auch durch Anstellung von ausländischem Personal. Von Seiten der Hebammen wird, nach Auskunft des Landes, festgestellt, dass in den Krankenhäusern große regionale Unterschiede im Hinblick auf die Stellenbesetzung und die notwendige Versorgung mit Hebammen bestünden.

5.2. Verfahren und Untersuchungen zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen

Nach Artikel 117a der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft sorgen Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität⁵⁸. Zur medizinischen Grundversorgung gehört auch die Tätigkeit der Hebammen. Das Gesundheitswesen in der Schweiz gehört in den Zuständigkeitsbereich der Kantone, die das Bundesgesetz und die Verordnung durch entsprechende eigene kantonale Gesetze und Planungen vollziehen. Sie organisieren z.B. die bedarfsgerechte Versorgung mit stationären Geburtshilfeeinrichtungen⁵⁹. Der aktuelle Bericht zur kantonalen Versorgungsplanung 2016 am Beispiel des Kantons Bern⁶⁰ widmet sich – vor dem Hintergrund der Schließung von Geburtshilfeabteilungen – auch der Frage der Erreichbarkeit der geburtshilflichen Versorgung. Danach können 85,2 Prozent der Bernerinnen zwischen 15 und 45 Jahren in weniger als 15 Minuten und 97,5 Prozent in weniger als 30 Minuten ein Krankenhaus bzw. Geburtshaus mit einem entsprechenden Angebot erreichen. In den bergigen Gebieten dagegen weist die Erreichbarkeit deutlich niedrigere Werte auf. So ist im Berner Jura eine Erreichbarkeit in weniger als 15 Minuten für 58,7 Prozent, im Berner Oberland Ost für 67,8 Prozent der Frauen gegeben.

57 Siehe S. 46 und 50 des Nationaler Versorgungsberichts für die Gesundheitsberufe 2016.

58 Art. 117a der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft abrufbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html#a117a> (Stand: 24. Februar 2017).

59 Gesetzliche Grundlage dazu ist Artikel 39 Abs. 1d des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vom 18.3.1994, SR 832.10, abrufbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html#a39> (Stand: 24. Februar 2017). Auf die zu erstellende kantonale Spitalliste können gemäß Abs. 3 von Art. 39 KVG auch Geburtshäuser aufgenommen werden. Art. 58a-e der Krankenversicherungs-Verordnung (KVV) vom 27.6.1995, SR 832.102, abrufbar unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/index.html#id-1-4-1-11> (Stand: 24. Februar 2017) regelt die Spitalplanung und damit auch die Versorgung der Bevölkerung mit den Hebammendiensteleistungen.

60 Versorgungsplanung 2016 gemäß Spitalversorgungsgesetz, Bern 2016, Teil A-D, Kapitel 10.1.2, Geburtshilfliche Versorgung S. 99-104, abrufbar unter: http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/Versorgungsplanunggemeaesspvg/projekt_ versorgungsplanung2016.asse-tref/dam/documents/GEF/SPA/de/Versorgungsplanung/VP_2016/1_GEF_Bericht_Versorgungsplanung2016_de_14.12.2016.pdf (Stand: 24. Februar 2017).

6. Spanien

6.1. Angaben zu Klinikgeburten

Auch in Spanien kommen die Kinder ganz überwiegend in Krankenhäusern auf die Welt⁶¹.

6.2. Verfahren zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen

Das für Gesundheit zuständige Ministerium in Spanien veröffentlichte 2009 in Zusammenarbeit mit Sachverständigen Empfehlungen zu Standards bei Klinikgeburten („Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones“)⁶². Danach wird die Anzahl der Hebammen unter Berücksichtigung der prognostizierten Anzahl an jährlichen Geburten, dem Arbeitsaufwand in Minuten während der Geburt (wobei eine Eins-zu-eins-Betreuung unterstellt wird) abhängig von verschiedenen Risikostufen sowie dem Arbeitsaufwand für übrige Tätigkeiten und den zur Verfügung stehenden jährlichen Arbeitstagen/täglichen Arbeitsstunden bestimmt.

7. Türkei

7.1. Angaben zu Klinikgeburten und Anzahl der Hebammen

In der Türkei werden 99 Prozent der Kinder in Krankenhäusern geboren⁶³. Nennenswerte Schließungen von Krankenhäusern mit Geburtshilfestationen hat es nicht gegeben. Nach Angaben der Türkei ist geplant, die Zahl der Hebammen von 52.471 im Jahr 2014 auf 70.000 im Jahr 2023 zu erhöhen. Unterstellt, die Hebammen sind vollzeitbeschäftigt, käme man auf ein derzeitiges Verhältnis Hebamme zu Geburten von etwa 1: 26.

7.2. Verfahren zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen

Die Türkei verweist im Hinblick auf ihre Personalausstattung mit Hebammen auf eine Ende der 90er Jahre von der WHO entwickelte Methode zur Personalberechnung im Gesundheitsbereich, die „Workload Indicators of Staffing Need (WISN, deutsch: Arbeitsbelastungsindikatoren im Hinblick auf den Personalbedarf) method“⁶⁴. Danach wird der erforderliche Personalbedarf aus der Gegenüberstellung von benötigter Arbeitszeit und der in der Praxis zur Verfügung stehenden Arbeitszeit berechnet. Herangezogen werden die Daten zur Personalausstattung des vergangenen

61 Die Geburtenzahl betrug in 2014 insgesamt: 427.595

62 Ministerio de Sanidad y Política Social, Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones, 2009, S. 153, abrufbar unter: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf> (Stand: 24. Februar 2017).

63 Im Jahr 2002 kamen nach Angaben des Landes lediglich 75 Prozent der Kinder im Krankenhaus zur Welt. Die Geburtenzahl betrug in 2016 insgesamt: 1.371.409.

64 Zu einer Kurzvorstellung der WISN Methode, siehe WHO Flyer, abrufbar unter: http://www.who.int/hrh/resources/WISN_flyer.pdf?ua=1 (Stand: 24. Februar 2017) sowie ein ausführliches Handbuch der WHO abrufbar unter: http://www.who.int/hrh/resources/WISN_Eng_UsersManual.pdf?ua=1 (Stand: 24. Februar 2017).

Jahres. Für die Darstellung der benötigten Arbeitszeit werden die Tätigkeiten unterteilt und zwar in die Gesundheitsdienstleistung selbst, unterstützende sowie zusätzliche Tätigkeiten.

8. Ungarn

8.1. Angaben zu Klinikgeburten, Anzahl der Kliniken und Hebammen

In Ungarn werden nach dortigen Angaben 99 Prozent der Kinder im Krankenhaus geboren⁶⁵. Innerhalb von 15 Jahren ist die Zahl der Krankenhäuser von 176 im Jahr 2000 auf 167 im Jahr 2015 und damit um lediglich rund 5 Prozent gesunken. Die meisten Krankenhäuser haben Geburtshilfestationen. Die Zahl der Hebammen dagegen hat um rund 23 Prozent abgenommen; im Jahr 2000 arbeiteten 2113, im Jahr 2015 1636 Hebammen. Unterstellt, die Hebammen sind vollzeitbeschäftigt, käme man auf ein derzeitiges Verhältnis Hebamme zu Geburten von etwa 1: 56.

8.2. Verfahren zur Sicherstellung der angemessenen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen

Die Personalausstattung mit Hebammen in Kliniken wird durch eine ministerielle Verordnung⁶⁶ geregelt. Kliniken mit einer jährlichen Geburtenzahl bis 1000 müssen danach mindestens sechs Hebammen beschäftigen; für jeweils 500 weitere Geburten pro Jahr sind jeweils drei weitere Hebammen vorgesehen. Per Gesetz⁶⁷ ist eine jährliche Berichterstattung zum Gesundheitssektor obligatorisch. In dem Bericht⁶⁸ werden Angaben zu Beschäftigten im Gesundheitswesen, aber auch zu unbesetzten Stellen gemacht. Ziel ist es, der Regierung damit eine Informationsbasis für eine mögliche Personalstrategie zu liefern.

9. Frankreich

In Frankreich werden die Kinder ganz überwiegend in Krankenhäusern geboren⁶⁹. Die Zahl der Hebammen hat sich zwischen 1990 u. 2010 quasi verdoppelt und verbleibt jetzt auf hohem Niveau (im Jahr 2013: 20.235 Hebammen). Das Verhältnis Hebamme zu Geburten wird – unterstellt, die Hebammen sind vollzeitbeschäftigt – auf etwa 1: 40 geschätzt. Ca. 16.000 Hebammen sind angestellt. Die Zahl der selbstständigen Hebammen wächst, da es immer schwieriger wird, einen

65 Die Geburtenzahl betrug in 2015 insgesamt: 91.690.

66 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről, in ungarisch abrufbar unter: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=75259.333439 (Stand: : 24. Februar 2017).

67 Gesetz im Gesundheitswesen, in ungarisch abrufbar unter: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=30903.328034 (Stand: : 24. Februar 2017).

68 Állami Egészségügyi Ellátó Központ - Emberi Erőforrás-fejlesztési Főigazgatóság (deutsch: Staatliches Gesundheitszentrum – Generaldirektion Entwicklung Personalressourcen), Bericht 2015, in ungarisch abrufbar unter: http://www.enkk.hu/hmr/documents/beszamolo/HR_beszamolo_2015.pdf (Stand: : 24. Februar 2017).

69 Die Geburtenzahl betrug in 2015: 800.000, siehe auch: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908103> (Stand: 24. Februar 2017).

festen Arbeitsplatz im Angestelltenverhältnis zu bekommen. Nach Auskunft Frankreichs ist dies signifikant anders als in Deutschland. Der Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (Nationale Hebammenkammer) gab 2016 eine Studie zur künftigen Entwicklung des Berufsstandes in Auftrag. Für die Mehrzahl der neuen Absolventen werde der Einstieg in den Arbeitsmarkt zu guten Konditionen schwierig bzw. sei bereits schwierig geworden. Dies werde sich in den kommenden Jahren noch verschlechtern. In den vergangenen 20 Jahren habe sich eine Kluft zwischen der Zahl der Hebammen und der stagnierenden Zahl der Geburten entwickelt. Diese Entwicklung schreite so bis 2020 sicher weiter voran. Werde das aktuelle NC-Niveau beibehalten, werde die Zahl der Absolventen jedes Jahr höher sein als die der in den Ruhestand gehenden. Darüber hinaus berichtet Frankreich, dass in manchen Regionen (ländlicher Raum, isoliertere Gegenden) die medizinische Versorgung problematisch sei. Auch wenn dies durch Ärzte mit Ausbildung im Ausland oder durch Unterstützung von Hebammen teilweise aufgefangen werde, sei aber die qualitativ gute Versorgung gefährdet⁷⁰.

70 Siehe zu der Thematik die Berichte des Rechnungshofs 2015, abrufbar unter: <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Les-maternites> (Stand: 24. Februar 2016), <https://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.pdf> (Stand: 24. Februar 2016) sowie den Artikel in La Croix, 2016, abrufbar unter: <http://www.la-croix.com/Sciences/Sante/Le-nombre-maternites-francaises-divise-trois-40-2016-08-17-1200782859> (Stand: 24. Februar 2016).