



Positionspapier
des Deutschen Hebammenverbandes e. V.
Hebammengeleitete Geburtshilfe - eine unverzichtbare Säule der
Grundversorgung

Berlin, den 13.04.2023

Deutscher
Hebammenverband e. V.
Lietzenburger Straße 53
10719 Berlin

T.+49 (0) 30 3940 677 0

info@hebammenverband.de
www.hebammenverband.de

Hebammengeleitete Geburtshilfe - eine unverzichtbare Säule der Grundversorgung

Jährlich kommen in Deutschland fast 800.000 Kinder zur Welt. Bei Schwangerschaft und Geburt handelt es sich um physiologische Lebensprozesse, die einer erhöhten fachlichen, zugewandten und individuellen Begleitung bedürfen. Schwangere, Mütter und Kinder sind im Regelfall gesunde Menschen, deren Bedürfnisse sich von denen kranker Menschen deutlich unterscheiden. Diese Tatsache begründet eine Sonderstellung der Geburtshilfe im Gesundheitswesen.

Deswegen und aus Gründen der Versorgungssicherheit sowie zur Sicherstellung der freien Wahl des Geburtsortes müssen Angebote der geburtshilflichen Gesundheitsleistungen überall in Deutschland wohnortnah und niedrigschwellig sichergestellt werden (Versorgungsziel: bestes Team - zur besten Zeit - am besten Ort). Den Bedarfen der Frauen und ihren Familien muss durch einen sinnvollen Mix von qualitätsgesicherten ambulanten und klinischen Angeboten entsprochen werden. Daher sind bei der Sicherstellung der Grundversorgung neben Kliniken auch hebammengeleitete Einrichtungen wie Geburtshäuser oder Hausgeburtshilfe mitzuberücksichtigen und Hebammen in einer neu zu strukturierenden Versorgungslandschaft mitzudenken.

Die aktuelle dritte Empfehlung der Regierungskommission für eine bedarfsgerechte und moderne Krankenhausfinanzierung kommt diesem Ziel nicht zufriedenstellend nach. Eine intensive und teure Geburtsmedizin durch Maximalversorger wird bei den meisten Geburten nicht benötigt. Die Fokussierung der Kliniken mit Maximalversorgung auf die pathologischen Risiken einer Geburt ohne die entsprechende Förderung physiologischer Prozesse führt häufig dazu, dass zu viele und zu frühe medizinische Eingriffe durchgeführt werden. Die so ausgelöste Interventionskette ist der Gesundheit von Mutter und Kind sogar abträglich.

Hebammen sind speziell für die eigenverantwortliche Begleitung gesunder Frauen mit physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverläufen und für das frühzeitige Erkennen von Regelwidrigkeiten ausgebildete Fachpersonen. Sie können an dieser Stelle einen bedeutenden Beitrag zur Sicherstellung der zielgruppengerechten Versorgung leisten. Die hebammengeleitete Geburtshilfe kann für die meisten Frauen wohnortnah und niedrigschwellig sichergestellt werden, wenn ein entsprechendes Verlegungskonzept und ein effektives Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgern vorgehalten werden.

Hebammengeleitete Strukturen im internationalen Vergleich

International existieren vielfältige Strukturen der hebammengeleiteten Geburtshilfe. Ein Beispiel sind **Midwife-led Units (MLU)**¹. Sie sind in das Regelangebot einer bestehenden medizinischen Einrichtung *integriert* und mit dem Hebammenkreißsaal in Deutschland vergleichbar, der bislang jedoch noch kein Regelangebot in Deutschen Geburtskliniken darstellt.

Weitere Angebote der hebammengeleiteten Geburtshilfe sind **Alongside Midwifery Units (AMUs)**. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Unterstützung der physiologischen Geburt bei Frauen mit geringerem Risiko. AMUs liegen getrennt, aber am selben Standort bzw. in unmittelbarer Nähe einer ärztlich geleiteten geburtshilflichen Abteilung, um bei Bedarf eine einfache Verlegung zu gewährleisten.² Ein gut funktionierendes Verlegungskonzept ist somit integraler Bestandteil des Systems.

¹ <https://www.midwiferyunitnetwork.org/>

² McCourt et al. 2018

Auch eine Geburt in einem Geburtshaus (**freestanding Midwifery Unit - FMU**), das nicht in räumlicher Nähe zu einer Klinik liegen muss, sowie die **Hausgeburt mit einer Hebamme** sind für gesunde Frauen, die gesunde Kinder erwarten eine gute Alternative.³ Der Anteil der Kinder, die in Industrieländern außerhalb eines Krankenhauses geboren werden, ist gering und variiert von Land zu Land sehr stark. So liegt die Rate außerklinischer Geburten in Schweden bei 0,1 %, während sie in Neuseeland und England bei ca. 3% bzw. 2,5 % und in den Niederlanden bei 20 % liegt.⁴ Ist die außerklinische Geburtshilfe stärker in ein Gesundheitssystem integriert, dann steigt die Häufigkeit von außerklinischen Geburten. Es entsteht zudem ein positiver Effekt auf das gesundheitliche Outcome von Mutter und Kind.⁵

Studien belegen, dass für die Gesundheit von Mutter und Kind die außerklinische Geburtshilfe gegenüber einem Krankenhaus gleichwertig ist. Sie schützt außerdem vor zu frühen und zu vielen Interventionen (too much, too soon) sowie vor mütterlicher schwerer Morbidität.⁶ Zu viele und zu frühe Interventionen bedeuten sowohl den Einsatz nicht evidenzbasierter Methoden sowie den Einsatz von Maßnahmen, die bei angemessener Anwendung lebensrettend sein können, bei routinemäßiger oder übermäßiger Anwendung jedoch schädlich sind. Je mehr Geburten in einer Einrichtung stattfinden, umso mehr treiben solche Interventionen die Gesundheitskosten in die Höhe und führen zu weiteren Missständen.⁷ Trotz jahrzehntelanger Forschung gibt es keine Standards, was während der Wehen und der Geburt als Normalität zu verstehen ist. Um die Entbindungsergebnisse unter ökonomischen Gesichtspunkten zu optimieren, wurden in der aktuellen Geburtshilfepraxis der Einsatz von Interventionen zur Einleitung, Beschleunigung, Überwachung oder Beendigung des physiologischen Wehenprozesses dramatisch ausgeweitet.⁸

Bezüglich der Kindersterblichkeit ist in Ländern mit hohem Einkommen kein Unterschied zwischen den geburtshilflichen Settings festzustellen.⁹ Die höhere Zufriedenheit bei gleichem oder verbessertem Outcome von Gebärenden und die höhere Arbeitszufriedenheit von Hebammen in hebammengeleiteten geburtshilflichen Einrichtungen sind hinlänglich erforscht.¹⁰ Es gibt starke Belege für die Vorteile hebammengeleiteter Geburten bei gesunden Schwangeren mit physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverläufen sowohl innerhalb als auch außerhalb von Kliniken. Alle Frauen sollten die Möglichkeit haben, eine "Eins-zu-eins"-Betreuung in einem von einer Hebamme geleiteten Umfeld zu erhalten und sollten ermutigt werden, diese Angebote wahrzunehmen.¹¹ Gegenwärtig haben die meisten Frauen, die in Deutschland ihr Kind bekommen, diese Option jedoch nicht.

³ NICE 2014; Campiotti et al. 2020

⁴ Zielinski et al. 2015

⁵ Comeau et al. 2017; Campiotti et al. 2020

⁶ Scarf et al. 2018; Olsen, Clausen 2023

⁷ Miller et al. 2016

⁸ Oladapo et al. 2018

⁹ NICE 2014; Scarf et al. 2018

¹⁰ Sandall et al. 2016; Dixon et al. 2017; Holroyd 2019

¹¹ Hatem et al. 2008

Aktuelle Situation in Deutschland

Unter den EU-Mitgliedstaaten hat Deutschland die höchsten laufenden Gesundheitsausgaben.¹² Die Gesundheitsdienste sind gut entwickelt und der Beruf der Hebamme ist etabliert. Die Organisation der Geburtshilfe basiert derzeit auf einem medizinisch-industriellen Betreuungsmodell mit einer Vielzahl an Interventionen - auch bei gesunden Frauen. Lediglich 8,2 % aller Frauen mit keinem bzw. einem geringen Risiko erhalten in Deutschland während der Geburt eines Kindes keine invasiven Interventionen wie beispielsweise Wehenmittel oder eine Episiotomie.¹³

Im bundesdeutschen Modell fehlt es Frauen an individueller Betreuung und der Möglichkeit zur Wahl des Geburtsorts. Seit dreißig Jahren geht die Zahl der geburtshilflichen Stationen in Deutschland kontinuierlich zurück, wobei es regional starke Unterschiede bei der Versorgungsdichte und Qualität gibt. Während die Geburtenzahlen nach einem Tief in den 2010er Jahren wieder gestiegen sind und 2020 fast das Niveau von 1990 erreicht haben, wurde die Zahl der geburtshilflichen Abteilungen um gut 40 % verringert. Gab es 1991 noch 1.186 Krankenhäuser mit Geburtshilfe, waren es 2018 nur noch 655. Seitdem haben weitere Kliniken ihre Kreißsäle geschlossen. Dies führt dazu, dass in den verbliebenen Geburtshilfeabteilungen doppelt so viele Geburten betreut werden wie vor 30 Jahren.¹⁴ Davon betroffen sind ca. 98 % der Kinder, die in Deutschland geboren werden. Weniger als 2 % der Geburten finden außerhalb der Klinik statt¹⁵.

Die Mehrheit der Frauen in Deutschland gebiert also in ärztlich geleiteten, geburtshilflichen Abteilungen in Krankenhäusern. Die Anwesenheit einer Hebamme während der Geburt ist in Deutschland gesetzlich vorgeschrieben. Mit dem Einsetzen der aktiven Wehen sind Hebammen die primären Betreuungspersonen der Gebärenden und ihrer Begleitperson.¹⁶ Aufgrund der Tätigkeit in einem hierarchischen medizinischen Umfeld sowie den strukturellen Rahmenbedingungen der klinischen Geburtshilfe fehlt den Hebammen jedoch häufig die Möglichkeit, eine frauenzentrierte und auf körperlich-psychisch-sozialen Prinzipien beruhende Betreuung durchzuführen.¹⁷

Es gibt eine erhebliche Diskrepanz zwischen der evidenzbasierten, auf die Bedürfnisse von Frauen ausgerichteten Versorgung gemäß der S3-Leitlinie "Vaginale Geburt am Termin" und der tatsächlichen Praxis in deutschen Kreißsälen. Das Nationale Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt" hat bereits 2017 auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenzen verschiedene Ziele festgelegt. Dabei greift es die physiologischen Abläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis zum ersten Jahr nach der Geburt des Kindes auf und nimmt eine auf Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtete Perspektive ein. Eine Pathologisierung soll vermieden werden.¹⁸ Bisher gibt es in Deutschland jedoch – außer der Verankerung im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung – keine Politik oder Programme, diese in Geburtskliniken zu etablieren. Stattdessen folgen die Krankenhausrichtlinien dem technokratischen Geburtsmodell nicht zuletzt auch aus ökonomischen Gründen und bieten Frauen und Hebammen wenig Freiraum, davon abzuweichen.¹⁹

¹² Eurostat 2021

¹³ Schwarz 2008

¹⁴ Albrecht et al. 2019 (IGES-Gutachten)

¹⁵ QUAG e.V. 2021

¹⁶ Knappe et al. 2014

¹⁷ Kemp, Maclean und Moyo 2021; Rocca-Ihenacho, Yuill und McCourt 2021

¹⁸ BMG 2017

¹⁹ Miller et al. 2016

Die Hierarchien innerhalb der Abteilungen sind streng und die Hebammen können an ihrem Arbeitsplatz oft nicht autonom handeln. Von den 2.101 Hebammen, die am wissenschaftlichen Gutachten von IGES 2019 beteiligt waren, gab nur die Hälfte an, mit der Hierarchie zwischen Ärzt*innen und Hebammen zufrieden zu sein. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit sei schwierig und fachliche Differenzen über die Geburtshilfe eine Quelle von Konflikten innerhalb des Teams. Nur 27 % der Hebammen geben an, mit den derzeitigen Arbeitsbedingungen zufrieden zu sein. 73 % der Hebammen arbeiten in Teilzeit, weil eine Vollzeittätigkeit zu anstrengend wäre. Außerdem geben 79 % der Hebammen in ärztlich geleiteten, geburtshilflichen Abteilungen an, dass sie mit der Medikalisierung von Geburten mit keinem bzw. einem sehr niedrigen Risiko nicht zufrieden sind. Nur 8 % der Hebammen waren der Ansicht, dass die derzeitigen Krankenhausstrukturen ihre Vorstellung von guter Geburtshilfe widerspiegeln.²⁰

Das Konzept der "Eins-zu-eins-Betreuung" wird immer mehr zum gesellschaftlichen Konsens und ist als erklärtes Ziel im Koalitionsvertrag von 2021 verankert. Das spiegelt sich allerdings in der Realität der Hebammen, die in geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser in Deutschland arbeiten, derzeit nicht annähernd wieder.²¹ Die unzureichende Personalausstattung führt häufig dazu, dass Frauen über längere Zeiträume ohne jegliche Unterstützung durch eine Hebamme allein gelassen werden.²² Das vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene wissenschaftliche Gutachten zur stationären Hebammenversorgung kommt zu dem Ergebnis, dass nur 16 % der Hebammen in Diensten mit einem üblichen Arbeitsaufkommen lediglich eine aktiv Gebärende begleiten. Zwei Drittel der Hebammen geben an, in einem normalen Dienst zwei Gebärende gleichzeitig zu betreuen und 14 % drei Gebärende zur gleichen Zeit. Jeder dritte Dienst sei ein Dienst mit erhöhtem Arbeitsaufkommen. Die Eins-zu-eins-Betreuung findet in solchen Diensten überhaupt nicht mehr statt. 15 % der Hebammen betreuen zwei Gebärende zur gleichen Zeit, etwas mehr als die Hälfte drei Gebärende zur gleichen Zeit und ein Drittel der Hebammen betreut vier oder mehr Gebärende gleichzeitig.²³

Bereits etablierte Formen der hebammengeleiteten Geburt in Deutschland und deren Potentiale

Das deutsche Gesundheitssystem ermöglicht bereits jetzt eine Eins-zu-eins-Betreuung und finanziert diese auch – insbesondere in der hebammengeleiteten Geburtshilfe. In Deutschland gibt es dazu verschiedene Modelle, die sich grob in folgende Kategorien unterteilen lassen: Die Begleitbeleghebamme, der Hebammenkreißsaal, die außerklinische Geburtshilfe im Geburtshaus sowie die hebammenbetreute Hausgeburt. Die Verfügbarkeit dieser Angebote unterliegt starken regionalen Schwankungen und ist vom Engagement einzelner Hebammen bzw. geburtshilflicher Teams abhängig.

Jede Frau hat das Recht, eine Begleitbeleghebamme zur Betreuung heranzuziehen, die selbstverständlich eine Eins-zu-eins-Betreuung leistet und deren Betreuung vollumfänglich von der gesetzlichen Krankenkasse finanziert wird (§ 134a, SGB V, Hebammenhilfvertrag).

²⁰ Albrecht et al. 2019

²¹ Albrecht et al. 2019

²² DHV 2021

²³ Albrecht et al. 2019

In den **Hebammenkreißsälen** (int. Vergleich: LMUs und AMUs), die auf Initiative des geburtshilflichen Teams interprofessionell entwickelt werden und mit der Unterstützung der Klinikleitung eingeführt werden können, ist ebenfalls für gesunde Frauen, die ein gesundes Kind erwarten, eine Eins-zu-eins-Betreuung vorgesehen. Eine Geburt im Hebammenkreißsaal wird jedoch nicht besonders vergütet, wodurch die Implementierung dieses Angebots nur sehr schleppend verläuft.

Die kürzlich vom Bundestag beschlossene und ab 2025 greifende Refinanzierung der Kreißsaalhebammen über das Pflegebudget könnte das Modell stärken. Der erste Hebammenkreißsaal in Deutschland wurde 2003 in Bremerhaven im Klinikum Reinkenheide gegründet. Mittlerweile gibt es bundesweit 28 Hebammenkreißsäle, die im Netzwerk Hebammenkreißsaal des Deutschen Hebammenverbands organisiert sind. Da der Begriff Hebammenkreißsaal nicht geschützt ist, sind in dieser Zahl nur die Hebammenkreißsäle erfasst, die sich den Kriterien des Deutschen Hebammenverbands angeschlossen haben. Die tatsächliche Anzahl der hebammengeleiteten Geburten in Deutschland ist jedoch unbekannt, da hebammengeleitete klinische Geburten in der Perinatalstatistik nicht ausgewiesen werden können und somit nicht sichtbar sind.

Geburtshäuser sind hebammengeleitete Einrichtungen und unterliegen strengen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die ein Verlegungskonzept zwingend beinhalten. Oft bestehen direkte Kooperationen mit Geburtskliniken im engeren und weiteren Umfeld. Die hier bereits vorhandenen Vorgaben, Qualitäts- und Notfallkonzepte sind eine sehr geeignete Orientierungshilfe, wenn über mögliche Kooperationen oder eine engere Verzahnung von ambulanten und klinischen Leistungen in der Geburtshilfe diskutiert wird.

Sowohl bei Geburten in Geburtshäusern, aber auch bei hebammenbetreuten Geburten im häuslichen Umfeld ist die Eins-zu-eins-Betreuung stets sichergestellt und zur Geburt wird darüber hinaus häufig eine zweite Hebamme hinzugezogen. Eine wichtige Rahmenbedingung ist dabei die stets gewährleistete Haftpflichtversicherung, die immer über die freiberufliche Hebamme erfolgt.

Grundsätzlich steht für gesunde Frauen, die gesunde Kinder erwarten, die außerklinische Geburt einer Geburt in einem Krankenhaus nicht nach.²⁴ Außerhalb eines Krankenhauses kamen 2021 in Deutschland 17.530 Kinder zur Welt. Dies entspricht einer Quote von 1,89 %. Davon wurden knapp 50 % (8.656) der Kinder in einem Geburtshaus geboren und etwas über 50 % (8.745) der Kinder zu Hause unter der Begleitung einer Hebamme oder eines kleinen Hebammenteams. Bei diesen Geburten werden nachweislich weniger Interventionen durchgeführt und somit Nebenwirkungen und Spätfolgen von medizinischen Eingriffen reduziert. Dies gilt auch für die Frauen, die während der Geburt verlegt werden.

Eine Verlegung der Frau von einem Geburtshaus oder von zu Hause in eine geburtshilfliche Abteilung in einem Krankenhaus ist nicht mit einem Notfall gleichzusetzen. Hauptverlegungsgründe sind Geburtsstillstand in der Eröffnungs- oder Austrittsphase, Wunsch der Mutter auf Verlegung oder ein vorzeitiger Blasensprung ohne Einsetzen von Wehen innerhalb von 24 Stunden. Dementsprechend werden die meisten Frauen in Ruhe verlegt. Die Verlegungsrate von der außerklinischen Geburtsbegleitung in das klinische Setting beträgt 15 % (Erstgebärende 31,6 %, bei zwei oder mehr Kindern 1-5 %). Lediglich 0,9 % werden in Eile verlegt. Von den 17.530 Kindern werden 99,36 % (17.394) mit einem Apgar-Wert > 7 geboren (gemessen nach fünf Minuten), also mit einem guten bis sehr guten Vitalwert des Kindes. Nur 2,7 % (474) mussten nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt werden. Die Hauptgründe waren dabei Anpassungsstörungen und Infektionszeichen.²⁵

²⁴ GKV-SV und Verbände der Hebammen 2011; NICE 2014

²⁵ QUAG 2021

Vor diesem Hintergrund kommen wir zu dem Ergebnis, dass das vorhandene Potential der hebammengeleiteten Geburtshilfe in Deutschland noch nicht ausreichend genutzt wird: Sowohl hebammengeleitete Abteilungen in den Kliniken als auch Geburtshäuser oder das häusliche Umfeld verbessern unter der Begleitung einer erfahrenen Hebamme nachweislich die Gesundheit der Mutter, führen zu einer deutlich positiveren Bewertung der Geburtserfahrung sowie zu einer gleichbleibend hoher Sicherheit für das Kind und sind mit einer besseren Kosteneffizienz verbunden.²⁶ Voraussetzung dafür ist immer ein gut funktionierendes Verlegungskonzept.

Mögliche Ausgestaltung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Rahmen grundversorgender Strukturen in Deutschland

Die Krankenhausstrukturreform zielt auf eine bessere und zielgenaue gesundheitliche Versorgung ab. Es wird nicht mehr alles überall vorgehalten. Stattdessen wird es eine passgenaue Gesundheitsversorgung mit Spezialisierung, Konzentrierung und Spezifizierung geben. Das bedeutet, dass es für einfache Behandlungsfälle viele Anlaufstellen geben soll. Je mehr jedoch die Schwere und Komplexität von Krankheiten oder Fällen zunimmt, desto weniger Abteilungen soll es geben. Diese wenigen Abteilungen sind dann genau auf die schwierigen Fälle spezialisiert. Ebenso sollen ambulante und klinische Leistungen besser miteinander verzahnt werden, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Die Geburtshilfe ist ein idealer Bereich, um diesen Reformansatz umzusetzen. Der überwiegende Teil der Fälle sind physiologisch verlaufende Geburtsvorgänge. Eine Gebärende muss eine geburtshilfliche Abteilung dann aufsuchen können, wenn sie sie braucht. Grundsätzlich ist dafür eine wohnortnahe Betreuung durch Fachkräfte wie Hebammen oder ein interprofessionelles Team aus Hebammen und Fachärztinnen notwendig, das Vorhalten von Level-II-Häusern jedoch nicht zwingend.

Die ärztlich geleitete Geburtsmedizin ist in den aktuellen Empfehlungen der Regierungskommission erst ab Level-II-Häusern vorgesehen. Dadurch müssen Wege von bis zu 60 Minuten in Kauf genommen werden.²⁷ Dabei erhöhen immer längere Wege unter Wehen nicht nur die Wahrscheinlichkeit von Unterwegsgeburten, sie gefährden auch die Sicherheit von Mutter und Kind und stören den Prozess der Geburt.²⁸ Die Beschränkung der Geburtshilfe auf Level II Krankenhäuser ist daher nicht vertretbar und würde einen deutlichen Rückschritt bedeuten.

Wenn aber die Chancen der hebammengeleiteten Geburtshilfe voll genutzt werden, dann kann die Versorgungssicherheit flächendeckend wiederhergestellt werden, gleichzeitig kann die Qualität der Geburtshilfe deutlich verbessert werden.

Konkret schlagen wir vor:

Der Bedarf an Geburtshilfe sollte durch eine interdisziplinäre Vernetzung und Verzahnung von Versorgungsstrukturen, durch die Kooperation von Kliniken aller Level (I-III) sowie der außerklinischen Geburtshilfe in einer Region gedeckt werden. Diese Art der Zusammenarbeit muss flankiert werden von durchdachten Verlegungskonzepten und einem sorgfältig geplanten Schnittstellenmanagement.²⁹ Es ist sinnvoll, bei der Planung eine klare Trennlinie zwischen Geburtshilfe und Geburtsmedizin zu ziehen. Die Krankenhausstrukturreform zielt auf eine Verschlinkung der Strukturen ab. Das ist mit der Stärkung der Hebammenrolle gut zu erreichen.

²⁶ Rocca-Ihenacho et al. 2020; Scarf et al. 2018; NICE 2014

²⁷ 3. Empfehlung der Regierungskommission 2022; Augurzyk et al. 2014

²⁸ Örtqvist 2021

²⁹ AWMF Leitlinie pph: Kapitel postpartales Management

In Level I-i und I-n benötigt man Expertinnen für die physiologische Geburtsbegleitung, die autonom von Hebammen durchgeführt wird. Es braucht keine Anästhesie, keine Rufbereitschaft von Gynäkolog*innen oder Pädiater*innen. Diese Angebote können, müssen aber nicht in Level-I-Krankenhäusern vorgehalten werden. In Level-II-Kliniken, in denen Fälle mit Komplikationen oder erhöhten Risikofaktoren versorgt werden, sind sie zwingend vorzuhalten. Darüber hinaus ist eine strategische Ansiedlung von geburtsmedizinischen Maximalversorgern auf Level III mit pädiatrischer und intensivmedizinischer Betreuung notwendig. Diese werden durch den Wiederaufbau von geburtshilflicher Grundversorgung durch klinische und außerklinische Versorgungsmodelle entlastet und für Not- und Risikofälle freigehalten.

Kliniken Level I: Hebammengeleitete Geburtshilfliche Grundversorgung von Frauen mit normalen Schwangerschaften und Geburtsverläufen.

Dafür ist die hebammengeleitete Versorgung ideal. Eine normale Schwangerschaft benötigt keine ärztliche, sondern eine intensive Hebammenbetreuung. Physiologische Geburtshilfe kann ohne Weiteres in einem Level-I-Haus geleistet und die Abteilung auch von einer Hebamme geleitet werden. Ebenso könnte eine freiberuflich organisierte, hebammengeleitete Einrichtung wie ein Geburtshaus oder eine größere Hebammenpraxis hier den Versorgungsauftrag übernehmen. Eine enge Verzahnung mit ambulanten Angeboten in der Schwangeren- und Wochenbettbetreuung sind eine große Chance für die regionale Versorgungssicherheit. Die Kontinuität in der Betreuung vom Anfang der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit stellt für Familien eine neue Sicherheit und Qualität von Versorgung dar. Dabei sollten die bereits vorhandenen Strukturen der Hebammenzentren und Hebammenzentralen, die heute schon von Bundesländern und Kommunen gefördert werden, unbedingt berücksichtigt werden. Die Level-I-Versorgung sollte interdisziplinär mit den Internist*innen und Chirurg*innen vor Ort kooperieren. Diese sind in der Lage, z.B. unkomplizierte Eingriffe wie Dammriss 2. Grades zu versorgen und gemeinsam mit der Hebamme eine Notfallversorgung zu gewährleisten, bis eine Verlegung der Frau oder ggf. ihres Neugeborenen erfolgt. Eine fachärztliche gynäkologische Versorgung kann, insbesondere in ländlichen Räumen, über ein interdisziplinär arbeitendes Kreißaalteam vorgehalten werden.

Kliniken Level I-n: Hebammengeleitete Geburtshilfliche Grundversorgung + Versorgung von Frauen mit normalen Schwangerschaften und Geburtsverläufen sowie **Triagierung bzw. Risikoeinschätzung** nach spontanem Aufsuchen der Klinik.

Hebammen haben die Kompetenz, eine Terminüberschreitung zu kontrollieren oder einen Verdacht auf einen vorzeitigen Blasensprung oder Geburtsbeginn abzuklären. Dazu bedarf es keine Gynäkolog*in. Die hier eingesetzten Hebammen sollten lediglich über erweiterte Kompetenzen wie die Lagebestimmung und die Bestimmung der Fruchtwassermenge durch Ultraschalluntersuchung verfügen. Dies sind in anderen Ländern selbstverständliche Tätigkeiten von Hebammen, die niedrigschwellig zu erlernen sind und die einen großen diagnostischen Benefit in der Festlegung des Behandlungspfades und damit des Geburtsorts und folgerichtig der Zuweisung zu einer Versorgungsstufe haben. Eine fachärztliche gynäkologische Versorgung kann, insbesondere in ländlichen Räumen, über ein interdisziplinär arbeitendes Kreißaalteam vorgehalten werden.

Kliniken Level II: Geburtsmedizinische Versorgung bei Komplikationen oder risikobehafteten Fällen.

An diesen Standorten ist die fachärztliche Expertise für pathologische Geburtsverläufe sowie pädiatrische Versorgung vorzuhalten. Kooperationen mit Level-I-Kliniken sowie außerklinischer Geburtshilfe der Region (Verlegungskonzepte) sind dabei essentiell. In Metropolregionen ist darüber hinaus auch eine räumlich getrennte, hebammengeleitete Versorgung am gleichen Standort (AMU) empfehlenswert, um die Vorteile der Physiologie auch für dieses Versorgungslevel zu sichern und Rotationsmodelle zu ermöglichen.

Kliniken Level III: Geburtsmedizinische Maximalversorgung unter fachärztlicher Leitung mit Anschluss pädiatrischer und intensivmedizinischer Versorgung.

Für diese Standorte ist, über die Empfehlungen der Regierungskommission hinaus, die enge Kooperationen mit Kliniken Level I und II der Region sowie ggf. einzelne Spezialisierungen für seltene Fälle bundesweit (Verlegungskonzepte) zu etablieren. Gerade in Metropolregionen ist darüber hinaus auch eine räumlich getrennte, hebammengeleitete Versorgung am gleichen Standort (AMU) empfehlenswert, um die Vorteile der Physiologie auch für dieses Versorgungslevel zu sichern und Rotationsmodelle zu ermöglichen.

Wichtig ist es, in Level I-i und Level I-n die Schnittstellen zur ambulanten Versorgung und die Vernetzung mit höheren Versorgungsstufen so niedrigschwellig und durchdacht wie möglich zu gestalten, wie es in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) gefordert wird. Kommunen und Krankenhausträger müssen dazu angehalten werden, gemeinsam mit den Hebammen gute Verlegungskonzepte zu entwickeln und verlässliche Verlegungswege – beispielsweise durch Kooperationen – zu gewährleisten.

Die Verankerung hebammengeleiteter Geburtshilfe-Abteilungen in Level I-i und Level-I-n-Häusern³⁰ kann dann die wohnortnahe Versorgung sichern. **Mit einer engen Verzahnung zur außerklinischen Hebammenarbeit inklusive außerklinischer Geburtshilfe würde eine Lücke von klinischer und ambulanter geburtshilflicher Hebammenversorgung geschlossen.** Das verbessert langfristig die Versorgung von Frauen in der reproduktiven Lebensphase. Dies würde ebenfalls die Überlegungen stützen, aufsuchende Hebammenleistungen durch angestellte Hebamme in Kliniken zu finanzieren. **Diese Leistungen können dann flächendeckend wohnortnah erbracht werden, wenn die Geburtshilfe in die Grundversorgung aufgenommen und darüber auch finanziert wird. Dadurch kann die Kommune oder das Bundesland regional passend festlegen, welche Menge und welches Level an Geburtshilfe- und Hebammenleistungen vorgehalten wird.**

Diese Versorgungskonzepte müssen sinnvoll gemeinsam zwischen Bund, Ländern und Kommunen geplant werden, damit eine Unter-, Über- und Fehlversorgung vermieden werden kann. Gleichzeitig können selbst kleinere Kommunen für die Versorgung mit Geburtshilfe ein Grundversorgungsangebot der Daseinsvorsorge regional sicherstellen. Solche Konzepte stellen auch unter dem Druck von Ökonomisierung und ökologischen Gesichtspunkten eine zukunftsweisende Struktur dar. Die Versorgungssicherheit liegt dann nicht mehr allein in der unternehmerischen Entscheidung einzelner Hebammen, sondern in der Organisation der öffentlichen Daseinsvorsorge.

³⁰ Definition nach der 3. Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausfinanzierung

Mit der Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe – sowohl in der Klinik als auch außerklinisch – sowie der damit verbundenen Vernetzung und Verzahnung mit weiteren Hilfsangeboten kämen wir darüber hinaus dem Nationalen Gesundheitsziel “Gesundheit rund um die Geburt” sowie der Umsetzung der S3-Leitlinie “Vaginale Geburt am Termin” näher, wodurch die Qualität der Geburtshilfe in Deutschland stark verbessert würde.

Eine zwingende Voraussetzung dafür ist eine auskömmliche Finanzierung der hebammengeleiteten Geburtshilfe sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Setting. Die unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen vom SGB V und der Krankenhausfinanzierung müssen dafür in Einklang gebracht werden.

Die Akzeptanz der Hebamme als Expertin für die Betreuung der reproduktiven Lebensphase muss sich im deutschen Gesundheitssystem weiter durchsetzen, um das volle Potential für die Versorgungssicherheit und Qualität auszuschöpfen.

Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 22.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Familienhebammen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschüler*innen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.

Literatur

Albrecht M. et al. (2019) IGES Gutachten im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit: Stationäre Hebammenversorgung.

Augurzky, B., Beivers, A., Straub, N., & Veltkamp, C. (2014) Krankenhausplanung 2.0. Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek).

Broogard, L. et al. (2022) The effect of obstetric emergency team training on patient outcome: A systematic review and meta-analysis.

Campiotti, M. et al. (2020) Low-Risk Planned Out-of-Hospital Births: Characteristics and Perinatal Outcomes in Different Italian Birth Settings.

- Comeau, A. et al. (2017) Homebirth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und Verbund Hebammenforschung (Hrsg.) (2014) Expertinnenstandard „Förderung der physiologischen Geburt“.
- Eurostat (2021) Healthcare expenditure statistics
- Dixon, L, Guilliland, K, Pallant, J, Sidebotham, M, Fenwick, J, McAra-Couper, J et al (2017) The emotional wellbeing of New Zealand midwives: Comparing responses for midwives in caseloading and shift work settings.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017) Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt.
- GKV-SV, Verbände der Hebammen (2011) Pilotprojekt zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2008) Midwife-led versus other models of care for childbearing women.
- Kemp, J., Maclean, G.D. and Moyo, N. (2021) Models of Midwifery Practice.
- Knape, N. et al. (2014) The association between attendance of midwives and workload of midwives with the mode of birth: Secondary analyses in the German Healthcare System.
- Holroyd, M., Selling; T. (2019) Barnmorskors upplevelse av att arbeta inom projektet.
- McCourt, C. et al. (2018) Organising safe and sustainable care in alongside midwifery units: Findings from an organisational ethnographic study.
- Miller, S. et al. (2016) Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, Respectful Maternity Care Worldwide.
- NICE (2014) Intrapartum care for healthy women and babies, National Institute for Health and Care Excellence, Clinical Guideline (3)
- Örtqvist, A. et al. (2021) Association between travel time to delivery unit and unplanned out-of-hospital birth, infant morbidity and mortality: A population-based cohort study.
- Oladapo, O. et al. (2018) WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing.
- Olsen, O. & Clausen J.A. (2023) Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications
- QuaG (2021) Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe Jahresbericht.
- Rocca-Ihenacho, L., Yuill, C. & McCourt, C. (2021) Relationships and trust: Two key pillars of a well-functioning freestanding midwifery unit.
- Sandall, J. et al. (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women.
- Scarf, V.L. et al. (2018) Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis.
- Schwarz, C.M. (2008) Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung - am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen.
- WHO (1997) Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization.
- Zielinsky, R. et al. (2015) Planned Home Birth, benefits, risks and opportunities.