



**Positionspapier zur Eingruppierung  
der Hebammen im TVöD**

**Tarifverhandlungen TVöD 2020**

ver.di „AG Hebammen“ Hamburg

Juli 2020

## Übersicht

<b>1. Vorschlag Eingruppierung .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Problemdarstellung.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Begründungen .....</b>	<b>5</b>
<b>3.1 Gesundheitsförderung.....</b>	<b>5</b>
<b>3.2 Eigenverantwortlichkeit .....</b>	<b>7</b>
<b>3.3 Abweichungen von der normalen Geburt erkennen.....</b>	<b>7</b>
<b>3.4 Akademisierung der Hebammenausbildung.....</b>	<b>8</b>
<b>3.5 Hohe Arbeitsbelastung .....</b>	<b>9</b>
<b>3.6 Eigene Entgelttabelle.....</b>	<b>9</b>
<b>3.7 IGES-Studie.....</b>	<b>11</b>
<b>4. Perspektiven .....</b>	<b>12</b>
<b>4.1 Implementierung Eins-zu-eins-Betreuung.....</b>	<b>12</b>
<b>I. Rechtsquellenverzeichnis .....</b>	<b>15</b>
<b>II. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>16</b>

## 1. Vorschlag Eingruppierung

Die ver.di AG Hebammen Hamburg schlägt der ver.di Bundestarifkommission TVöD (BTK) folgende Änderung in der Entgeltordnung vor und bittet um die Berücksichtigung dieses Vorschlags in der Tarifrunde 2020:

- 1. Einstiegsgehalt für Hebammen von 4.000 € brutto, monatlich**
- 2. Einführung einer eigenständigen Entgelttabelle für die Berufsgruppe „Hebamme“**

Anmerkung: Zulagen wie Schichtdienst-, Nachtdienst-, Wochenendzulage oder Jahressonderzahlung finden selbstverständlich weiterhin Anwendung.

Anmerkung: Laut Hebammengesetz (HebG), inkraftgetreten 01. Januar 2020, umfasst die Berufsbezeichnung Hebamme Personen jeglichen Geschlechts.

## 2. Problemdarstellung

In deutschen Kreißsälen herrscht Hebammenmangel. Berufsverbände und Angehörige der Berufsgruppe machen auf diese prekäre Situation aufmerksam (DHV 2020; DHV 2016). Hebammen sind dauerhaft überlastet; arbeiten überwiegend in Teilzeit, da sonst die hohe Arbeitsbelastung nicht zu schultern ist. Kliniken können offene Hebammenstellen nicht mehr besetzen (IGES 2019). Seit einigen Jahren wird in den Medien öffentlich über diese Thematik berichtet. Mittlerweile ist auch die Politik auf diese Verhältnisse aufmerksam geworden und bemüht sich in kleinen Schritten um eine Besserung. Bisher jedoch ohne nachhaltigen Erfolg.

Auf aktuelle politische Entscheidungen hinsichtlich des Hebammenberufes sowie die aktuelle Situation des Personalmangels in der Geburtshilfe muss tarifrechtlich reagiert werden. Die gute Versorgung von Frauen und Kindern rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist für Familien und die Gesellschaft existenziell. Die Arbeit der Hebammen ist in besonderem Maße persönlich sowie fachlich anspruchsvoll und bedarf deshalb besonderer Berücksichtigung in der Einordnung im TVöD.

Die bisherige Verortung der Hebammen innerhalb der Pfl egetabelle wird ihren Tätigkeiten, Fähigkeiten und Verantwortungen nicht gerecht. Zum einen führen Hebammen keine „Pfle ge“ im eigentlichen Sinne durch, sondern versorgen primär gesunde Frauen in ihrer reproduktiven Phase des Lebens. Hebammen sind als einzige Berufsgruppe spezialisiert auf die Begleitung während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit. Zum anderen entspricht das bisherige Tabellenentgelt nicht der Verantwortung und Bedeutung der Hebammenarbeit.

Im Folgenden möchten wir, die ver.di AG Hebammen Hamburg, eine neue Eingruppierung der Hebammen vorschlagen und diese ausführlich begründen.

### **3. Begründungen**

Folgende Begründungen liegen diesem Vorschlag zugrunde:

#### **3.1 Gesundheitsförderung**

Hebammen erhalten, schützen und fördern die Gesundheit von Schwangeren, Gebärenden, Müttern und ihren Neugeborenen. Internationale sowie nationale Experten sind sich einig, dass die Begleitung durch Hebammen rund um die Geburt die Mortalität sowie die Morbidität von Müttern und Neugeborenen senkt. Die Begleitung durch eine Hebamme während der Schwangerschaft, der Geburt und der Wochenbettzeit fördert die physische und psychosoziale Gesundheit der Frau und des Kindes langfristig. Die WHO beschreibt in ihrem Aktionsplan zur Förderung der Hebammenausbildung fünfzig gesundheitsbezogene Outcomes der Frauen und Kinder, die durch qualifizierte Hebammenversorgung verbessert werden. Beispielhaft aufzuführen sind hier die höhere Rate an Spontangeburt und die damit verbundene Senkung der Sectio (Kaiserschnitt) -Rate, die Senkung der Rate an Frauen mit postpartalen Depressionen, der verbesserte Stillbeginn und die längere Stilldauer, die Senkung der Rate an postpartalen Blutungen oder die Senkung der Rate an Neugeborenen, die eine Sepsis erleiden (WHO 2019).

Diese nennenswerten Auswirkungen beeinflussen die Gesundheit nachfolgender Generationen langfristig positiv. Wissenschaftlich belegt ist z.B., dass durch die Ernährung mit Muttermilch der Entstehung von Erkrankungen des Kindes wie Diabetes Typ 1 und 2, Asthma oder dem plötzlichen Kindstod vorgebeugt werden kann (Ip et al. 2009). Ebenfalls bekannt ist, dass die Prädisposition für Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes an Nachkommen weitervererbt werden kann (Mehnert 2011).

Die kontinuierliche Versorgung durch Hebammen hat positive gesundheitsökonomische Auswirkungen. Sie senkt die Kosten im Gesundheitssystem u. a. durch die Reduktion von Interventionen wie Kaiserschnitte, Reduktion von Schmerzmittelgabe oder Komplikationen wie postpartale Blutungen. Diese Erkenntnisse werden durch eine Vielzahl von Studien mit unterschiedlichem Design belegt, einschließlich

randomisiert kontrollierter Studien mit Frauen unterschiedlicher Risikoprofile (WHO 2019, Tracy et al. 2014, Tracy et al. 2013, Sandall et al. 2016).

Darüber hinaus profitiert langfristig auch die Wirtschaft von qualitativer Betreuung durch Hebammen rund um die Geburt durch den lebenslangen Einfluss, den eine gesunde Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit physisch sowie psychisch auf die Gesundheit der gesamten Familie hat (WHO 2019, Renfrew 2014).

Seit 2016 hat die deutsche Bundesregierung das Ziel definiert, die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen rund um die Geburt zu verbessern. Fünf Ziele sind als „Nationale Gesundheitsziele rund um die Geburt“ benannt. Ein Ziel ist das Ermöglichen und die Förderung der physiologischen Geburt. Eine physiologische Geburt meint eine interventionsarme Geburt (BMG 2017). Die Geburt wird als natürlicher Prozess gefördert und Interventionen werden nur vorgenommen, wenn sie absolut notwendig sind (DNQP und Verbund Hebammenforschung 2014). Experten sind sich einig, dass die Gesundheit rund um die Geburt nicht allein an körperlichen Kennzahlen gemessen werden kann. Ebenso wichtig sind Aspekte wie subjektives Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität der Frau (BMG 2017). Hierzu gehören vor allem in der Geburtsbegleitung Komponenten wie Wahlmöglichkeiten und informierte Entscheidung der Frau, Kontinuität durch die betreuende Person, Mit- und Selbstbestimmung, Anerkennung und Einbeziehung u. a. der psychosozialen und kulturellen Ressourcen der Frau (BMG 2017, Hundley et al. 1997, Royal College of Midwives 2011, Bauer 2011). Die Erfahrung einer selbstbestimmten Geburt sowie die allgemeine psychische Gesundheit der Frau wirken sich positiv auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung aus (BMG 2017; Homer et al. 2014). Diese ist nach wissenschaftlichen Erkenntnissen die Grundlage der lebenslangen Resilienzfähigkeit des Kindes - der psychischen Widerstandsfähigkeit, auf Stress im Leben zu reagieren und somit Grundlage der psychischen Gesundheit eines jeden Menschen (Bauer 2016, S. 66ff).

Die Bedeutung der Versorgung durch Hebammen ist offensichtlich und wissenschaftlich belegt. Dies muss sich auch finanziell im Gehalt der Hebammen in den Kreißsälen widerspiegeln. Die bisherige Eingruppierung in die Entgeltgruppe P8 wird der Bedeutung der Arbeit von Hebammen bei weitem nicht gerecht. Es bedarf der Anpassung der Eingruppierung im TVöD.

### **3.2 Eigenverantwortlichkeit**

Vorbehaltene Tätigkeiten sind im Hebammengesetz §4 eindeutig festgelegt. Hebammen leiten im Kreißsaal und außerklinisch eigenverantwortlich physiologische Geburten. Außerdem ist ihnen die Überwachung des Wochenbettes vorbehalten. Sie erheben geburtshilfliche Befunde und fördern mit entsprechenden geburtshilflichen Maßnahmen vorausschauend den physiologischen Geburtsverlauf. Laut dem deutschen Hebammengesetz darf eine Geburt in Deutschland nur im Beisein einer Hebamme stattfinden. Eine Ärztin/ein Arzt muss nur bei Abweichungen/Pathologien hinzugezogen werden. Die Abwesenheit einer Ärztin/eines Arztes ist durchaus möglich (§ 4 HebG).

Auf Basis medizinischer und hebammenwissenschaftlicher Evidenzen sowie der Berufsethik handeln Hebammen unter ständiger Berücksichtigung der persönlichen und medizinischen Situation der Frauen und Paare. Hiermit unterstützen und achten sie die Selbständigkeit und das Recht auf Selbstbestimmung (§ 9 Absatz 2 HebG).

Dies unterstreicht die Eigenverantwortlichkeit der Hebammenarbeit sowie die Notwendigkeit der Wertschätzung der Hebammenkompetenzen im Hinblick auf eine Anpassung der Vergütung im Rahmen der Eingruppierung im TVöD.

### **3.3 Abweichungen von der normalen Geburt erkennen**

Es bedarf eines außerordentlichen Maßes an Fachwissen und evidenzbasiertem Handeln, um der Physiologie eines Geburtsverlaufes, der Überwachung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten sowie der postpartalen Überwachung von Risikowöchnerinnen und Neugeborenen gerecht zu werden.

Um eine fachlich kompetente, sichere und adäquate Begleitung zu gewährleisten, muss die Hebamme eventuelle Komplikationen eines Geburtsverlaufs frühzeitig erkennen.

Sie überwacht die Vitalparameter von Schwangeren und Gebärenden und muss jederzeit erkennen, ob sich eine pathologische Veränderung ergibt. So kann beispielsweise eine bisher gesunde Schwangere auch während und nach der Geburt an hypertensiven Geschehen erkranken. Im Zusammenhang mit diesen ist eine stets fachlich korrekte Einschätzung des Gesundheitszustandes der Frau essentiell wich-

tig. Die Entgleisung des Blutdrucks könnte beispielsweise zu einem eklampptischen Anfall, akutem Nierenversagen bis hin zum Tod von Mutter und Kind führen.

Die Hebamme beurteilt zudem den Zustand des Feten im Zusammenhang mit der Wehentätigkeit anhand des Herzton-/ Wehenschreibers (CTG) und ist permanent konzentriert, Abweichungen von physiologischen (Geburts-)Verläufen zu erkennen, um adäquat darauf zu reagieren. Dennoch kann es jederzeit zu unvorhersehbaren geburtshilflichen Notfällen, wie z.B. einer vorzeitigen Plazentalösung, einer Schulterdystokie, Narkosezwischenfällen nach PDA-Anlage, postpartalen Blutungen und vielem mehr kommen. Alle diese Notfallsituationen stellen massive Gefahren für das Leben von Mutter und Kind dar und bedürfen eines besonderen Maßes an Konzentration, fundiertem Fachwissen und rascher Reaktionen der Hebamme.

Aufgrund der hohen Verantwortung bedarf es der Anpassung der Eingruppierung von Hebammen im TVöD.

### **3.4 Akademisierung der Hebammenausbildung**

Seit Januar 2020 gilt das neue Hebammengesetz (HebG), mit dem die bisherige schulische Hebammenausbildung auf Hochschulniveau angehoben wird. Von nun an werden Hebammen zur Berufsausbildung ein Bachelorstudium absolvieren. Damit wird zum einen die bestehende EU-Richtlinie 2013/55/EU als Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die *Anerkennung von Berufsqualifikationen* umgesetzt, aus der hervorgeht, dass alle Hebammen in der EU ab 2020 an Hochschulen ausgebildet werden sollen.

Zum anderen wird damit auf wachsende Anforderungen in der Gesundheitsversorgung der Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbettes sowie der Neugeborenen und Säuglinge reagiert (DGHWI 2019). Die Komplexität der Versorgung ist in den letzten Jahren u.a. durch ältere Gebärende, höhere Raten an Frauen mit Grunderkrankungen, Fortschritte in der Medizin, Kinderwunschbehandlungen sowie durch die Ansprüche der Frauen und Paare gestiegen.

Hebammen werden nun flächendeckend wissenschaftlich ausgerichtet ausgebildet, was für reflektiertes, evidenzbasiertes Arbeiten grundlegend ist. Hebammen wird mit dem Bachelorabschluss von nun an der Weg zum Erreichen von höheren Bildungsabschlüssen (Master, Promotion) erleichtert. Um zukünftig noch stärker als bisher an wissenschaftlichen Studien, in wissenschaftlichen Gremien oder Aus-



schüssen z.B. an der Erstellung von Leitlinien mitarbeiten zu können, ist dies von großer Bedeutung. Das Bundesministerium für Gesundheit sieht durch das Bachelorstudium die Chance, dass der Hebammenberuf dadurch attraktiver und moderner wird (BMG 2019). Der zukünftig erworbene Hochschulabschluss von Hebammen und die damit verbundenen Aufstiegsmöglichkeiten von Hebammen müssen ebenfalls in der Eingruppierung abgebildet sein.

Aufgrund der Akademisierung des Hebammenberufes bedarf es der Anpassung der Vergütung im Rahmen der Eingruppierung im TVöD

### **3.5 Hohe Arbeitsbelastung**

Es ist notwendig, die Vergütung der Hebammen an die Tätigkeiten, Belastungen und Herausforderungen im Arbeitsalltag anzupassen. Hebammen sind grundsätzlich einer hohen Arbeitsbelastung im Kreißaal ausgesetzt. Ruhepausen können nur selten oder gelegentlich eingehalten werden (89%). Fast alle Hebammen (93%) berichten über häufige oder sehr häufige Störungen sowie Unterbrechungen der eigentlichen Arbeit. Das Ausmaß zeigt sich besonders deutlich im Vergleich zu anderen, ebenfalls an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen. So ist die Belastung je nach Fragestellung unter Hebammen bis zu 39% höher (DHV 2016). Es muss das Ziel verfolgt werden, mehr Hebammen für das Arbeiten in der Klinik zu gewinnen, um die Gesundheit der Frauen/Ungeborenen/Neugeborenen/Familien, individuelle Geburtshilfe sowie ein gesundes Arbeitsumfeld für Hebammen zu gewährleisten.

Die Vergütung von Hebammen muss im Rahmen der Eingruppierung im TVöD verbessert werden, damit dem Personalmangel entgegengewirkt werden kann, um dauerhaft die Arbeitsbelastung von Hebammen zu senken.

### **3.6 Eigene Entgelttabelle**

Hebammen heben sich von anderen Berufsgruppen durch gesetzlich festgeschriebene vorbehaltene Tätigkeiten ab. Die Betreuung der physiologischen Geburt obliegt einer Hebamme. Die Ansprüche an die Tätigkeit einer Hebamme sind therapeutischer, medizinischer und pflegerischer Natur. Der pflegerische Anteil ist dabei keinesfalls höherwertiger einzuschätzen als die medizinischen und therapeutischen

Anforderungen. Bisher sind die Hebammen im TVöD der **Pflegetabelle** zugeordnet (TVöD-K). Die Tätigkeiten und Fähigkeiten der Hebamme sind jedoch, wie oben aufgeführt, primär **nicht pflegerisch**. Hebammen werden nicht mit den Pflegefachfrauen und -männern ausgebildet, sondern erlangen eine gänzlich eigenständige Ausbildung auf akademischem Niveau.

Hebammen sind Expert\*innen für die Versorgung von Frauen und Kindern während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit und tragen dafür auch eigenständig eine hohe Verantwortung für das Leben von Mutter und Kind. Sie betreuen primär gesunde Frauen und Kinder und begleiten primär physiologische Prozesse. Die Bedeutung der qualitativ guten Versorgung während dieser Zeit wurde bereits in vorherigen Abschnitten ausführlich erläutert. Die gesetzlich vorbehaltenen Tätigkeiten unterstreichen die einzigartige Stellung der Berufsgruppe der Hebammen.

Hebammen haben bisher im klinischen Betrieb nur bedingt Aufstiegsmöglichkeiten. Das wird sich zukünftig durch das Erlangen höherer akademischer Abschlüsse im primärqualifizierenden Bachelorstudium zwangsläufig verändern. Somit werden Aufstiegsmöglichkeiten und neue hebammenspezifische Tätigkeitsfelder geschaffen, die sich nur in einer eigenständigen Entgelttabelle wiederfinden können. Dies gilt für Praxisanleiter\*innen und ihre Arbeit in der Aus- und Weiterbildung sowie für Masterabsolventinnen und Hebammenprofessorinnen, die sich in der klinischen und in der Entlohnungsstruktur wiederfinden müssen.

Nicht nur in den unterschiedlichen Tätigkeitsgebieten, sondern auch auf der politischen Ebene werden Hebammen gesondert von der Pflege betrachtet. Sie wurden z.B. bei dem 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) nicht mit aufgeführt und werden in politischen Bestrebungen nach einer besseren Versorgung im *Nationalen Gesundheitsziel* (BMG 2017) oder der Studie zur *stationären Hebammenversorgung* (IGES 2019) jeweils gesondert betrachtet.

Die bisherige Subsumierung der Hebammen in die Entgeltgruppe der Pflege ist mit Einführung der Akademisierung des Hebammenberufs nicht mehr zeitgemäß und sollte deshalb durch die Schaffung einer eigenständigen Entgeltgruppe und -tabelle im TVöD reformiert werden.

### 3.7 IGES-Studie

Der vorliegende Vorschlag zur neuen Eingruppierung stützt sich auf die im Januar 2020 veröffentlichten Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Studie des IGES-Instituts zur „Stationären Hebammenversorgung“ (IGES 2019). Die Studie bestätigt den bereits in der Öffentlichkeit bekannten Hebammenmangel in deutschen Kreißsälen. Die ausgearbeiteten Vorschläge zur Verbesserung der prekären Situation der Arbeitsbedingungen von Hebammen beziehen sich in einem von drei Punkten auf die Schaffung **„finanzieller Anreize zur Erhöhung des Arbeitsangebotes von Hebammen“** (S.251 ff). Das Arbeiten im Kreißsaal soll finanziell attraktiv gestaltet werden, damit mehr Hebammen bereit sind, (Vollzeit) im Kreißsaal zu arbeiten und auch langfristig zu bleiben.

Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, welche ebenfalls unter Personalmangel leiden, z.B. die stationäre Pflege oder die Altenpflege, besteht bei den Hebammen überwiegend das Problem, dass Kliniken freie Hebammenstellen nicht besetzen können, angesichts mangelnder Bewerbungen. Die Gründe für die vielen offenen Stellen sind vielfältig, überwiegend jedoch in hoher Teilzeittätigkeit (60%) (S. 159), hoher Arbeitsbelastung und vor allem niedriger Vergütung begründet (S. 251 ff). Maßnahmen wie eine Refinanzierung aufgestockter Hebammenstellen, wie im pflegerischen Bereich, würden nicht ausreichen, da das Arbeiten in der Klinik für viele Hebammen zu unattraktiv geworden ist. Es müssen finanzielle Anreize für Hebammen geschaffen werden, damit das Arbeiten in der Klinik mindestens finanziell attraktiv wird.

**Ein** Ziel soll sein, Anreize für eine Aufstockung von Teilzeitstellen zu bieten. **87% der Hebammen in Teilzeit** gaben an, dass eine **bessere allgemeine Vergütung** für die Erhöhung der Arbeitszeit als **notwendig** erachtet wird (S. 211).

**88% aller befragten Hebammen** gaben an, dass eine **angemessenere Vergütung** zur **Verbesserung der Arbeitssituation** beitragen kann (S. 212). Durch eine verbesserte Vergütung in den Kliniken kann davon ausgegangen werden, dass zukünftig mehr Hebammen bereit sind, in den Kreißsälen zu arbeiten.

Wörtlich heißt es hierzu in der o.g. Studie: *„Eine spezifische Aufwertung der Hebammentätigkeit müsste folglich innerhalb dieser Strukturen (Tarifordnung, Anmerkung der Autorin) (...) durch die Tarifpartner gefunden werden. Auch wenn in diesem Rahmen in jüngerer Zeit einige Verbesserungen für Hebammen erzielt wurden, scheinen die Aus-*

wirkungen auf die Entwicklung des Arbeitsangebots angesichts der geschilderten Herausforderungen noch zu gering zu sein.“ (S.253)

Die zwei weiteren Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die Konzentration stationärer geburtshilflicher Kapazitäten und die Delegation fachfremder Tätigkeiten zur Entlastung von Hebammen. Durch die Schließung kleinerer geburtshilflicher Abteilungen entsteht in großen geburtshilfliche Zentren ein deutlich erhöhtes Arbeitsvolumen, ohne dass der Personalschlüssel der Hebammen in angemessener Weise angepasst wird.

Um dem Personalmangel in der Geburtshilfe entgegenzuwirken, bedarf es unter anderem einer besseren Vergütung der Hebammen und deshalb einer höheren Eingruppierung im TVöD.

## 4. Perspektiven

### 4.1 Implementierung Eins-zu-eins-Betreuung

Um die tatsächlichen Betreuungsverhältnisse im Kreißaal zu verbessern, benötigt es außer der besseren Vergütung von Hebammen selbstverständlich weitere Maßnahmen wie z.B. einen vorgeschriebenen Betreuungsschlüssel von EINER Gebärenden pro Hebamme, die **Eins-zu-eins-Betreuung**. Dies fordern beispielsweise der Deutsche Hebammenverband in dem Eckpunktepapier zu einem *Geburtshilfestärkungsgesetz* (DHV 2020), die AWMF Leitlinie *Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen in der perinatalogischen Versorgung in Deutschland* (DGPM 2015), der *Expertinnenstandard* des Deutschen Netzwerkes zur Qualitätsentwicklung in der Pflege und der Verbund Hebammenforschung (2014), internationale Leitlinien wie die NICE-Guidelines aus England (NICE 2017), Elterninitiativen wie Motherhood e.V. (o.A.) oder Initiativen von Beschäftigten in Krankenhäusern wie die Hamburger Krankenhausbewegung (o.A.).

**Auf der Grundlage der dargestellten Argumente schlagen wir als ver.di AG Hebammen Hamburg jetzt eine angemessene Vergütung von 4000 € brutto monatlich**

**für Hebammen bei Berufseinstieg sowie die Schaffung einer eigenen Entgelttabelle für die Berufsgruppe „Hebammen“ vor.**

**Wir bitten euch, unseren Forderungsvorschlag für Hebammen in die BTK einzubringen und bei den anstehenden Tarifverhandlungen für den Tarifvertrag öffentlicher Dienst 2020 zu berücksichtigen.**

**Herausgeber:** ver.di AG Hebammen Hamburg

**Autorinnen:** Natalie Luke, Hebamme, B.Sc.  
Anna Györffy, Hebamme, B.Sc.  
Leonie Macdonald, Hebamme, B.Sc.

**Kontakt:** Natalie Luke: Mitglied ver.di AG Hebammen Hamburg,  
natalielke@outlook.com  
Nicola Wollny: ver.di Hamburg, Fachbereich 3, Krankenhäuser,  
Fachbereich3.hamburg@verdi.de

**Datum:** 31. Juli 2020

# Anhang

## I. Rechtsquellenverzeichnis

EU-Richtlinie 2005/36/EG	Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. OJ L 255, S. 22-142
EU-Richtlinie 2013/55/EU	Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems ( „IMI-Verordnung“ ) Text von Bedeutung für den EWR.  OJ L 354, S. 132–170
HebG	Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG) vom 22.11.2019 (BGBl. I S. 1759)
PpSG	Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals. (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11.12.2018 (BGBl. I S. 2394)
TVöD-K	Durchgeschriebene Fassung des TVöD für den Dienstleistungsbereich Krankenhäuser im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TVöD-K) vom 1. August 2006 (i. d. F. der Änderungsvereinbarung Nr. 11 vom 18. April 2018) mit den Maßgaben des landesbezirklichen Tarifvertrages zur Überleitung der Beschäftigten der Hamburger Krankenhäuser in das Tarifrecht der VKA vom 1. August 2018 (Landesbezirk. ÜTV Krankenhäuser).

## **II. Literaturverzeichnis**

**Bauer N (2011):** Der Hebammenkreißsaal. Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. Göttingen: V&R unipress.

**Bauer J (2016):** Das Gedächtnis unseres Körpers. München: Piper Verlag GmbH.

**BMG Bundesministerium für Gesundheit (2017):** Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. [online] <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt-727604> [Zugriff am 21.07.2020]

**Deutscher Bundestag (2019):** Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Gesetzentwurf. Drucksache 19/12557. [online] [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/H/Hebammenreformgesetz-Bundestag.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Hebammenreformgesetz-Bundestag.pdf) [Zugriff am 25.06.2020]

**DGHWI Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (2019):** Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung. [online] [https://www.dghwi.de/images/0\\_DGHWi-Stellungnahme\\_HebRefG-12.04.2019.pdf](https://www.dghwi.de/images/0_DGHWi-Stellungnahme_HebRefG-12.04.2019.pdf) [Zugriff am 10.07.2020]

**DGPM Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (2015):** Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland. Erstellt 09/2005. [online] [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/087-0011\\_S1\\_Perinatologische\\_Versorgung\\_2015-05-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-0011_S1_Perinatologische_Versorgung_2015-05-abgelaufen.pdf) [Zugriff am 10.07.2020]

**DHV Deutscher Hebammenverband e.V. (2016):** Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken. Hebammenbefragung 2015. Berlin: Deutscher Hebammenverband e.V.

**DHV Deutscher Hebammenverband e.V. (2020):** Eckpunkte für ein Geburtshilfe-Stärkungsgesetz im klinischen Bereich. Berlin: Deutscher Hebammenverband e.V.



**DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung (2014).** Expertinnenstandard. Förderung der physiologischen Geburt. Osnabrück: Hochschule Osnabrück. Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

**Hamburger Krankenhausbewegung (o.A.):** Forderungen der Kolleginnen und Kollegen aller Gesundheitsberufe. [online] <https://www.hamburger-krankenhausbewegung.de/was-wir-brauchen/> [Zugriff am 11.07.2020]

**Homer CSE, Friberg IK, Dias MAB, Hoop-Bender P ten, Sandall J, Speciale AM, Bartlett LA (2014):** The projected effect of scaling up midwifery. *The Lancet*, 384 (9948): 1146-1157.

**Hundley VA, Milne JM, Glazener CM, Mollison J (1997):** Satisfaction and the three C's. continuity, choice and control. Womens' view from a randomized trial of midwife-led care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104 (11): 1273-1280.

**IGES Institut GmbH (2019):** Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: IGES Institut GmbH

**Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J (2009):** A summary of the agency for healthcare research and quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeeding Medicine*, 4 (1): 17-30

**Mehnert H (2011):** Diabetes vererbt sich in Familien. Kommentar des Experten. [online] <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Diabetes-vererbt-sich-in-Familien-343369.html> [Zugriff am 24.06.2020]

**Motherhood e.V. (o.A.):** Grundlagen einer sicheren Geburtshilfe. [online] [https://www.motherhood.de/fileadmin/user\\_upload/Medien/Publikationen/MH\\_Grundlagen\\_sichere\\_Geburtshilfe\\_180229\\_FK.pdf](https://www.motherhood.de/fileadmin/user_upload/Medien/Publikationen/MH_Grundlagen_sichere_Geburtshilfe_180229_FK.pdf) [Zugriff am 11.07.2020]

**NICE National Institute for Health and Care Excellence (2017):** Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. Veröffentlicht 2014. [online] <https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-of-rights> [Zugriff am 19.07.2020]

**Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B, et al. (2013):** Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: a randomised controlled trial. *Lancet*, 382 (9906):1723-32.

**Tracy SK, Welsh A, Hall B, Hartz D, Lainchbury A, Bisits A, et al. (2014):** Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14:46.

**Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. (2014):** Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet Series on Midwifery, Paper 1*, 384 (9948):1129-45.

**Royal College of Midwives (2001):** Woman-Centered Care. Position Paper No. 4. London: Royal College of Midwives.

**Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D (2016):** Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Systematic Reviews*. [online]  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full> [Zugriff am 24.06.2020]

**WHO World Health Organization (2019):** Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: framework for action. Genf: World Health Organization. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health.