

Gemeinsame Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbands (DHV) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)

Berlin, den 24.08.2020 - Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass das Bundesministerium für Gesundheit Handlungsbedarf in der klinischen Geburtshilfe sieht. Notwendig ist perspektivisch eine 1:1-Betreuung. Als erster Schritt in die richtige Richtung muss mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm mindestens eine 1:2-Betreuung umgesetzt werden.

Der vorliegende Referentenentwurf ignoriert jedoch vollständig die strukturellen Probleme in der Geburtshilfe. Der durch die Arbeitsbedingungen ausgelöste strukturelle Hebammenmangel und die damit resultierende Unterversorgung in der klinischen Geburtshilfe werden unzureichend adressiert. Die Finanzierung des geburtshilflichen Personals in Deutschland muss grundsätzlich reorganisiert werden. Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte können in diesen Vorschlägen der Bundesregierung keine ernstgemeinten Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Geburtshilfe erkennen. Sowohl das Bundesministerium für Gesundheit, als auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bleiben damit weit hinter den eigenen Zielen und Ankündigungen zurück. Nicht nur das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“, sondern auch das vom Ministerium in Auftrag gegebene IGES-Gutachten zur Beschäftigungs- und Arbeitssituation von Hebammen werden schlicht ignoriert.

Das Gutachten hat u. a. ergeben, dass im Durchschnitt *je Schicht* 0,8 Hebammen auf 500 Geburten fehlen.¹ Legt man diese Zahl zugrunde, müssten je *Krankenhaus* mindestens $3 \times 0,8$ (zzgl. 22 % Ausfallzeiten) = insgesamt 2,9 Vollzeitstellen auf 500 Geburten in drei Jahren zusätzlich geschaffen werden, also 2,9 Hebammen-Vollkraftstellen (VK) auf 500 Geburten. Schon das macht deutlich, dass der vorgeschlagene Umfang von 0,5 Stellen je Krankenhaus pro 500 Geburten viel zu niedrig bemessen ist. Insbesondere aber die klare Empfehlung des IGES-Gutachtens zur Erhöhung der Vergütungen bzw. Löhne und Gehälter der Hebammen, die ähnlich wie im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) durch eine verbesserte Refinanzierung der Aufwendungen des Krankenhauses befördert werden müsste, findet keine Beachtung. IGES: „Diese würden sowohl zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Hebammen beitragen als auch zum Anstieg der Opportunitätskosten ihres nicht qualifikationsgerechten Einsatzes für den Arbeitgeber. Beides dürfte mittelbar auch zu einer Steigerung des Arbeitsangebots beitragen.“²

¹ IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 178 u. 176 Tab. 35

² IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 252

Die im Referentenentwurf gewählte Formulierung bezüglich der ausgebildeten Hebammen schließt lediglich Hebammen nach neurechtlicher Ausbildung ein. Hebammen, die nach altrechtlicher Ausbildung ihre Berufserlaubnis erlangt haben, wären damit von der Refinanzierung ausgeschlossen. Damit wäre die Umsetzung selbst auf dem hier zu niedrig vorgeschlagenen Niveau nicht möglich.

Die geplanten Maßnahmen sind daher weder geeignet noch ausreichend, um die Arbeitsbedingungen und damit auch die Situation in der Geburtshilfe für die Frauen in Deutschland nachhaltig und merklich zu verbessern. Sie könnten lediglich in überarbeiteter Version als Teil eines notwendigen großen Maßnahmenpaketes verstanden werden. Es bedarf daher – auch bei Umsetzung des hier geplanten „Hebammenstellen-Förderprogramms“ – weiterhin dringend eines umfassenderen Geburtshilfestärkungs-Gesetzes.

Zu den Maßnahmen im Einzelnen

Finanzierung von 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten

Die geplante Förderung von 0,5 Stellen je Krankenhausstandort pro 500 Geburten ist so niedrig angesetzt, dass dies noch nicht einmal als erstes positives Signal gewertet werden kann. Durch 0,5 zusätzliche Stellen jährlich pro 500 Geburten können sich die Arbeitsbedingungen in den Kreißsälen nicht spürbar verbessern.

Die in der Begründung angeführte Betreuungsrelation, „die im Regelfall bei 1:2 und unter optimalen Bedingungen bei 1:1 liegen soll“, wird damit weder erreicht, geschweige denn überhaupt angestrebt. Erst durch eine ernsthaft angestrebte und verbindliche Umsetzung eines optimalen Betreuungsschlüssels kann es gelingen, Hebammen aus der stillen Reserve wieder für die Arbeit im Kreißaal zurückzugewinnen und in Teilzeit arbeitende Hebammen zu motivieren, ihre Arbeitszeit – im Gegensatz zu den bereits jetzt durchschnittlich mehr als zwölf geleisteten Überstunden im Monat³ – aufzustocken. Laut IGES-Gutachten kommt immerhin für ein Drittel der Hebammen eine „Erhöhung der Arbeitszeit infrage, aber dies überwiegend nur dann, wenn sich die Arbeitsbedingungen und die Vergütung wesentlich verbessern.“⁴

Wir benötigen progrediente Stellenaufstockungen in den geburtshilflichen Abteilungen bis eine 1:1-Betreuung umgesetzt ist. Dazu ist eine vorhaltende Personalplanung erforderlich, die auf die Auslastungsspitzen der Geburtshilfe ausgerichtet ist, und die perspektivisch eine 1:1-Betreuung jeder gebärenden Frau gewährleistet. Zukünftig stünde damit im Regelfall (abseits von sehr wenigen Belastungsspitzen einer Maximalauslastung der Abteilung) jeder gebärenden Frau und damit auch dem Kind oder den Kindern und der Familie mindestens eine Hebamme während der Geburt zur Seite. Andere Länder haben zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, frauenzentrierten und zugewandten Geburtshilfe zusätzlich verbindliche Betreuungsobergrenzen eingeführt. Die Mindestbesetzung jedes Gebärraums mit einer Hebamme muss auch in Deutschland gewährleistet und eingeplant sein, um eine sichere Geburtshilfe zu ermöglichen. Die Abbildung einer Relation von Hebammen-Vollkraftstellen (VK) zu Geburten pro Jahr wäre ein erster vorbereitender Schritt in Richtung einer klar bemessenen 1:1-Lösung. Dabei sind die Strukturen in der Geburtshilfe

³Vgl. IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 162

⁴ IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 208

(Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL) mit dem erhöhten Betreuungsbedarf in den Perinatalzentren noch zu berücksichtigen.

Finanzierung von assistierendem medizinischem Fachpersonal

Auch die Förderung von assistierenden Personalstellen von bis zu 10 % der in Vollzeitstellen umgerechneten Gesamtzahl der zum 1. Januar 2020 beschäftigten Hebammen ist ebenfalls viel zu niedrig, um die Arbeitssituation spürbar zu verbessern. Im IGES-Gutachten gaben die befragten Hebammen an, dass sie rund ein Drittel der Zeit mit anderen Tätigkeiten als der eigentlichen Geburtshilfe im Kreißaal verbringen. Hilfspersonal im Kreißaal (z. B. für das Reinigen und Befüllen des Kreißaals mit Pflegeprodukten etc.) stand demnach lediglich 2 % der Hebammen zur Verfügung. 56 % der Hebammen gaben an, dass ihnen kein Assistenzpersonal für administrative Aufgaben zur Verfügung steht. Des Weiteren gaben 64 % der befragten Hebammen an, dass ihnen nur teilweise oder kein Reinigungsdienst zur Verfügung steht.⁵

Es ist nicht nachvollziehbar, wie die Förderung von assistierenden Personalstellen durch Medizinische Fachangestellte (MFA) von bis zu lediglich 10 % der in Vollzeitstellen umgerechneten Gesamtzahl beschäftigten Hebammen zu einer wirksamen Entlastung führen soll. Pro VK Hebamme werden 0,25 VK assistierendes Hilfspersonal benötigt. Dies beinhaltet den gesamten Bedarf an assistierendem Personal des Kreißaals, z. B. Kreißaalsekretariat, Versorgungsassistenz und medizinische Fachangestellte. Ebenfalls sollte sich die Anzahl der assistierenden Personalstellen nicht an der niedrigen Relation vom Stand zum 1. Januar 2020 orientieren, sondern an dem jeweils aktuellen Stand der Vollzeitäquivalente der beschäftigten Hebammen.

Die Entlastung der Hebammen muss sich auf fachfremde Tätigkeiten beziehen. Ausgebildete Pflegefachkräfte sind hierfür überqualifiziert und sollten hinsichtlich des eigenen Personalmangels priorisiert in anderen Bereichen eingesetzt werden. Darüber hinaus ist die Refinanzierung von Pflegefachkräften bereits über das PpSG gesetzlich sichergestellt. Vielmehr bedarf es der Möglichkeit weiteres Hilfspersonal, wie beispielsweise Dokumentations- und VersorgungsassistentInnen zusätzlich einzustellen.

Änderungsvorschlag / Ergänzung (in *kursiv/rot*):

Dem § 4 wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildeten Hebammen mit einer Berufserlaubnis nach § 5 Absatz 2 des Hebammengesetzes *sowie nach dem Hebammengesetz in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung* in der Versorgung von Schwangeren in Krankenhäusern zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2021, 2022 und 2023 ~~bis zu einem Umfang von 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus~~ finanziert, *bis eine 1:1 Betreuungsrelation von Hebammen zu Gebärenden erreicht ist*. Die Anzahl der Geburten wird einmalig auf Grundlage des Durchschnitts an Geburten in den Jahren 2017 bis 2019 in dem jeweiligen Krankenhaus festgelegt. Zur Entlastung von Hebammen können zusätzliche Personalstellen für assistierendes *medizinisches FachP* Personal für Abteilungen der Geburtshilfe in den Jahren 2021, 2022 und 2023 finanziert werden, wobei die Gesamtzahl der geförderten assistierenden Personalstellen auf ~~bis zu 10 Prozent~~ *25 %* der in Vollzeitkräften umgerechneten Gesamtzahl der zum

⁵ Vgl. IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 180 ff.

jeweils 1. Januar *2020 des Vorjahres* tätigen nichtselbstständigen und selbstständigen Hebammen in der Versorgung von Schwangeren begrenzt ist.

Zum assistierenden *medizinischen Fachp*Personal zählen:

1. Medizinische Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 1097) abgeschlossen haben oder eine Qualifikation vorweisen, die dieser entspricht,
2. ~~Pflegefachkräfte, denen die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufegesetz erteilt wurde~~ Fachangestellte, die eine Ausbildung im Fachbereich *medizinische Dokumentation* nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste/zur Fachangestellten für Medien- und Informations/dienste vom 15. März 2000 (BGBl. I S. 222), als *medizinische/r Dokumentar/in* oder *medizinische/r Dokumentationsassistent/in* abgeschlossen haben, oder eine Qualifikation vorweisen, die dieser entspricht.

Zur Umsetzung der Sätze 1 und 2 vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliche Hebammen und *medizinisches* assistierendes *Fachp*Personal nach Satz 3 bei der Versorgung von Schwangeren im Vergleich zu dem zum 1. Januar *2020* festgestellten *vorjahresdurchschnittlichen* Bestand umgerechneter Vollzeitkräfte neu eingestellt oder aufgestockt, entsprechend der Vereinbarung beschäftigt werden und nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig sind. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 1 und 2 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der nach Satz 1 und 2 für die Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der Versorgung von Schwangeren nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; wird die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in dem nach Satz 1 geförderten Bereich gemindert, ist der zusätzliche Betrag entsprechend dem darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern. Für die Prüfung einer notwendigen Rückzahlung oder Minderung hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien folgende Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers vorzulegen:

1. eine Bestätigung über die zum 1. Januar *2020 des Vorjahres* festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung auf Stationen für Geburtshilfe insgesamt, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte,
2. eine Bestätigung über die im jeweiligen Förderjahr zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung von Hebammen, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte, und

3. eine Bestätigung über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich, erstmalig zum 30. Juni 2022 dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen gesondert für Hebammen und für assistierendes ~~medizinisches Fach~~Personal, das auf Grund der Förderung nach den Sätzen 1 und 2 in den Jahren 2021, 2022 und 2023 zusätzlich beschäftigt wurde. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einem von diesem festzulegenden Verfahren die für die Berichterstattung nach Satz 11 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von nach den Sätzen 1 und 2 gefördertem Personal zu übermitteln.“

Fazit

„Problematisch ist, dass sich unter den Hebammen tendenziell eine weitere Verknappung ihres Arbeitsangebots abzeichnet, während 70 % der Geburtskliniken einen steigenden Hebammenbedarf in den nächsten fünf Jahren – vor allem in den städtischen Regionen – erwarten.“⁶

Seit Jahrzehnten gibt es ausreichend BewerberInnen für Hebammenausbildung – und Studium. Die Zahl ausgebildeter Hebammen war noch nie so hoch wie heute. Die konstant zu hohe Arbeitsbelastung im Kreißaal, sowie die hebammenfremden Tätigkeiten und die niedrige Bezahlung ist der Grund für viele vakante Stellen in der klinischen Geburtshilfe. Gleichzeitig fehlen zur Erreichung einer optimalen Betreuungsrelation von 1:1 Hebammenstellen in den Kreißälen. Laut IGES Gutachten denken aktuell 43 % aller klinisch tätigen Hebammen darüber nach, ihre klinische Tätigkeit innerhalb des nächsten Jahres weiter zu reduzieren oder sogar ganz aufzugeben. Wir fordern daher, endlich nachhaltige effektive Maßnahmen zu implementieren, die zumindest übergangsweise einen klaren politischen Willen zur perspektivischen Verbesserung der unwürdigen Situation in den Kreißälen zeigen. Der vorliegende Gesetzentwurf ist nicht geeignet, das strukturelle Problem der Arbeitsbedingungen und Entlohnung und die dadurch bestehende personelle Unterversorgung in den Kreißälen Deutschlands zu lösen. Es bedarf einer angemessenen Erhöhung der Hebammenstellen, einer Anpassung der Hebammenstellen an die benötigte Betreuungsrelation. Hier sind die unterschiedlichen Versorgungsstufen im Rahmen der qualitativen Strukturierung (QFR-RL) zu berücksichtigen, außerdem einer hier ausgeführten Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Stellenfinanzierung sowie einer grundlegenden Veränderung in der Finanzierung und Strukturierung der deutschen Geburtshilfe, um wirkliche Veränderungen herbeizuführen.

Andrea Ramsell
Beirätin für den Angestelltenbereich
Deutscher Hebammenverband e. V.
Lietzenburger Str. 53
10719 Berlin
T.030-3940 677 0
F.030-3940 677 49
info@hebammenverband.de

Prof. Dr. med. Frank Louwen
Vizepräsident
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.
Jägerstr. 58-60
10117 Berlin
T.030-5148 833 33
stellungnahmen@dggg.de

⁶ IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 247