

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen aktuell 2024

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Ulrike Geppert-Orthofer
Hebammen fordern echte Selbstverwaltung
Seite 44–58

doi: 10.30433/GWA2024-44

Ulrike Geppert-Orthofer

Hebammen fordern echte Selbstverwaltung

Der Beitrag beschreibt zum einen die Stellung und Bedeutung der Hebammen vor, während und nach der Geburt – zum anderen ihre Stellung als Berufsgruppe im deutschen Gesundheitswesen. Anders als bei anderen akademisierten Gesundheitsberufen mit eigenem Berufsrecht fehlt es bei Hebammen an berufsrechtlichen Strukturen, die gewährleisten, dass letztlich Hebammen über die Qualitäts- und Ausbildungsanforderungen entscheiden. Eine Selbstverwaltung hätte zudem die Aufgabe, Musterberufsordnungen und Ethikrichtlinien für den Hebammenberuf festzulegen. Dies stärkt sowohl die Berufsausübenden gegenüber den Arbeitgebern als auch die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Ausgangslage

Wenn die Geburt eines Kindes ansteht, haben werdende Eltern viele Fragen. Gut, wenn sie in dieser Zeit eine kompetente wie zuverlässige Begleitung haben. Eine Begleitung, wie Hebammen sie auf einzigartige Weise bieten. Denn Hebammen betreuen Eltern nicht nur während der Schwangerschaft und stehen ihnen bei der Geburt zur Seite. Auch in den Wochen nach der Niederkunft sind sie wichtige Ansprechpartnerinnen.

Welche Bedeutung die Arbeit von Hebammen hat, unterstreicht auch eine Leitlinie der Weltgesundheitsorganisation. Sie empfiehlt die kontinuierliche Begleitung Schwangerer, Gebärender und Wöchnerinnen mit ihren Kindern durch eine Hebamme oder ein kleines Hebammenteam (WHO 2018). In Ländern mit einem hohen Einkommen reduziert diese Begleitung die Frühgeburtlichkeit und die Sterberate bei Neugeborenen (Medley et al. 2018), die Rate der Dammschnitte sowie die vaginal operativen Geburten. Sie erhöht die Rate der Spontangeburt sowie die Zufriedenheit der Mütter – und zwar nebenwirkungsfrei (Sandall et al. 2016).

In Deutschland haben Hebammen im Jahr 2020 rund 740.000 Frauen und deren Kinder begleitet (Statistisches Bundesamt 2024). Im Hebammengesetz ist ihre Aufgabe verankert: Als einzige Berufsgruppe sind sie spezifisch für die Förderung der physiologischen Prozesse während der Schwangerschaft und Geburt, im Wochenbett und bis an das

Ende der Stillzeit ausgebildet. Hebammen sind wichtige Ansprechpartnerinnen für Eltern in dieser besonderen Lebensphase, die sich vor allem durch eine große Bereitschaft, gesundheitsschädigendes Verhalten abzulegen und sich gesundheitsförderndes Verhalten anzueignen, auszeichnet (Bundesgesundheitsministerium 2017). Gesundheitspolitisch kommt den Hebammen in dieser Zeit also eine Schlüsselrolle zu. Das hat der Gesetzgeber erkannt und den Anspruch auf die Hebammenversorgung im Sozialgesetzbuch verankert (SGB V, §24d). Damit verbunden ist auch die Aufgabe, pathologische Entwicklungen frühzeitig zu erkennen. In diesem Fall leiten sie Schwangere, Gebärende oder Wöchnerinnen mit ihrem Neugeborenen an eine Facharztpraxis oder Klinik weiter. Hebammen haben somit eine gesetzlich verankerte Lotsenfunktion.

Dennoch und trotz der nachweislichen Vorzüge der Hebammenbetreuung wird in Deutschland das Potenzial der Hebammenhilfe nicht umfänglich genutzt. Aktuelle Versorgungsanalysen haben gezeigt, dass in Abhängigkeit von der sozioökonomischen Lage bis zu 30 Prozent der Frauen weder in der Schwangerschaft noch im Wochenbett Hebammenhilfe erhalten haben. Auch in der Schwangerenvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien wird das Potenzial der Hebammen bisher zu wenig genutzt. Nur etwa ein Viertel der Schwangeren hat mindestens eine Vorsorgeuntersuchung während der Schwangerschaft bei einer Hebamme erhalten (Hertle et al. 2023a; Hertle et al. 2023b). Der Zugang zur Hebamme wird demnach durch fehlendes Wissen über das umfangliche Primärversorgungsangebot der Hebammen bei Frauen und in unserer Gesellschaft und bei gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern als auch durch die komplexen Strukturen der selbstverwalteten Gesundheitsversorgung erschwert. Dies zu ändern ist die Aufgabe aller Beteiligten, insbesondere der Krankenkassen und der Hebammenverbände, aber auch staatlicher Behörden und Bildungseinrichtungen.

Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass die Expertise der Hebammen in gesundheitspolitische Entwicklungen und Entscheidungen von Anfang an einbezogen wird. Dies erfordert entsprechende Strukturen, die aktuell nur teilweise vorhanden sind. Im Vergleich zu anderen Gesundheitsfachberufen haben Hebammen zwar mit dem Hebammengesetz ein weitergehendes Berufsgesetz, der im SGB V übliche ärztliche Delegationsvorbehalt besteht für die Begleitung gesunder Frauen und Kinder während

der Schwangerschaft und der Geburt sowie im Wochenbett und in der Stillzeit für Hebammen explizit nicht und seit dem Jahr 2020 ist die Berufsgruppe der Hebammen auch in Deutschland voll akademisiert. In anderen Bereichen fehlen jedoch wichtige Regulierungsmöglichkeiten. So fehlt für eine Versorgungsplanung als Voraussetzung für die Gewährleistung einer umfassenden Hebammenbetreuung die zentrale Erfassung aller aktuell berufstätigen Hebammen und die Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind aufgrund des so formulierten gesetzlichen Auftrags weiterhin allein an der ärztlichen Versorgung aufgehängt (Schmitt et al. 2023).

Wie also sollte eine umfassende Regulierung des Hebammenberufs aussehen, die es ermöglicht, das Potenzial der Berufsgruppe in der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern zu nutzen?

Noch fehlt eine einheitliche Strategie

Heute, also im Jahr 2024, sind Hebammen als Gesundheitsberuf in Deutschland gewissermaßen teilreguliert. Laut Hebammengesetz liegt es in der Verantwortung der Hochschulen und der verantwortlichen Praxiseinrichtungen, Hebammen im Rahmen des dualen Studiums für ihre Aufgabe auszubilden. Die Berufszulassung wird gemäß der Studien- und Prüfungsverordnung von den jeweiligen Landesbehörden beziehungsweise Regierungsbezirken erteilt. Die praktische Tätigkeit einer Hebamme sowie die Anforderungen an sie werden in den Berufsordnungen der Bundesländer geregelt. Die Berufsaufsicht über die Tätigkeit der freiberuflichen Hebammen hat die untere Gesundheitsbehörde, also das kommunale Gesundheitsamt. Die angestellten Hebammen sind in die Krankenhaushierarchie eingegliedert. Die betrieblichen Regelungen sehen meist vor, dass die Hebammen gegenüber den ärztlichen Geburtshelferinnen weisungsgebunden sind – auch in den Bereichen, in denen ihre berufliche Autonomie bis hin zu berufsrechtlich vorbehaltenen Tätigkeiten und einer Hinzuziehungspflicht gesetzlich verankert ist.

Durch diese Fragmentierung in der Regulierung und durch eine Registrierung auf Landes- oder kommunaler Ebene fehlt es an einer einheitlichen Datenbasis und damit auch an einer gemeinsamen Strategie. Und das hat Folgen. So weiß beispielsweise niemand, wie

viele Hebammen es in Deutschland gibt. Es existieren lediglich Annäherungszahlen. Exemplarisch kann die behördlich verordnete Meldepflicht für Hebammen in Nordrhein-Westfalen angeführt werden. Dort müssen Hebammen seit dem Jahr 2022 der zuständigen Behörde umfängliche Informationen zu ihrer Person, zum Leistungsumfang und Beschäftigungsverhältnis inklusive wöchentlicher Arbeitszeit sowie über Fortbildung und außerklinisch begleitete Geburten zur Verfügung stellen (Ministerium des Inneren des Land Nordrhein-Westfalen 2024). Trotz dieser Meldepflicht existiert aber in Nordrhein-Westfalen kein einsehbares veröffentlichtes Verzeichnis der Hebammen. Die Krankenkassen erhalten ebenfalls keine Informationen aus diesem Melderegister. Der Nutzen dieser Meldepflicht bleibt daher unklar.

Verantwortung in die eigenen Hände nehmen

Seit Gründung der ersten Hebammenverbände am Ende des 19. Jahrhunderts verfolgen Hebammen das Ziel, sich zu professionalisieren und das Berufsbild zu entwickeln (Deutscher Hebammenverband 2006). Ein zentrales Ziel der Hebammenverbände war und ist die kontinuierliche Verbesserung und Darstellung der Qualität ihrer Arbeit (ebenda). In einer hierarchisch und ärztlich geprägten Struktur wie dem Gesundheitswesen in Deutschland ist es für eine eigenständig agierende Profession wie die der Hebammen wichtig, den Einfluss der eigenen Arbeit auf das Outcome zu belegen. Das befördert nicht nur die Zusammenarbeit der Berufsgruppen auf Augenhöhe, sondern ist auch im Sinne der Schwangeren, der Mütter und ihrer Kinder.

Die größte berufsständische Interessenvertretung der Hebammen in Deutschland ist der Deutsche Hebammenverband (DHV) mit über 22.000 Mitgliedern. Im DHV sind Hebammen aus allen Tätigkeitsbereichen vertreten - von der praktischen Arbeit bis zur Forschung und Lehre. Somit ist hier die Expertise über den gesamten Betreuungsbogen der Hebammenarbeit abgebildet. Der DHV vertritt unter anderem die wirtschaftlichen Interessen der Hebammen und hat Kompetenzen und Strukturen aufgebaut, um seine Mitglieder bei der Berufsausübung zu unterstützen. Im Bereich der freiberuflichen Hebammentätigkeit verhandelt er entsprechend § 134a SGB V die Vergütungsvereinbarung und somit die vertragsrechtlichen Voraussetzungen für die freiberufliche Hebammenarbeit. In der klinischen geburtshilflichen Versorgung engagiert er sich für gute

Arbeitsbedingungen und dafür, dass die Hebammenarbeit sichtbar und messbar wird. Er fördert die Weiterqualifizierung von Hebammen zur Leitung einer geburtshilflichen Abteilung und stärkt die hebammengeleitete Geburtshilfe sowie deren Umsetzung. Seit März 2024 zertifiziert er risikoauditierte Hebammenkreißsäle und begegnet damit dem Missstand, dass die Qualität von hebammengeleiteten Geburten im Krankenhaus nicht systematisch dargelegt werden kann, weil die Qualitätssicherungsverfahren der externen stationären Qualitätssicherung bisher nicht zwischen ärztlich erbrachten und von Hebammen erbrachten Leistungen unterscheidet.

Die Qualität der außerklinischen Geburtshilfe stellen Hebammen seit der Jahr 1999 in der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) transparent dar. Die veröffentlichten Daten belegen: Gesunde Frauen, die gesunde Kinder erwarten, finden daheim oder in einem Geburtshaus gleichwertige Alternativen zu einem Krankenhaus. Es finden deutlich weniger medizinische Interventionen statt. Davon profitieren auch Frauen, deren Geburt zu Hause oder im Geburtshaus beginnt und das Kind dennoch in einem Krankenhaus zur Welt kommt (Loytved und Schäfers 2023).

Bereits vor der Akademisierung des Berufes haben viele Hebammen einen wissenschaftlichen Weg eingeschlagen. In dem Bedürfnis, das Hebammenwissen mit Forschung zu untermauern, haben sie mit der Unterstützung der Hebammenverbände im Jahr 2008 die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) gegründet. Nur so war es möglich, das Hebammenwesen und die Hebammenkompetenzen über die DGHWi in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu vertreten. Dadurch haben Hebammen jetzt die Möglichkeit, an Leitlinien mitzuarbeiten oder diese selbst zu initiieren - wie zuletzt im Fall der S3-Leitlinie zur Schwangerenvorsorge geschehen.

Im Zuge der Entstehung hebammenwissenschaftlicher Studiengänge sowie der Hebammenwissenschaft als eigene Forschungsdisziplin muss die Interessenvertretung der Hebammen auch in der Hochschulpolitik stattfinden. Dafür gründete sich im Mai 2023 der Hebammenwissenschaftliche Fachbereichstag mit dem Ziel, gute Rahmenbedingungen der Disziplin Hebammenwissenschaft sowie die Qualitätssicherung in Studium, Forschung und Lehre zu schaffen und zu erhalten.

Professionalisierung hilft allen

Laut des Welt-Hebammenverbandes (International Confederation of Midwives, ICM) gibt es drei Säulen für ein professionelles Hebammenwesen zum Wohle von Müttern und ihren Kindern und Familien:

- die Ausbildung nach einem internationalen Standard,
- eine starke Interessensvertretung durch den Berufsverband und
- die Regulierung des Berufs durch die eigene Berufsgruppe, wobei die Registrierung einen anerkannten Bestandteil der Regulierung und der Qualitätssicherung darstellt (International Confederation of Midwives 2024).

Der ICM fordert in einem globalen Standard gesundheitspolitische Maßnahmen zur Förderung eines eigenständigen Hebammenwesens. Eine Projektgruppe im DHV hat auf dieser Grundlage den Status quo in Deutschland analysiert (Tabelle1).

Tabelle 1: Übersicht „Gesundheitspolitische Maßnahmen“ und Status quo in Deutschland

Aspekt des ICM	Status quo	Aspekt erfüllt?	Geltungsbereich der Regelung
Alle Frauen haben das Recht, von Hebammen begleitet zu werden.	Anspruch der Frau § 24c ff SGB V	ja	bundeseinheitlich
	Vergütung der Hebammen § 134 a SGB V	ja	bundeseinheitlich für gesetzlich Versicherte
	Hebammengebührenordnungen der Bundesländer	Ja	unterschiedlich in den Bundesländern
	Kompetenz der Hebamme §9 HebG	ja	bundeseinheitlich
Die Aufsichtsbehörde für Hebammen zum Schutz der Öffentlichkeit wird von Hebammen gesteuert.	Die Berufsaufsicht obliegt der unteren Gesundheitsbehörde. Grundlage sind die Berufsordnungen der Hebammen oder die Hebammengesetze in den Bundesländern. Hebammen leiten diese Behörden nicht.	nein	unterschiedlich in den Bundesländern
Die Wichtigkeit einer eigenständigen Regulierung ist anerkannt, die Gesetzgebung unterstützt Hebammenarbeit, um die mütterliche, kindliche und öffentliche Gesundheit zu verbessern.	In Deutschland gibt es keine Gesetzgebung, die eine eigenständige Regulierung der Hebammen anerkennt.	nein	bundeseinheitlich
	Derzeit werden Hebammen viel zu häufig erst auf eigene Initiative und damit sehr spät bis zu spät in Gesetzgebungsverfahren einbezogen.	nein	bundeseinheitlich

Aspekt des ICM	Status quo	Aspekt erfüllt?	Geltungsbereich der Regelung
Sicherstellung, dass der Berufsstand von Hebammen gelenkt wird	In Ermangelung der Übertragung hoheitlicher Aufgaben auf die Berufsgruppe wird der Berufsstand nicht durch Hebammen gelenkt.	nein	bundeseinheitlich
Repräsentanz der Betroffenenperspektive (hier die der Frauen und Eltern) in der regulierenden Behörde	Derzeit werden die Leistungsempfängerinnen durch die Elterninititative Mother Hood im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vertreten.	ja	bundeseinheitlich
Die Berufsbezeichnung und die Berufsordnungen beziehungsweise das Hebammengesetz entsprechen internationalen Standards.	Berufsbezeichnung Hebammengesetz	ja	bundeseinheitlich
	Berufsordnungen und Hebammengesetze der Länder	ja	unterschiedlich in den Bundesländern
Der Berufseinstieg gründet auf Kompetenzen und Standards, die keine Unterscheidung zwischen den Zugangswegen vornimmt.	Hebammengesetz	ja	bundeseinheitlich
	EU-RL 2013/55/EU Zugang für Berufsabschluss in der EU	ja	bundeseinheitlich
	Zugang aus Drittstaaten: keine Aussage möglich, Zuständigkeit der Bundesländer	?	unterschiedlich in den Bundesländern
regelmäßige Erneuerung des Rechts auf Berufsausübung, die auf kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung basiert	§ 134 a SGB V Fortbildung	ja	bundeseinheitlich
	Berufsordnungen der Länder. Fort- und Weiterbildung aller Hebammen	ja	unterschiedlich in den Bundesländern
	Eine regelmäßige Erneuerung der Berufszulassung (Lizensierung) ist in Deutschland für keinen Beruf vorgesehen.	nein	bundeseinheitlich
Hebammen wird der Zugang zu kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung ermöglicht.	Es gibt vielfältige Fortbildungsangebote für Hebammen national und international. Einige Bundesländer sehen dafür Bildungsurlaub vor.	ja	unterschiedlich in den Bundesländern
Hebammen wird die Autonomie ihrer Berufsausübung in allen Praxisfeldern ermöglicht.	Hebammengesetz	ja	bundeseinheitlich
	Berufsordnungen und Hebammengesetze der Bundesländer	ja	unterschiedlich in den Bundesländern
Die Hebamme unterstützt Frauen und wendet ihr lebensrettendes Wissen und Fertigkeiten in einer Vielzahl von Praxisfeldern an.	Hebammengesetz	ja	bundeseinheitlich
	Berufsordnungen und Hebammengesetze der Bundesländer	ja	einheitlich in den Bundesländern
	Katastrophenfall	nein	kommunale Unterschiede

Aus dieser Darstellung wird deutlich, dass der Hebammenberuf in Deutschland in weiten Teilen bereits über Regulierungsstandards verfügt. Dies geschieht sowohl durch die eigene Berufsgruppe als auch durch andere Organe. Es gibt allerdings auch Bereiche, die nicht dem international entwickelten Standard der ICM entsprechen. Hier sind insbesondere die einheitliche Registrierung und einheitliche Regelungen der beruflichen Fort- und Weiterbildungspflicht in den Berufsordnungen der sechzehn Bundesländer zu nennen. Große Lücken tun sich vor allem auf bei der selbstverständlichen Einbeziehung der Hebammenverbände in alle aktuellen gesundheitspolitischen und -wirtschaftlichen Entwicklungen bezüglich der Versorgung schwangerer Frauen, Gebärender, Wöchnerinnen und ihrer Kinder einerseits und der Berufsausübung der Hebammen andererseits.

Es stellt sich also die Frage, wie diese Lücken geschlossen werden können, um die Selbstregulierung der Hebammen in Deutschland voranzutreiben.

Wie Selbstregulierung möglich wird

Weltweit sind sich Hebammen einig, dass die Regulierung des Berufs in den eigenen Händen angesiedelt werden muss. So, wie dies auch in anderen freien Berufen üblich ist. Dies ist auch in Deutschland ein erstrebenswertes Ziel. Üblicherweise wird dies in Deutschland mit dem Kammerwesen umgesetzt. Neben den Kammern für die akademischen Berufe wie zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Juristinnen und Juristen oder Architektinnen und Architekten gibt es die Handwerkskammern und die Industrie- und Handelskammer. Die Kammern in Deutschland sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und regeln die Belange des Berufes. Sie sind zuständig für die Berufszulassung und üben die Berufsaufsicht aus. Die Berufsangehörigen sind verpflichtet, in der jeweiligen Kammer Mitglied zu sein. Sie müssen dafür bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Dadurch stellt eine Kammer immer auch eine Qualitätssicherung für die Bevölkerung dar. Das Kammerwesen ist auf Länderebene organisiert. Es gibt die Möglichkeit, als Länderkammer in einer Bundeskammer Mitglied zu werden.

Gleichwohl darf nicht außer Acht gelassen werden, dass das Kammerwesen in Deutschland zwar tradiert ist, aber von den Berufsangehörigen der entsprechenden

Berufe oft nur wenig Unterstützung erfährt. Jahrelange Bemühungen der Berufsverbände der Pflegenden und des Deutschen Pflegerats (DPR), in den Bundesländern Pflegekammern einzurichten, erweisen sich als schwer bis gar nicht umsetzbar (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit, und Gleichstellung 2021). Sowohl der starke politische Wille der Bundesländer als auch die Akzeptanz in der eigenen Berufsgruppe scheinen nicht ausreichend vorhanden zu sein. Das Gleiche ist für die Hebammen zu vermuten. Bei ihnen kommt hinzu, dass sie als kleine Berufsgruppe eine Kammer auf Länderebene nur schwer selbst finanzieren könnten. Die Idee einer gemeinsamen Gesundheitsberufekammer unterstützen die Hebammen nicht, da hier die Bedürfnisse der relativ kleinen Berufsgruppe vermutlich nicht ausreichend vertreten sein würden (Deutscher Hebammenverband 2013). Deshalb sollten die Beteiligten sorgfältig abwägen, ob sie einen derartigen mühsamen Weg einschlagen wollen – oder ob sich weitere Möglichkeiten eröffnen, mit denen sich die Berufsgruppe Schritt für Schritt der Selbstregulierung nähert.

Die Hebammenverbände sowie die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Hebammen haben bereits eine bedeutende Rolle übernommen, wenn es um die Gestaltung des Hebammenwesens und der Versorgung der Frauen mit Hebammenhilfe in Deutschland geht. So werden die Qualitätsstandards der freiberuflichen Hebammenarbeit laut § 134 a SGB V zwischen dem GKV-SV und den Hebammenverbänden unter Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise erarbeitet, diskutiert und konsentiert. Hier wird nichts über den Kopf der Hebammen hinweg entschieden, denn die Unterschrift der Hebammenverbände ist hierfür zwingend notwendig.

In der klinischen Hebammengeburtshilfe existiert seit Kurzem die freiwillige Risikoauditorierung der Hebammenkreißsäle, die vom DHV gemeinsam mit Haftpflichtversicherern erarbeitet wurde (DHV 2024). Für Hebammen, die in der außerklinischen Geburtshilfe tätig sind, bietet der DHV gemeinsam mit Haftpflichtversicherern Trainings zum Risikomanagement an (Beckmann 2023).

Was fehlt, ist die frühzeitige und selbstverständliche Einbeziehung der Hebammen in Gesetzgebungsverfahren und bei gesundheitspolitischen Entscheidungen, die die

Hebammenarbeit betreffen. Dies liegt unter anderem daran, dass im deutschen Gesundheitswesen die Versorgung über G-BA Richtlinien gesteuert wird, die auf ärztliches Handeln ausgerichtet sind. Der Zugang der Patientinnen und Patienten zu den jeweiligen Gesundheitsfachberufen hängt in der Regel von ärztlicher Verordnung oder Delegation ab. Obwohl dies – wie bereits dargestellt – für die Hebammen nicht gilt, denn sie sind qua Berufs- und Sozialrecht zur eigenständigen Versorgung von Schwangeren befugt, kommen sie in der Mutterschafts-Richtlinie nicht vor, denn auch die Mutterschafts-Richtlinien sind ärztliche Richtlinien.

Dieses Beispiel zeigt, dass es eine Gesetzesänderung braucht, damit der G-BA Versorgungsrichtlinien auf den Weg bringen kann, die – ausgehend von den Bedürfnissen und Bedarfen der Versicherten – die Aufgaben und Tätigkeiten aller beteiligten Berufsgruppen mit einbezieht. Parallel dazu müssen die Geschäftsordnungen der entsprechenden Gremien (wie beispielsweise die des G-BA) angepasst werden, damit die betroffenen Berufsgruppen eine höhere Partizipation erfahren. Für die Aufgabe, darauf hinzuwirken, sind sowohl die Hebammenverbände und die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft als auch die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe geeignet. Eine entsprechende Änderung wäre auch im Sinne des Koalitionsvertrags, der eine Stärkung der Gesundheitsfachberufe im Rahmen der Selbstverwaltung im G-BA vorsieht, sofern deren Belange betroffen sind. Bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie der Stillzeit sind das die Hebammen.

Staatliche Beleihung wäre eine Lösung

Wie bereits dargestellt, haben die Hebammen über Jahrzehnte hinweg viele Initiativen ergriffen, um den Berufsstand voranzubringen und die Versorgung schwangerer Frauen, Gebärender und Wöchnerinnen und ihrer Kinder zu verbessern. Dabei haben sie erhebliche Kompetenzen aufgebaut und sie haben ebenfalls bereits erhebliche Verantwortung für geltende Regulierungsstandards übernommen. Dies zeigt sich insbesondere bei der Wahrnehmung von vertrags- und sozialrechtlichen Aufgaben der Hebammen (Tabelle 2). Die hier bestehenden Lücken in der Selbstregulierung wären bei ausreichend politischem Willen leicht zu schließen.

Tabelle 2: Wahrnehmung vertrags- und sozialrechtlicher Aufgaben durch Hebammenverbände

vertrags- und sozialrechtliche Aufgabe	Status quo beziehungsweise Maßnahme zur Schließung der Lücke
Abschluss Hebammenhilfe-Vertrag	Status quo: § 134 a SGB V. GKV-SV und die maßgeblichen Hebammenverbände schließen den Hebammenhilfe-Vertrag.
Beteiligung GBA-Richtlinien	Forderung: Die Hebammenverbände erhalten Mitberatungs- und Antragsrecht in allen die Hebammen betreffenden Bereichen.
Haftpflichtversicherung	Status quo: Die Haftpflichtversicherung ist über den Gruppenvertrag des DHV sowie auf dem freien Markt möglich. Das Vorliegen einer angemessenen Berufshaftpflichtversicherung wird den Hebammenverbänden von ihren Mitgliedern gemeldet. Hebammen ohne Mitgliedschaft in einem Berufsverband melden dies direkt dem GKV-SV.
Abrechnungsvereinbarung mit privater Krankenversicherung	In Analogie zum Hebammenhilfe-Vertrag könnten damit die maßgeblichen Berufsverbände beliehen werden.

In Anbetracht der Aufgaben, die die Hebammenverbände bereits übernommen haben, ist es nur folgerichtig zu prüfen, welche der derzeitigen Interessenvertretungen der Hebammen auf der Grundlage ihrer bestehenden Aufgaben, Kompetenzen und unter Umständen bereits entwickelter Strukturen weitere Aufgaben der Selbstregulierung übernehmen könnten.

Eine mögliche Zuordnung hoheitlicher berufsrechtlicher Aufgaben der Selbstverwaltung in den Kompetenzbereich der Hebammen wird in Tabelle 3 vorgeschlagen. Bevor dieser Vorschlag reifen kann, muss innerhalb der einzelnen Interessenvertretungen der Hebammen ein Meinungsbildungsprozess mit einem abschließenden Commitment zur Übernahme der hoheitlichen Aufgabe stattfinden. Dieser sollte begleitet werden durch einen intraprofessionellen Diskurs zwischen den einzelnen Organisationen unter Einbeziehung der Mitglieder mit dem Ziel, einen Konsens innerhalb der Berufsgruppe zu erreichen. Welche Art von Verfahren auch angewendet wird: Wichtig ist, dass der Regulierungsprozess transparent sowie gerecht und verbindlich ist und bleibt. Tabelle 3 stellt die vorhandenen Kompetenzen in der Hebammengemeinschaft bezüglich der Übernahme hoheitlicher Aufgaben dar. Diese sind nicht immer einer einzigen Organisation zuzuordnen. An diesen Stellen sind die Hebammen gefordert, eine innovative und kreative Lösung zu finden.

Tabelle 3: Entwurf eines Vorschlags zur Wahrnehmung berufsrechtlicher Aufgaben der Hebammen

hoheitliche Aufgabe	in Frage kommende Organisation oder Institution
Ausbildung	hebammenwissenschaftlicher Fachbereichstag
Fortbildung	Hebammenverbände und wissenschaftliche Fachgesellschaft der Hebammen
Registrierung/ Meldewesen	angegliedert an den Deutschen Hebammenverband
Berufsrecht	Hebammenverbände und wissenschaftliche Fachgesellschaft der Hebammen
Hebammenleitlinien	wissenschaftliche Fachgesellschaft der Hebammen
Versorgungsplanung	behördliche verortete Hebammen beispielsweise Amtshebamme
Berufsaufsicht	behördliche verortete Hebammen beispielsweise Amtshebamme
Berufsvertretung, Parlament, Beschlüsse zum Beruf	Hebammenverbände

Wenn die Hebammenorganisationen die Aufgaben der Selbstregulierung übernehmen würden, müssten keine Doppelstrukturen finanziert werden – vorhandene Kompetenzen könnten gebündelt werden. Staatlicherseits müssten die Hebammenorganisationen mit diesen Aufgaben beliehen werden. Dies ist nicht unüblich. Auch andere privatrechtliche Organisationen sind bereits staatlich beliehen: der Technische Überwachungsverein (bekannt als TÜV) sei hier als Beispiel genannt. Allerdings schränken die föderalen Strukturen in Deutschland auch hier die Berufsausübung ein. Wer als Prüferingenieurin oder Prüferingenieur für den TÜV arbeitet, erhält seine Befugnisse nur für ein bestimmtes Bundesland. Zieht er oder sie um und möchte den Beruf weiter ausüben, braucht es eine neue Zulassung auf Landesebene.

Wie und warum die vorhandenen Kompetenzen der Hebammen zur Selbstregulierung der Berufsgruppe konkret genutzt werden können und sollten, wird am Beispiel des Hebammenhilfe-Vertrags und der hoheitlichen Aufgabe Registrierung skizziert. Der GKV-SV schließt nach § 134 a SGB V mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen auf Bundesebene den Hebammenhilfe-Vertrag ab. In diesem Zusammenhang haben die Hebammenverbände die Aufgabe übertragen bekommen, dem GKV-Spitzenverband monatlich die Angaben ihrer Mitglieder zur Verfügung zu stellen, die dieser für das Führen der

Vertragspartnerliste benötigt. Derzeit werden vom DHV die benötigten Informationen von mehr als 15.000 Hebammen monatlich übermittelt. Dafür verfügt er über die notwendige Infrastruktur. Eine Beleihung mit der hoheitlichen Aufgabe, die Berufsgruppe zu registrieren, wäre also umsetzbar und ohne einen erneuten Aufbau von Strukturen möglich. Dafür gäbe es, angeschlossen an den DHV, eine Registrierungsstelle, bei der alle Hebammen gegen ein geringes Entgelt gelistet wären. Die Mitglieder des DHV wären automatisch registriert. Alle weiteren Hebammen können diese Registrierung beantragen. Eine Gebühr hierfür muss in Betracht gezogen werden. Ohne viel Aufwand könnten die personellen und strukturellen Kapazitäten ausgebaut werden. Alle Hebammen bekämen dann eine einmalige lebenslange Nummer. Anhand dieser Nummer kann verfolgt werden, wie viele Hebammen in welchem Bereich arbeiten oder wie viele Hebammen den Beruf verlassen. Dadurch wäre die Anzahl der in Deutschland arbeitenden Hebammen nachvollziehbar und es wäre bekannt, in welchen Bereichen sie an der Versorgung teilnehmen. Der DHV ist bereit, sich an der Registrierung zu beteiligen.

Verfassungsrechtlich müssen 16 Landesbehörden mittels eines Staatsvertrages zustimmen, damit die Registrierung länderübergreifend und zentral durchgeführt werden kann. Rein rechtlich ist das möglich, wenn der politische Wille in den Bundesländern dafür da ist.

Fazit

Die gegenwärtig noch lückenhafte Regulierung des Hebammenberufes muss überarbeitet werden. Die Hebammen haben den berechtigten Anspruch, sich selbst zu regulieren. Die Voraussetzung für das Gelingen ist das gemeinsame Ringen um Lösungsmöglichkeiten innerhalb der verschiedenen Organisationen und Interessensvertretungen der Hebammen sowie der politische Wille der Bundesländer, die Berufsgruppe der Hebammen dadurch als wichtiger Stakeholder in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung aufzuwerten und sie in 16 Staatsverträgen mit den erforderlichen hoheitlichen Aufgaben zu beleihen.

Literatur

- Beckmann, L. (2023). Sponsoring für ein kostenfreies Simulationstraining für freiberufliche Hebammen mit Geburtshilfe in der Außerklinik. In: Hebammenforum 24 (12). S. 69.
- Bundesgesundheitsministerium (2017). Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Hrsg. vom Kooperationsverbund Gesundheitsziele. Online unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf (Download am 14. April 2024).
- Deutscher Hebammenverband (Hrsg.) (2024). Erster Hebammenkreißaal Deutschlands ist risikoauditiert. Online unter <https://hebammenverband.de/erster-hebammenkreissaal-risikoauditiert> (Download am 14. April 2024).
- Deutscher Hebammenverband (2013). Positionspapier zur Beteiligung der Hebammen an Gesundheitsfachberufekammern/Pflegekammern. DHV Homepage. Online unter https://hebammenkammer.files.wordpress.com/2018/02/2013-04_positionspapier_hebammenkammer_end.pdf (Download am 14. April 2024).
- Deutscher Hebammenverband (2006). Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Deutschen Hebammenverbandes. Unter Mitarbeit von Brigitte Borrmann. 1. Band. Karlsruhe. S. 9–43 und 113–119.
- Hertle, D., Lange, U. und Wende, D. (2023a). Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [Germany]) 85 (4). S. 364–370. doi: 10.1055/a-1690-7079.
- Hertle, D., Wende, D. und Sayn-Wittgenstein, F. zu (2023b). Aufsuchende Wochenbettbetreuung: Die sozioökonomische Lage hat einen starken Einfluss auf den Betreuungsumfang. Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [Germany]). doi: 10.1055/a-2144-5180.
- International Confederation of Midwives (2024). Global Standards for Midwifery Regulation. Online unter <https://internationalmidwives.org/resources/global-standards-for-midwifery-regulation/> (Download am 14. April 2024).
- Loytved, C. und Schäfers, R. (2023). Qualitätsbericht 2022. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. 1. Auflage, Hrsg. v. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen

- Geburtshilfe e.V. . Online unter https://quag.de/downloads/QUAG_Bericht2022.pdf (Download am 14. April 2024).
- Medley, N., Vogel, J. P., Care, A. und Alfirevic, Z. (2018). Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. In: The Cochrane database of systematic reviews 11 (11), CD012505. doi: 10.1002/14651858.CD012505.pub2.
- Ministerium des Inneren des Land Nordrhein-Westfalen (2024). Geltende Gesetze und Verordnungen (SGV. NRW) mit Stand vom 17. April 2024. Berufsordnung für Hebammen (HebBO NRW) vom 6. Juni 2017, vom 6. Juni 2017. Online unter https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_detail?sg=0&menu=0&bes_id=37064&anw_nr=2&aufgehoben=N&det_id=560066 (Download am 14. April 2024).
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit, und Gleichstellung (2021). Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung der Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen. Online unter www.ms.niedersachsen.de/startseite/uber_uns/presse/presseinformationen/entwurf-eines-gesetzes-zur-umsetzung-der-aufloesung-der-pflegekammer-niedersachsen-199857.html (Download am 14. April 2024).
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. und Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In: The Cochrane database of systematic reviews 4 (4), CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Schmitt, N., Pfingsten, A., Hertle, D. und Bopp, K. (2023). Die Ärzt:innen müssen es nicht alleine richten – Ein Sechs-Punkte-Plan für mehr Verantwortung und Augenhöhe für die Gesundheitsfachberufe. Barmer. Online unter www.bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2023/gwa-2023_schmitt.pdf (Download am 14. April 2024).
- Statistisches Bundesamt (2024). Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr. Online unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html (Download am 14. April 2024).
- WHO (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, World Health Organization.