

Verbesserung der Situation der Geburtshilfe in Baden-Württemberg

Empfehlungen

Maßnahmenplan

Erstellt für das Ministerium für Soziales
und Integration Baden-Württemberg

Version 1 gemäß Vertrag vom 31.07.2018 und 06.12.2018,
ergänzt um die Rückmeldungen der Teilnehmenden des
Runden Tisches vom 27.02.2019

Datum: 15.04.2019

AutorInnen:

Dr. rer. medic Katja Stahl

Dr. rer. medic h.c. Helmut Hildebrandt

Dr. rer. pol Eva Català y Lehnen

Renate Döring (selbständige Expertin)

Dr. med. Elisabeth Siegmund-Schultze (selbständige Expertin)

Kontakt:

OptiMedis AG, Burchardstraße 17, 20095 Hamburg

Telefon: +49 40 22621149-0

E-Mail: office@optimedis.de, www.optimedis.de

Auftraggeber:

Erstellt für das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg

V.i.S.d.P. und Copyright: OptiMedis AG, Helmut Hildebrandt, 2019

Danksagung:

Die VerfasserInnen bedanken sich bei den InterviewpartnerInnen und den Teilnehmenden des Runden Tisches Geburtshilfe für die engagierte Unterstützung, die anregenden Gespräche und die vielen wertvollen Hinweise. Insbesondere geht unser Dank an die VertreterInnen der Berufsverbände der Hebammen, Frauen- und Kinder- und JugendärztInnen, die ambulant und stationär tätigen Hebammen und FrauenärztInnen, die an den Workshops teilgenommen haben, an die Elternvertreterinnen, die VertreterInnen der Landesärztekammer, der kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft und der Krankenkassen sowie an die Mitarbeitenden des Landkreistags und des Ministeriums für Soziales und Integration.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis	4
1. Hintergrund.....	5
1.1. Auftrag.....	5
1.2. Ausgangslage und Problemaufriss.....	5
2. Projektstruktur	9
3. Bestandsaufnahme.....	11
3.1. Auftaktgespräch.....	11
3.2. Analyse der Basisdaten und Identifikation von Handlungsfeldern	11
3.2.1. Stärkung der physiologischen Verläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.....	11
3.2.2. Vernetzung & Kooperation	12
3.2.3. Patient Empowerment.....	13
3.2.4. Ressourcen	14
3.2.5. Qualitätssicherung & Evaluation	17
3.2.6. Prioritäre Handlungsfelder	18
3.3. Diskussion mit den beteiligten AkteurlInnen	19
3.4. Studienreise.....	21
4. Leitbild Maßnahmenentwicklung.....	21
5. Empfehlungen für Maßnahmenpakete.....	22
5.1. Rahmenvereinbarung zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen	22
5.1.1. Präventionspotenzial identifizieren	26
5.2. Lokales Gesundheitszentrum (LGZ) mit Fokus auf geburtshilflicher Versorgung	30
5.3. Mitarbeiter- und familienfreundliche Geburtshilfe in den Kliniken	33
5.4. Förderung von Neu- und Wiedereinstieg.....	35
5.5. Qualitätssicherung und Evaluation.....	38
6. Literatur	41

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Projektverlauf	10
Abb. 2: Prioritäre Handlungsfelder für eine zukunftsfeste Geburtshilfe	19
Abb. 3 Zentrale Aspekte der Rahmenvereinbarung zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen	26
Abb. 4 Beispiel für Ablauf vorgeburtliche Versorgung mit zusätzlichem Anamnesebogen	28

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Empfehlung 5.1 Rahmenvereinbarung zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen.....	25
Tab. 2 Empfehlung 5.1.1 Präventionspotenziale identifizieren	29
Tab. 3 Empfehlung 5.2 Lokales Gesundheitszentrum (LGZ) mit Fokus geburtshilfliche Versorgung	32
Tab. 4 Empfehlung 5.3 Mitarbeiter- und familienfreundliche Geburtshilfe	34
Tab. 5 Empfehlung 5.4 Förderung von Neu- und Wiedereinstieg	37
Tab. 6 Empfehlung 5.5 Qualitätssicherung & Evaluation.....	40

1. Hintergrund

1.1. Auftrag

Die OptiMedis AG wurde im Juli 2018 vom Ministerium für Soziales und Integration in Baden-Württemberg mit der Konzeption und Erstellung eines Maßnahmenplans mit Empfehlungen zur Verbesserung der Situation der Geburtshilfe in Baden-Württemberg beauftragt. Die OptiMedis AG ist darauf spezialisiert, Strukturen und Abläufe im Gesundheitssystem und damit auch die Qualität der Gesundheitsversorgung durch innovative Konzepte zu verbessern. Die Empfehlungen sollen dem Anfang 2017 ins Leben gerufenen *Runden Tisch Geburtshilfe* zur Unterstützung seiner Arbeit für die Weiterentwicklung einer zukunftsfesten Geburtshilfe in Baden-Württemberg dienen.

Bei der Entwicklung des Maßnahmenkatalogs sollten ausweislich der Leistungsbeschreibung folgende Informationen berücksichtigt werden:

- Bestandsanalyse des Heidelberger Institutes für Global Health (1)
- Ausarbeitung der Unterarbeitsgruppe zur Verbesserung der Qualität und Struktur der Geburtshilfe in Baden-Württemberg (2)
- Vorschläge und Anregungen der Teilnehmenden des Runden Tisches
- Bisherige Ergebnisse anderer Bundesländer, wie z.B. Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Berlin, Thüringen (3–9)
- Gesetzliche Rahmenbedingungen der Geburtshilfe vorgegeben durch den GBA, den GKV-Spitzenverband, die Hebammen-Vergütungsvereinbarung, das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg u.a.

Auf den bisherigen Ergebnissen aufbauend, erfolgte Ende Dezember 2018 eine neue Spezifizierung des Auftrags, um eine vertiefende Ausarbeitung ausgewählter Maßnahmen über die Darstellung von Zielen, inhaltlichen Kernelementen und zentralen Beteiligten hinausgehend zu ermöglichen. Mit der Vertiefung soll eine Basis geschaffen werden, die als Schablone für die konkrete Umsetzung im regionalen Kontext genutzt werden kann.

Die vorliegende Version des Berichts umfasst die Darstellung der Empfehlungen mit ihren Zielen, inhaltlichen Kernelementen und zentralen Beteiligten, einschließlich der Rückmeldungen der Teilnehmenden des Runden Tisches vom 27.02.2019. Die finale vertiefende Ausarbeitung erfolgt vereinbarungsgemäß bis zum 16.04.2019.

1.2. Ausgangslage und Problemaufriss

Die Geburtshilfe ist seit einigen Jahren wieder verstärkt in den Fokus der öffentlichen Diskussion gerückt. Mit der Beschreibung der Ausgangslage sollen die zentralen Herausforderungen in der Geburtshilfe in Deutschland verdeutlicht werden.

Die bundesweit seit 2011 **steigenden Geburtenzahlen** bei gleichzeitig bestehendem Fachkräftemangel insbesondere im klinischen Bereich, aber auch im Bereich der ambulanten Hebammenhilfe, zeigen deutliche Auswirkungen auf die geburtshilfliche Versorgung, die in allen Bundesländern, und damit auch in Baden-Württemberg spürbar sind (1,8). Als Gründe für den Anstieg werden der spätere Familiengründungsbeginn

der Babyboomer-Töchter diskutiert, sowie die Zunahme von Geburten insbesondere in der Gruppe der aus einigen osteuropäischen Ländern zugewanderten Frauen. Ob dieser Trend anhalten wird, lässt sich derzeit nur schwer vorhersagen (10), er trifft aber auf Versorgungsstrukturen, die sich u.a. unter dem Einfluss der seit den 1990er Jahren bis 2011 rückläufigen Geburtenzahlen entwickelt haben und weiterhin in einem dynamischen Veränderungsprozess befinden.

Der größte **Anteil der Kinder wird** in Deutschland **in einem Krankenhaus** geboren. Der steigenden Zahl der Geburten steht, dem bundesweiten Trend zur **Zentralisierung** folgend, die **Schließung** insbesondere kleinerer **geburtshilflicher Abteilungen** gegenüber. Ihre Zahl ist in den letzten 10 Jahren um 25% zurückgegangen, 2017 gab es in Deutschland noch 672 geburtshilfliche Abteilungen, in 2008 waren es noch 842 (11,12). Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Neben dem bis 2011 kontinuierlichen Rückgang der Geburtenzahl, spielen insbesondere **ökonomische Gründe**, die zunehmend schwierigere Gewinnung von Fachkräften v.a., aber nicht nur im ländlichen Raum, sowie Qualitätsüberlegungen für die Schließungsentscheidungen eine Rolle. So lassen sich die Kosten, die sich durch die Notwendigkeit der Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl an Hebammen, ÄrztInnen, ggf. AnästhesistInnen, PädiaterInnen und Pflegekräften sowie einer Notfallinfrastruktur ergeben, im Rahmen der aktuellen Vergütungslogik erst ab einer gewissen Anzahl von Geburten erwirtschaften (13). Ein weiteres Argument ist die bessere **Ergebnisqualität** bei höherer Fallzahl. Der positive Volume-Outcome-Zusammenhang ist für Kinder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht und sehr frühe Frühgeborene belegt (14–17). Diese besonders gefährdete Gruppe von Kindern machte 2017 in Deutschland unter 2% aller Geburten aus (18). Ob dieser Zusammenhang für reife Neugeborene, die mehr als 90% aller Geburten ausmachen, ebenfalls gilt, ist nicht gleichermaßen untersucht. Die verfügbaren Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. In einigen wenigen zeigte sich ein positiver Zusammenhang auch für Reifgeborene (19), in anderen wurde kein Qualitätsunterschied beobachtet (16,20–22). Wieder andere zeigen sogar schlechtere Ergebnisse für reife Neugeborene, die in Kliniken mit hoher Fallzahl zur Welt kamen (23–25). In den meisten dieser Studien wurde darüber hinaus nicht der Frage nachgegangen, welchen Einfluss System und Art der vorgeburtlichen Betreuung auf die Ergebnisse hat. Dies könnte allerdings von großer Bedeutung sein, denn es gibt Hinweise darauf, dass mit einem gut funktionierenden System der Einsteuerung von Risikoschwangeren in Kliniken mit geeinigtem Versorgungslevel bzw. Verlegung bei Komplikationen auch Krankenhäuser mit einer niedrigen Geburtenzahl einen sicheren Geburtsort darstellen (23,24). So zeigte eine Auswertung finnischer Perinataldaten aus einem Zeitraum von 16 Jahren, dass Regionen, die durch kleinere geburtshilfliche Abteilungen versorgt wurden, keine höhere risikoadjustierte perinatale Mortalität und Morbidität aufwiesen (23). Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der aktuellen Bestrebungen, die normale Geburt wieder zu stärken, erscheint dies ein planungsrelevanter Aspekt. Denn die Datenlage zeigt, dass bei Behandlung normaler Geburten als Hochrisikogeburten das Risiko steigt, dass in den Geburtsverlauf eingegriffen und eine Interventionskaskade in Gang gesetzt wird, die weder bei dem Kind noch der Mutter zu einer besseren Betreuung oder besseren Ergebnissen führt (26–28).

Zeitlich fielen die Schließungen der geburtshilflichen Abteilungen und die Zentralisierungsbestrebungen mit einem starken Anstieg der Haftpflichtprämien für Hebammen und geburtshilflich tätige FrauenärztInnen zusammen, was bereits beginnende **Versorgungsgengpässe** verschärfte. Zu Beginn der dadurch ausgelösten öffentlichen und parlamentarischen Diskussionen lag der Fokus v.a. auf der freiberuflichen Hebammenhilfe (außerklinische Geburten und Beleggeburten in einer Klinik) (3), da sich viele freiberufliche Hebammen aus

wirtschaftlichen Gründen aus der Geburtshilfe zurückzogen und sich auf ambulante Vor- und Nachsorgeleistungen beschränkten. Von den Geburten im Krankenhaus wurden 2017 etwa 20% von freiberuflich tätigen Beleghebammen begleitet, außerklinisch fanden etwa 1,5% aller Geburten statt (29). In 2015 wurde ein Sicherstellungszuschlag (Haftpflichtausgleich) für Hebammen eingeführt, der von der Berufsgruppe als eine kurzfristige Abmilderung, aber noch nicht als zufriedenstellende Lösung des Problems angesehen wird (3). Zum 01.01.2019 erhalten nach einem Beschluss des Bewertungsausschusses nun auch BelegärztInnen mehr Geld für eine Beleggeburt, was ähnlich wie bei den Hebammen eine Unterstützung, aber – bei weiter steigenden Prämien – von der Berufsgruppe langfristig nicht als ausreichende Vergütung angesehen wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich darüber hinaus darauf geeinigt, die Situation der belegärztlichen GeburtshelferInnen für die Jahre 2018 bis 2020 zu evaluieren und anschließend zu prüfen, ob weiterer Anpassungsbedarf besteht. Außerdem sind angesichts regionaler Unterschiede in den Haftpflichtprämien ggf. weitere extrabudgetäre Zuschläge möglich (30). In der jüngeren Zeit werden zunehmend auch Versorgungsengpässe in der ante- und postpartalen ambulanten Hebammenbetreuung deutlich sowie zunehmende Stellenbesetzungsprobleme in den Kliniken, nicht nur bei den Hebammen, sondern auch bei den geburtshilflich tätigen FrauenärztInnen und AssistentInnen. Die Zahl der Kliniken, die über Stellenbesetzungsprobleme bei Hebammen berichten, ist von 20% im Jahr 2014 auf 46% im Jahr 2016 deutlich angestiegen. Stellenbesetzungsprobleme bei (angehenden) FrauenärztInnen hatten 2014 23% der Kliniken, in der Erhebung von 2016 wurde in der entsprechenden Erhebung für den ärztlichen Dienst keine Differenzierung nach Fachabteilungen vorgenommen (31,32). Die daraus entstehenden Belastungen für das verbliebene Personal und die Folgen für die Gebärenden werden durch eine Befragung der angestellten Hebammen aus dem Jahr 2015 deutlich: 65% der in den Kliniken tätigen Hebammen betreuen regelhaft drei und mehr Frauen gleichzeitig. Die von den relevanten wissenschaftlichen Fachgesellschaften für eine optimale Versorgung empfohlene 1:1-Betreuung während der Geburt (33–36) kann somit nicht gewährleistet werden (37). Eine vergleichbare, aktuelle Befragung von angestellten, geburtshilflich tätigen FrauenärztInnen liegt nach unserem Kenntnisstand nicht vor. In einer aktuellen Mitgliederbefragung des Marburger Bundes Baden-Württemberg, die nicht nach Fachdisziplinen differenziert, berichtet die Mehrzahl der angestellten ÄrztInnen über eine hohe Arbeitsbelastung, zu wenig Zeit für PatientInnen und mehr als 90% sprechen sich dafür aus, dass das Land die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes als ein Qualitätskriterium der Landeskrankenhausplanung definiert (38). Um dem Mangel an ÄrztInnen zu begegnen fordern die Bundesärztekammer, die Ärztegewerkschaften und die Berufsverbände eine Aufstockung der Medizinstudienplätze, andere Kriterien für die Auswahl von Medizinstudierende, um die Chance zu erhöhen, dass die Studierenden nach ihrer Ausbildung tatsächlich in der PatientInnenversorgung tätig werden sowie flexiblere Arbeits(zeit)modelle (39,40). Sie tun dies vor dem Hintergrund, dass die nachfolgende Ärztegeneration größeren Wert auf Arbeitszeitmodelle legt, die eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglichen. Hierdurch werden in Zukunft für die Versorgung der gleichen PatientInnenzahl mehr ÄrztInnen benötigt werden. Entsprechend wurden die Pläne der Landesregierung Baden-Württemberg vom Oktober 2018, 150 neue Studienplätze an den Universitäten des Landes einzurichten, von den VertreterInnen der Ärzteschaft begrüßt (41).

Dem gesetzlich verankerten Anspruch der Frauen auf ärztliche Hilfe und Hebammenhilfe (§24c,d SGB V) sowie der Option, zwischen verschiedenen Geburtsorten wählen zu können (§24f SGB V), steht der **Mangel an Fachkräften** gegenüber. Dabei ist in §4 HebG die Rolle der Hebamme bei der Geburt festgeschrieben. Als eine

Reaktion auf diese verschiedenen Entwicklungen wurden in den letzten Jahren in einer Reihe von Bundesländern *Runde Tische Geburtshilfe* initiiert, um zu beraten, wie dieser Situation begegnet werden kann (5,7,8).

Insbesondere die in den letzten 20 Jahren bis 2011 **stetig steigende Kaiserschnittrate** und die medizinisch oder demografisch nicht zu erklärenden regionalen Unterschiede waren international und inzwischen auch hierzu-lande Anlass, einige Entwicklungen in der Geburtshilfe kritisch zu hinterfragen. So lag die Sectiorate in Deutschland in 2015 bei 32,2% und damit deutlich über denen z.B. der skandinavischen Länder und den Niederlanden (16,4% bis 21,4%) (42). Seitdem ist diese Rate leicht rückläufig und es stellt sich die Frage, wie dieser positive Trend verstetigt werden kann. Die Erfolge der Geburtsmedizin in der Senkung der kindlichen und mütterlichen Mortalität und Morbidität sind unbestritten, gleichwohl gibt es Hinweise, dass die **weiterhin hohe Rate an Interventionen** mit einer Zunahme der Kosten, aber nicht immer mit verbesserten Outcomes einhergeht (43). Eine weitere Herausforderung ist die Frühgeburtenrate. Sie liegt in Deutschland seit vielen Jahren mehr oder weniger unverändert bei rund 9% und zählt damit im europäischen Vergleich mit zu den höchsten Raten, hinter Zypern, Griechenland, Ungarn und Rumänien (42).

Die internationale Diskussion geht zunehmend der Frage nach, wie die Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gestärkt werden kann, was sich in einer Reihe aktueller Empfehlungen verschiedener namhafter Organisationen widerspiegelt (28,44–46). Dass dies auch in Deutschland als ein gesundheitlich, gesellschaftlich und politisch relevantes Thema gesehen wird, zeigen die Arbeiten des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de, in dem sich mehr als 120 Organisationen des deutschen Gesundheitswesens aus Politik in Bund, Ländern und Kommunen, Selbstverwaltungsorganisationen, Fachverbänden, PatientInnen- und Selbsthilfeorganisationen sowie der Wissenschaft engagieren und sich zur Umsetzung der gesteckten Ziele in ihren Verantwortungsbereichen verpflichten. Der Kooperationsverbund benannte 2017 die „Gesundheit rund um die Geburt“ als neuntes Nationales Gesundheitsziel, zu dessen zentralen Punkten u.a. die Förderung der gesunden Schwangerschaft und physiologischen Geburt zählen, ebenso wie die höhere Selbstbestimmung der Mütter innerhalb des Versorgungsgeschehens und die Stärkung der Ressourcen und Potenziale der Frauen und ihrer Familien, die Früherkennung von Risiken und Entwicklungsbedarfen sowie die Verbesserung der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen rund um die Geburt (47).

Durch die Reform der EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005/36/EG, geändert durch die **EU-Richtlinie 2013/55/EU**) wurden die Zugangsvoraussetzungen und Anforderungen an die **Hebammenausbildung** erhöht. Die Änderungen der EU-Richtlinie bedeutet für das deutsche Recht, dass innerhalb von sechs Jahren nach dem Inkrafttreten der Neuregelung (d.h. zum 18.01.2020) eine akademische Ausbildung der Hebammen vorzusehen ist (48,49). Deutschland wird die Vorgaben der Richtlinie erst zum Ende der Frist erfüllen können. Neben der formalen Notwendigkeit werden die steigenden Qualitätsansprüche, das wachsende Tätigkeitsspektrum durch den medizinischen Fortschritt sowie die Anforderung des evidenzbasierten Handelns als Gründe für die Notwendigkeit einer Akademisierung der Hebammenausbildung genannt (50). Der Berufsverband sowie die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Hebammen und auch der deutsche Wissenschaftsrat setzen sich schon seit längerem für eine Anhebung der Qualifizierung auf Hochschulniveau ein (51–53). Aktuell werden an 14 Hochschulen und 2 Universitäten primärqualifizierende oder ausbildungsergänzende Studiengänge angeboten, was aufgrund einer Modellklausel im Hebammengesetz möglich ist. Die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Vollakademisierung sind bislang noch nicht gegeben, die Einrichtung

einer Bund-Länder-Begleitkommission zur Novellierung des Hebammengesetzes Mitte 2018 sowie die Entscheidung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Oktober 2018, die Akademisierung der Hebammenausbildung umzusetzen, sind als politische Signale in Richtung der Akademisierung zu werten. Zentral sind nun die Entwicklung intelligenter Strategien für diesen Übergang und die Klärung offener Fragen wie die der Finanzierung, sinnvoller Übergangsregelungen und der Gewinnung von Lehrkräften einschließlich der Regelung ihrer Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, was angesichts des knappen Zeithorizonts und des Bildungsföderalismus als eine nicht ganz einfache Aufgabe angesehen wird (52,54,55).

2. Projektstruktur

Für den vorliegenden Maßnahmenkatalog wurden zunächst prioritäre Handlungsfelder identifiziert, die für die Gestaltung einer zukunftsfesten Geburtshilfe angegangen werden müssen. Hierfür wurden insbesondere die Bestandsanalyse des Heidelberger Institutes für Global Health (1), die Ausarbeitungen der Unterarbeitsgruppe des Runden Tisches zur Verbesserung der Qualität und Struktur der Geburtshilfe (2) sowie Ergebnisse vergleichbarer Initiativen anderer Bundesländer herangezogen (3–9).

Darauf aufbauend wurde der vorliegende Maßnahmenkatalog in einem mehrschrittigen Prozess entwickelt (Abb. 1):

- › Im ersten Schritt wurde in einem Auftaktgespräch mit VertreterInnen des Ministeriums der Fokus des Auftrags geschärft. Gesprächsteilnehmer von Seiten des Ministeriums waren Bärbl Mielich (Staatsekretärin), Kirsten Koners (Pers. Referentin), Ulrich Schmolz (Leiter Referat Grundsatz, Prävention, Öffentlicher Gesundheitsdienst), Dr. Anne Würz (Referat Grundsatz, Prävention, Öffentlicher Gesundheitsdienst), Marion Wiesinger (Referat Grundsatz, Prävention, Öffentlicher Gesundheitsdienst), Dorothea Körner (Referat Gesundheitsberufe) und von Seiten der OptiMedis AG Dr. Helmut Hildebrandt (Vorstandsvorsitzender), Dr. Katja Stahl (OptiMedis AG, Projektleitung).
- › Im zweiten Schritt wurde eine Bestandsaufnahme auf Basis der Bestandsanalyse, der bisherigen Ergebnisse des *Runden Tisches Geburtshilfe*, der Erkenntnisse aus vergleichbaren Initiativen in anderen Bundesländern sowie der eigenen Erfahrungen mit vergleichbaren Projekten durchgeführt. Darauf aufbauend wurden prioritäre Handlungsfelder für mögliche Maßnahmen identifiziert und erste Maßnahmvorschläge zusammengestellt und den Handlungsfeldern zugeordnet. Die Handlungsfelder und ersten Maßnahmvorschläge dienten als inhaltliche Grundlage für die Diskussion mit den beteiligten AkteurInnen.
- › Im dritten Schritt wurden die Handlungsfelder und ersten Maßnahmvorschläge mit verschiedenen AkteurInnen diskutiert. Hierzu wurden je ein Workshop mit Hebammen und mit FrauenärztInnen durchgeführt, ebenso eine Präsentation mit Gelegenheit zur Diskussion am Runden Tisch am 17.10.18 sowie ergänzende Einzelgespräche mit weiteren AkteurInnen. Ziel dieses Vorgehens war, die verschiedenen Perspektiven der AkteurInnen hinsichtlich der Relevanz und Vollständigkeit der prioritären Handlungsfelder zu ermitteln. Darüber hinaus konnten so die Maßnahmvorschläge auf Relevanz, Akzeptanz und Machbarkeit geprüft und lösungsrelevante Potenziale identifiziert werden, weitere Ideen und Informationen über regional bereits bestehende Initiativen gesammelt und in die weitere Erarbeitung der Empfehlungen integriert werden.

- › Ergänzend zu diesen Arbeiten fand im November 2018 eine durch das Ministerium initiierte Informationsreise in die Niederlande unter Leitung von Staatssekretärin Bärbl Mielich statt, zu dem alle Teilnehmenden des Runden Tisches Geburtshilfe sowie VertreterInnen der OptiMedis AG eingeladen worden waren. Durch Vor-Ort-Gespräche mit VertreterInnen aus Praxis, Versorgungsmanagement, Politik und Wissenschaft sollten Anregungen und Ideen gewonnen werden über die niederländischen Versorgungsstrukturen und -regelungen in der Geburtshilfe, insbesondere über den dort praktizierten Ansatz der integrierten geburtshilflichen Versorgung (Integraale Geboortezorg). Diese wurden ebenfalls bei der Entwicklung der Empfehlungen berücksichtigt.
- › Im vierten Schritt wurden die Ergebnisse aus den Workshops und verschiedenen Gesprächen mit denen der Bestandsaufnahme zusammengeführt und daraus Empfehlungen abgeleitet, die mit dem vorliegenden Maßnahmenkatalog vorliegen. Sie umfassen eine Darstellung der Ziele der Maßnahmen, ihre Kernelemente sowie die hauptverantwortlichen AkteurInnen. Sie werden dem Runden Tisch Geburtshilfe am 27.02.2019 vorgestellt.
- › Im fünften ergänzenden Schritt werden, ausweislich der Erteilung eines ergänzenden spezifizierten Auftrags im Dezember 2018, bestimmte von Seiten des Ministeriums ausgewählte Empfehlungen um weitere Aspekte ergänzt. Hierzu gehören eine vertiefte Erörterung organisatorischer und zeitlicher Aspekte, ggf. potenzielle vertragliche Regelungen und Finanzierungsoptionen sowie zentrale Erfolgsfaktoren und Barrieren. Diese werden in den vorliegenden Bericht unter Berücksichtigung der Rückmeldungen auf die Vorstellung des ersten Berichts beim Runden Tisch vom 27.02.2019 eingearbeitet und bis zum 16.04.2019 vorgelegt werden. Die Ergebnisse werden am 10.05.2019 am Runden Tisch vorgestellt.



Abb. 1 Projektverlauf

3. Bestandsaufnahme

3.1. Auftaktgespräch

In einem Auftaktgespräch mit dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg wurde der Fokus für die Maßnahmenempfehlungen geschärft. Die Maßnahmen sollen insbesondere Möglichkeiten zur Stärkung der physiologischen Verläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie die Verbesserung der aktuell angespannten Personal- und Arbeitssituation in den Kliniken adressieren.

3.2. Analyse der Basisdaten und Identifikation von Handlungsfeldern

Um die wesentlichen Handlungsfelder zu identifizieren, die mit den Maßnahmenempfehlungen adressiert werden sollen, wurden zunächst verfügbare Daten und Quellen analysiert. Zur Identifikation der prioritären Handlungsfelder wurden insbesondere die Ergebnisse der Unterarbeitsgruppe des *Runden Tisches Geburtshilfe* zur Ausarbeitung der Qualität und Struktur einer guten Geburtshilfe in Baden-Württemberg (UAG QS) (2), die Vorschläge der Arbeitsgemeinschaft der ChefärztInnen der Frauenkliniken Baden-Württemberg (56) der Bericht des Heidelberger Instituts für Global Health zur aktuellen Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg (Bestandsanalyse) (1) sowie die Ergebnisse vergleichbarer Initiativen anderer Bundesländer (3–9,57) herangezogen.

3.2.1. Stärkung der physiologischen Verläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Eine idealtypische Geburtshilfe zeichnet sich nach Ansicht der UAG QS dadurch aus, dass sie sich **an der Physiologie** von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett **orientiert**, ressourcenorientiert gestaltet wird und nach einer allgemeinen Reduktion der Pathologisierung des Geburtsvorgangs strebt. Generell ist eine möglichst interventionsarme sowie evidenzbasierte Betreuung wünschenswert (2). Die Interventionsraten sowohl in Deutschland insgesamt als auch in Baden-Württemberg speziell weisen darauf hin, dass hier noch Handlungsbedarf besteht, um ein Level zu erreichen, das international empfohlen und zum Teil auch umgesetzt wird (28,42,44–46). So lag die Kaiserschnitttrate in Baden-Württemberg im Jahr 2016 bei 30,6% und damit im Mittelfeld der deutschen Bundesländer. Die niedrigsten Raten haben Sachsen und Thüringen mit 23,8% bzw. 25,3%, die höchsten finden sich in Rheinland-Pfalz mit 32,7% bzw. im Saarland mit 38,4% (3). Die Überwachung der kindlichen Herztöne, die bei unkompliziertem Verlauf intermittierend erfolgen kann, wurde in baden-württembergischen Kreißsälen in 2017 bei 43% der Frauen kontinuierlich bis zur Geburt durchgeführt. Weitere international diskutierte Interventionen wie die Zahl der Geburtseinleitungen oder der Periduralanästhesien bei vaginaler Geburt lassen sich aus der Jahresauswertung der externen vergleichenden Qualitätssicherung nicht eindeutig ablesen (58). Mit Blick auf die Betreuung in der Schwangerschaft waren bei über der Hälfte der Frauen mehr als die 10 in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen dokumentiert. Bei 61% waren drei bis vier Ultraschalluntersuchungen, bei 26% fünf und mehr verzeichnet. Die tatsächliche Anzahl dürfte darüber liegen, da davon auszugehen ist, dass nicht alle Sonografien dokumentiert werden (59).

Die internationale Diskussion beschäftigt sich, wie in Abschnitt 1.2 dargelegt, bereits seit einiger Zeit mit der Frage, mit welchen **Betreuungskonzepten** während der Schwangerschaft der physiologische Verlauf gestärkt

werden und wie es gelingen kann, dass die zahlreichen Intervention im Verlaufe einer unkomplizierten Geburt im Krankenhaus auf das notwendige Maß zu beschränken. Denn Krankenhäuser sind der Ort, an dem die allermeisten Geburten stattfinden und die Befragung der Mütter und Eltern in Baden-Württemberg weist darauf hin, dass dies auch für die allermeisten Frauen der Ort ist, an dem sie ihr Kind zur Welt bringen möchten (1). Im Zuge der Diskussion um die geburtshilfliche Versorgungssituation wurde außerdem angeregt, zu prüfen, welchen Beitrag Geburtshäuser, Hebammenpraxen und Hausgeburtshebammen zur Versorgung von risikoarmen Geburten leisten können, wenn sich ihr Standort nicht in direkter Kliniknähe befindet (7). Weitere Überlegungen und Diskussionen richten sich auf die Weiterentwicklung des Versorgungskonzepts Hebammenkreißsaal (7) und den Zugang zu hebammengeleiteten Einrichtungen/Strukturen (2) sowie auf die Überarbeitung der Vergütungslogik für unkomplizierte und operative Geburten (2,7,56).

Die Befragung der Mütter und Eltern in Baden-Württemberg hat gezeigt, dass sowohl die Zufriedenheit mit der Betreuung während der Schwangerschaft als auch während der Geburt insgesamt hoch ist. Gleichwohl handelt es sich bei den Ergebnissen um eine Momentaufnahme, nicht um eine repräsentative Studie. Zum einen sind die Rücklaufquoten der Befragungen aufgrund des Befragungsdesigns nur zu schätzen und lassen mit etwa 15% keinen belastbaren Rückschluss auf das Gesamtbild zu. Zum anderen ist bekannt, dass die globale Abfrage von Zufriedenheit regelmäßig zu sehr positiven Ergebnissen führt, auch wenn im Einzelnen starker Verbesserungsbedarf gesehen wird (60), weswegen inzwischen davon abgeraten wird, nach Zufriedenheit zu fragen, wenn die Ergebnisse zur Einschätzung der Versorgungsqualität beitragen sollen (61).

3.2.2. Vernetzung & Kooperation

Im Gesundheitsleitbild des Landes Baden-Württemberg ist die regionale **Vernetzung zwischen den Berufsgruppen und über die Sektoren hinweg** als ein wichtiger Baustein in der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, der Gewährleistung einer effektiven Gesundheitsförderung und Prävention sowie einer medizinischen Versorgung bestmöglicher Qualität anerkannt (62). Eine wertschätzende und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, eine effektive Kommunikation sowie der interprofessionelle Wissensauf- und -ausbau sind darüber hinaus wichtige Bausteine in der Fehlerprävention (63). Nach der fachlichen Einschätzung der UAG QS für den *Runden Tisch Geburtshilfe* ist eine idealtypische Geburtshilfe gekennzeichnet durch eine enge interdisziplinäre, wertschätzende Zusammenarbeit der an der Versorgung der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen beteiligten Berufsgruppen (2). Speziell für den Klinikbereich zählt für die CheförztlInnen der geburtshilflichen Abteilungen Baden-Württembergs eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegenden, Hebammen und ÄrztInnen geprägt von gegenseitiger Wertschätzung zu den wichtigen Eckpunkten einer Verbesserung der Arbeitssituation in den Kliniken (56). Aktuell fehlen häufig geeignete Strukturen und Prozesse, die die Kommunikation zwischen AkteurInnen erleichtern (2,6,63) und den Aufbau des für eine effektive Zusammenarbeit erforderlichen gegenseitigen Vertrauens unterstützen. Neben digitalen Lösungen (6,8) werden auch interdisziplinäre Fortbildungen, Trainings und Notfallübungen hier als förderlich gesehen (2,63). Hinsichtlich der Integration von Versorgungsstrukturen wird beispielsweise in Nordrhein-Westfalen die Rolle der Geburtshäuser mit ihrer vorhandenen Infrastruktur und Kooperationserfahrung als gute Ausgangsbasis für interdisziplinäre Versorgungszentren diskutiert (7). Anregungen für eine Weiterentwicklung der Versorgung durch gelingende Zusammenarbeit bietet auch das Pilotprojekt zur Integrierten geburtshilflichen Versorgung (Integrative geburtezoorg) in den Niederlanden, das allerdings auf bereits etablierteren Kooperationsstrukturen aufsetzt als sie derzeit in Deutschland vorzufinden sind. Grundlage dieses

Betreuungskonzepts sind bindende Vereinbarungen zwischen den an der Betreuung der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen einer Region beteiligten Berufsgruppen, die die Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit Blick auf Inhalte, Qualität, Verantwortlichkeiten, Transparenz und Finanzierung regeln (64,65).

Die Befragung der baden-württembergischen Hebammen hat gezeigt, dass die Bereitschaft die freiberufliche Tätigkeit (wieder) aufzunehmen oder auszubauen, für knapp die Hälfte der Befragten auch damit zusammenhängt wie gut es gelingt, Freizeit sicher planen zu können. Verlässliche arbeitsfreie Zeiten sind angesichts der mangelnden Planbarkeit von Geburten letztlich nur in einem Team effektiv möglich. Eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Frauen- und Kinder- und JugendärztInnen ist für ein Drittel der Hebammen wichtig, um die freiberufliche Tätigkeit wieder attraktiver zu machen (1).

3.2.3. Patient Empowerment

Die partizipative Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung in allen Handlungsfeldern und die **höhere Selbstbestimmung** der PatientInnen bzw. im Bereich der Geburtshilfe **der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen** innerhalb des Versorgungsgeschehens sind zentrale Ziele sowohl für Baden-Württemberg als auch bundesweit (47,62). Konkret sollen Schwangere u.a. befähigt werden, informiert über Geburtsort und Geburtsmodus entscheiden zu können. Diese Information sollte umfassend, objektiv, konsistent sowie zielgruppenspezifisch sein (2). Um die LeistungserbringerInnen in dieser Aufgabe zu unterstützen, wird die interdisziplinäre Entwicklung entsprechender Leitlinien und evidenzbasierter Entscheidungshilfen als wichtiger Baustein angesehen (7,66). In 2015 wurde die Entwicklung zweier S3-Leitlinien¹ angestoßen: zur vaginalen Geburt am Termin (geplante Fertigstellung 31.12.2020) und zur Sectio caesarea (geplante Fertigstellung 31.05.2019), außerdem eine S2k-Leitlinie zum Thema Geburtseinleitung, deren Fertigstellung für den 31.03.2020 angekündigt ist (67). Schwangere sollen durch gute und adäquate Aufklärung durch die LeistungserbringerInnen darin unterstützt werden, eine Balance zwischen Vertrauen und Risikobewusstsein entwickeln zu können (2). Aktuell wünschen sich nach den Ergebnissen der Mütterbefragung 62% der an der Befragung teilnehmenden Frauen, ihr Kind in einem Krankenhaus mit angeschlossener Kinderklinik zur Welt zu bringen (1). Dies legt ein sehr hohes Bedürfnis nach Sicherheit nahe, von dem die Frauen erwarten, dass dies am ehesten in einer maximal-versorgenden Umgebung gewährleistet ist. Nach der fachlichen Einschätzung der UAG QS des baden-württembergischen *Runden Tisches Geburtshilfe* zeichnet sich eine gute geburtshilfliche Versorgung mit Blick auf die Geburt in erster Linie dadurch aus, dass Bedingungen geschaffen werden, die Angst und Stress bei den werdenden Eltern abbauen und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Arbeit aller Beteiligten fördern (2).

Um sich für individuell passende Betreuungsangebote entscheiden zu können, sollten die Frauen über das Versorgungsangebot, insbesondere Hebammenleistungen und frauenärztliche Leistungen, aber auch andere Angebote, noch besser informiert werden (3,4,7). Verschiedene Befragungen von Frauen speziell zum Angebot von Hebammenleistungen haben gezeigt, dass ein nicht unerheblicher Teil der (werdenden) Mütter nicht umfassend über die Art der verschiedenen Hebammenhilfeleistungen und die Kostenübernahme durch die

¹ Die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) klassifiziert Leitlinien (LL) nach Entwicklungsstufen. S3-LL stellen die höchste Stufe dar, sie werden von einer für den Anwenderkreis repräsentativen Entwicklergruppe erstellt, basieren auf einer systematischen Evidenzrecherche sowie einer formalen Konsensfindung. S2k-LL werden von einer für den Anwenderkreis repräsentativen EntwicklerInnengruppe unter Anwendung einer formalen Konsensfindung erstellt, eine systematische Evidenzrecherche fehlt hier (www.awmf.org)

Krankenkasse informiert ist, insbesondere hinsichtlich vorgeburtlicher Hebammenleistungen, z.T. aber auch mit Blick auf das Leistungsangebot nach der Geburt (4,9,57,68). Informationen zu den Angeboten der verschiedenen LeistungserbringerInnen können beim ersten schwangerschaftsbedingten Kontakt mit dem Gesundheitssystem (in der Regel FrauenärztInnen im Rahmen der Schwangerenvorsorge) erfolgen oder auch über gezielte Projekte und Kampagnen, die die Menschen dazu bringen, bei Bedarf Hilfen in Anspruch zu nehmen (7,69). Gleichmaßen sollten die Frauen verstärkt über unabhängige und qualitätsgeprüfte Informationsangebote zu den verschiedenen Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wie die der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder von gesundheitsinformation.de informiert werden (66). Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat im September 2018 das Konzept für die Entwicklung eines Nationalen Gesundheitsportals vorgelegt, das in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle übernehmen kann (70).

3.2.4. Ressourcen

Der Bedarf an geburtshilflichen Leistungen hat sich in den letzten Jahren durch die deutliche Zunahme der Geburtenzahlen erhöht. Analog zur bundesweiten Entwicklung sind auch in Baden-Württemberg über alle Regionen und Kreise hinweg die Geburtenzahlen seit 2011 deutlich angestiegen. Im Jahr 2016 wurden 107.479 Lebendgeburten registriert und damit 18.565 Kinder mehr als in 2011, ein Anstieg um 21% (1). Die meisten Geburten gab es 2016 in den Regionen Stuttgart und Rhein-Neckar, im Raum Karlsruhe sowie im Ortenaukreis. Die stärksten Zunahmen innerhalb von fünf Jahren hatten 2016 Lörrach, Waldshut und Konstanz an der südlichen Grenze Baden-Württembergs zu verzeichnen, sowie die Landkreise Böblingen und Tübingen in der Mitte und der Landkreis Schwäbisch Hall im Westen (71). Über 98% der Geburten finden in Baden-Württemberg in einem Krankenhaus mit geburtshilflicher Abteilung statt, von denen es 2015 noch 87 gab, davon 27 Perinatalzentren der Versorgungsstufe 1 oder 2, in denen gut die Hälfte der Geburten stattfand. Zwischen 2010 und 2015 wurden insgesamt 11 geburtshilfliche Abteilungen (darunter keine Abteilungen der Versorgungsstufe 1 oder 2) geschlossen (1). Darüber hinaus gibt es aktuell drei hebammengeleitete Kreißsäle (einer davon an einem Perinatalzentrum Level 1, zwei an Häusern der Grundversorgung) sowie acht Geburtshäuser in Baden-Württemberg.

Auch die baden-württembergischen **Kliniken** sind vom **Personalmangel** betroffen. An der Befragung der Kliniken im Rahmen der Bestandsanalyse haben sich drei Viertel der geburtshilflichen Abteilungen beteiligt, deren Versorgungsstufen in etwa der Verteilung in Gesamt-Baden-Württemberg entsprechen. Die Befragung hat gezeigt, dass mehr als 54% Probleme bei der Besetzung von Hebammenstellen haben, 44% bei der Besetzung von Stellen für FachärztInnen und 36% von Stellen für AssistenzärztInnen im Fachgebiet Geburtshilfe. Die Stellen blieben dabei im Schnitt zwischen dreieinhalb und sechseinhalb Monaten unbesetzt. Besonders gravierend waren diese Probleme für alle drei Berufsgruppen in der Region Nordschwarzwald, für Hebammen darüber hinaus in allen südlichen Grenzregionen sowie in den Regionen Stuttgart und Ostwürttemberg. Bei den FachärztInnen war zusätzlich noch die Region Heilbronn-Franken betroffen, bei den AssistenzärztInnen die Region Donau-Iller sowie ebenfalls die Region Heilbronn-Franken (1). Von den in 2017 in Baden-Württemberg befragten Hebammen berichteten 29%, dass ‚ihr‘ Kreißsaal mindestens einmal im Monat oder sogar öfter

abgemeldet werden musste² (1). Der Mangel an Personal führt zu einer Arbeitsverdichtung und steigenden Arbeitsbelastung für das verbleibende Personal, was die Abwanderung begünstigt (72,73). Befragungen von Hebammen zeigen, dass Hebammen grundsätzlich ihrer Tätigkeit in der Klinik weiter nachgehen, ggf. sogar den Umfang ausweiten möchten, Voraussetzung dafür sind allerdings insbesondere eine bessere Entlohnung, mehr Personal, um dadurch auch wieder mehr Zeit für die Betreuung der einzelnen Frau zu haben, sowie eine stärkere Anerkennung ihrer Arbeit (1,2,9,73). Auch die Lebensarbeitszeitmodelle der werdenden Hebammen deuten darauf hin, dass die Mehrzahl in der Geburtshilfe bleiben möchte (1). Gleichzeitig haben in der Klinik tätige Hebammen ein hohes Interesse daran, ihr gesamtes Tätigkeitsspektrum, d.h. auch vor- und nachgeburtliche Leistungen auf freiberuflicher Basis anzubieten. Zu den Gründen für eine Teilzeitbeschäftigung befragt, gaben 47% der Hebammen familiäre Gründe an und 40% die freiberufliche Tätigkeit (74). Dieser Wunsch wird auch in der Befragung der werdenden Hebammen deutlich, in der die Mehrzahl als Berufseinstieg die Vollzeittätigkeit in der Klinik sieht, mittel- bis langfristig aber ein Teilzeitmodell präferiert (1). Die Beteiligung der Kliniken an den Haftpflichtprämien der Beleghebammen, Personaluntergrenzen für Hebammen, eine Entlastung bei fachfremden Tätigkeiten, Arbeitszeitmodelle, die eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewährleisten, gezielte Unterstützung beim Wiedereinstieg in die berufliche Tätigkeit (z.B. nach Elternzeit), berufliche Entwicklungsmöglichkeiten gehören zu den Themen, die in verschiedenen Bundesländern in der Diskussion um die geburtshilfliche Versorgungssituation derzeit adressiert werden. Ein weiteres Thema ist eine Überarbeitung der **Vergütungslogik**, die die Durchführung von Interventionen durch finanzielle Anreize attraktiv macht, wenngleich sie nicht die alleinige Ursache darstellt. Gleichzeitig werden Personalschlüssel und die Vorhaltekosten einer vaginalen Geburt nicht in dem Umfang vergütet wie dies für eine idealtypische Geburtshilfe erwünscht wäre (2,6–8,56,75). Vergleichbare, aktuelle Befragungen von angestellten, geburtshilflich tätigen FrauenärztInnen liegen nach unserem Kenntnisstand nicht vor. Hinweise auf Prioritäten aus Sicht angestellter ÄrztInnen (aller Fachdisziplinen) zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus gibt der MB-Monitor, eine bundesweite Online-Befragung angestellter ÄrztInnen im Auftrag des Marburger Bundes aus dem Jahr 2017. Zentrale Handlungsfelder sind aus Sicht der Befragten die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, mehr Personal sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Dienst, die Entlastung von fachfremden, insbesondere administrativen Tätigkeiten sowie mehr Zeit für die Fort- und Weiterbildung (76).

In der **ambulanten Versorgung** scheint die vorgeburtliche **frauenärztliche Betreuung** aktuell **noch weitgehend gesichert** zu sein, allerdings sind 67% der niedergelassenen FrauenärztInnen in Baden-Württemberg über 50 Jahre und 13% über 65 Jahre alt. Bei den Kinder- und JugendärztInnen sind 61% über 50 Jahre, 8% über 65 Jahre (77). Gleichwohl ist die Altersstruktur nur ein sehr grober Gradmesser für die zukünftige Versorgung. Die Wöchnerinnen, die an der baden-württembergischen Mütterbefragung teilgenommen haben, konnten nach eigenen Angaben fast alle einen **Termin** bei einem/einer FrauenärztIn bzw. einem/einer Kinder- und JugendärztIn bekommen, allerdings war dies mit Blick auf die **Kinder- und JugendärztInnen** für 17% sehr **schwierig**. Einen Termin bei einem/einer FrauenärztIn zu bekommen war hingegen nur für 5% der Befragten sehr schwierig. Allerdings lassen diese Angaben nur begrenzt Rückschlüsse zu, ob es schwierig war, überhaupt einen/eine FrauenärztIn zu finden, da viele Frauen bei Eintreten der Schwangerschaft bereits Patientin in einer gynäkologischen Praxis sind. Ähnliches gilt - zumindest für Mehrgebärende - für die Termine bei einem/einer Kinder-

² Diese Zahl muss mit einer gewissen Vorsicht interpretiert werden, da aus den Ergebnissen nicht hervorgeht, in wie vielen unterschiedlichen Kreißsälen die befragten Hebammen tätig waren. Darüber hinaus ist ein Rückschluss auf das tatsächliche Bild nicht zuverlässig möglich, da die Rücklaufquote und damit die Repräsentativität der Befragung methodisch bedingt nur geschätzt werden kann.

und JugendärztIn. Die **Versorgung** der Frauen mit vor- und nachgeburtlicher Hebammenhilfe erscheint **problematischer**. Von den im Rahmen der Bestandsanalyse befragten Frauen berichten 44% über große Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Hebamme für die Betreuung während der Schwangerschaft, 37% über Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Hebamme für die Wochenbettbetreuung, gleichwohl hat die überwiegende Mehrzahl der Befragten letztlich eine Hebamme gefunden (1). Ein ähnliches Bild zeigt sich in Befragungen von Müttern in anderen Bundesländern (4,4,9). Allerdings ist zu beachten, dass die methodisch bedingt geringen Rücklaufquoten (ca. 15%) und die daraus resultierende eingeschränkte Repräsentativität der Befragungsergebnisse keinen belastbaren Rückschluss auf die tatsächliche Situation zulassen und somit lediglich als Orientierung gewertet werden können. Anders als die Befragungsergebnisse zeichnet die Auswertung der geburtshilflichen Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg ein deutlich kritischeres Bild. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass nur jede zweite Frau in diesen Regionen auf Hebammenhilfe im Wochenbett zurückgreift, bei Frauen und Familien in schwierigen sozialen Situationen liegt der Anteil mit einem Drittel sogar noch niedriger (78).

An der Befragung der baden-württembergischen Hebammen im Rahmen der Bestandsanalyse haben sich schätzungsweise ein gutes Viertel bis ein Drittel der tätigen Hebammen beteiligt. Die Ergebnisse lassen darüber hinaus vermuten, dass freiberuflich tätige Hebammen etwas überrepräsentiert sind, wodurch das ambulante Leistungsangebot möglicherweise überschätzt wird. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass der Großteil der befragten Hebammen ihre Leistungen in einem relevanten Umfang erbringt. Insbesondere in der Wochenbettbetreuung, bei Geburtsvorbereitungskurse sowie für Beleggeburten in 1:1-Betreuung berichtete die überwiegende Mehrzahl der befragten Hebammen über mehr oder sehr viel mehr Anfragen als sie annehmen konnten. Über freie Kapazitäten berichten nur einige wenige im Bereich der Betreuung während der Schwangerschaft sowie bei den Familienhebammen. Auch bei den freiberuflich tätigen Hebammen ist die Bereitschaft, (wieder) in größerem Umfang tätig zu werden bei der Mehrzahl der Befragungsteilnehmerinnen grundsätzlich vorhanden. Voraussetzung hierfür sind für sie jedoch eine höhere Vergütung, eine Reduktion des Verwaltungsaufwands, eine planbare Absicherung gegen steigende Haftpflichtkosten sowie verlässliche tätigkeitsfreie Zeiten (1,9,73). Die Vergütung der freiberuflichen Hebammen ist in den letzten Jahren in mehreren Schritten angehoben worden, allerdings ausgehend von einem niedrigen Niveau. Der resultierende absolute Anstieg der Umsatzerlöse steht nach Ansicht des Hebammenverbands sowie verschiedener anderer AkteurInnen nach wie vor nicht in angemessener Relation zu Inhalt und Verantwortung der Tätigkeit (9,79,80). Insgesamt stehen Hebammen ihrem Beruf, unabhängig von der Art der ausgeübten Tätigkeit, sehr positiv gegenüber: nur 8% würden ihn nicht als Berufswahl empfehlen (1).

Vor dem Hintergrund des Personalmangels ist der **Ausbau der Ausbildungskapazitäten** landesweit ein Thema (3,4,7,8). Zahlreiche Bundesländer, darunter auch Baden-Württemberg planen eine Ausweitung der Ausbildungskapazitäten für Hebammen oder haben dies schon getan, z.T. durch Aufstockung der Ausbildungsplätze an bestehenden Hebammenschulen, aber auch durch Gründung neuer Berufsfachschulen mit dreijähriger Ausbildung oder durch Einrichtung ausbildungsintegrierender oder primärqualifizierender Studiengänge. Die Zahl der Medizinstudienplätze soll in Baden-Württemberg ebenfalls um 150 Plätze aufgestockt werden (41). Vor dem Hintergrund der formalen, aber auch inhaltlichen Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Hebammenausbildung (vgl. Abschnitt 1.2) wird eine Teilakademisierung von der wissenschaftlichen Fachgesellschaft als auch vom Berufsverband der Hebammen kritisch gesehen und eine klare und transparente Strategie bei

der Neugestaltung gefordert (52,53)³. Zu den zu klärenden Fragen, die es zu klären gilt, gehören für sie die der Finanzierung, die der Qualifikation, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten der Studiengangsleitungen sowie die Ausgestaltung tragfähiger Übergangsregelungen, insbesondere auch mit Blick auf die Einbindung der bisherigen Lehrenden an den Hebammenschulen. Des Weiteren sei das (von der Frage der Akademisierung aber eher unabhängige) Thema der Sicherstellung der qualitativ hochwertigen praktischen Ausbildung im Bereich der freiberuflichen Hebammentätigkeit zu klären. Die Betreuung der Auszubildenden/Studierenden im Rahmen ihrer dafür vorgesehenen Hospitation (Externat) bei freiberuflich tätigen Hebammen wird derzeit nicht vergütet. Der Verband und die Fachgesellschaft weisen darauf hin, dass ohne eine belastbare Aussage der Verantwortlichen zur geplanten Richtung der Weiterentwicklung der Ausbildung den Hochschulen die Planungssicherheit fehlt. Ebenso benötigen die bestehenden Hebammenschulen und die Lehrenden Klarheit über die weitere Perspektive und die potenziellen Bewerber eine Entscheidungsgrundlage, ohne die sie möglicherweise keine Entscheidung für den Beruf der Hebamme treffen können (53–55). Berufsfachschulen berichten bereits jetzt über Probleme bei der Besetzung von Lehrendenstellen und die BewerberInnenzahlen sind rückläufig (3,9). Gleichzeitig zeigt die Befragung der in Ausbildung befindlichen Hebammen, dass sie mit ihrer Berufswahl mehrheitlich zufrieden sind, allerdings sieht ein Viertel die Berufsaussichten eher skeptisch (1). Dies kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass die Berufsattraktivität hoch gehalten werden muss um den Nachwuchs im Beruf zu halten. Dies ist sowohl über eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen als auch über berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten möglich.

Nach der Anlage 3 zur Qualitätsvereinbarung zum Vertrag nach §134a SGB V sind Hebammen, die länger als 18 Monate beruflich pausiert haben, verpflichtet, sicher zu stellen, dass sie **vor Neu- oder Wiederaufnahme** ihres spezifischen Leistungsspektrums der freiberuflichen Hebammentätigkeit die nötige Qualifikation nach dem jeweils aktuellen Stand der Hebammenwissenschaft gewährleisten. Als geeignete Maßnahmen hierzu werden ein Externat/Praktikum/Hospitation, Simulationstrainings für Geburten, fachspezifische Fortbildungen und/oder eine Tätigkeit als zweite Hebamme bei außerklinischen Geburten genannt. Entsprechende Fortbildungen werden vom Deutschen Hebammenverband, von verschiedenen Hebammenlandesverbänden sowie von privaten Fortbildungsinstitutionen kostenpflichtig angeboten.

3.2.5. *Qualitätssicherung & Evaluation*

Für die Geburtshilfe werden seit 2001 alle Geburten sowie bestimmte Basisdaten der Mutter und des Kindes in einem bundeseinheitlichen Datensatz verpflichtend erfasst. Es wurden eine Reihe von Qualitätsindikatoren entwickelt, die bestimmte Aspekte der klinischen Prozess- und Ergebnisqualität abbilden und der externen vergleichenden Qualitätssicherung dienen (18). Sie sind kein direktes Maß der Qualität, sondern ein Werkzeug, um Aufmerksamkeit auf potenzielle Problembereiche zu lenken, die dann bei Auffälligkeiten im ‚Strukturierten Dialog‘ gemeinsam mit den jeweiligen Krankenhäusern analysiert werden (7). Sie beziehen sich unter anderem auf den adäquaten Einsatz von Medikamenten, die Untersuchung des Nabelschnurblutes, Notfallkaiserschnitte und kritische Ergebnisse bei Neugeborenen. Überdies werden die Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten sowie Verletzungen und Todesfälle der Mütter erfasst (18). Die Ergebnisse werden jährlich veröffentlicht, es sind allerdings keine Daten bezogen auf einzelne Krankenhäuser öffentlich zugänglich. Auf Ebene der

³ Trotz der formalen Notwendigkeit ist die Akademisierung der Hebammenausbildung in Deutschland Gegenstand von Debatten, deren Darstellung im Rahmen dieses Berichts aber nicht weiter vertieft werden kann.

Bundesländer erfolgt eine aggregierte Auswertung bestimmter Kriterien mit einer Ergebnismitteilung zum Strukturierten Dialog, an dem die Krankenhäuser, die Krankenhausgesellschaften und die Ärztekammern beteiligt sind (81). Die Länder können eigene Schwerpunkte bei der Datenerhebung setzen und ergänzende Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung beschließen (82). Seit dem Erfassungsjahr 2017 erhalten die Länder planungsrelevante Qualitätsindikatoren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) gemäß §136 Abs. 1 SGB V i.V.m. §136c Abs. 1 und 2 SGB V, die denen der vergleichenden externen stationären Qualitätssicherung entsprechen. Die Perinatalzentren Level 1 und 2 sind darüber hinaus gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie für Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) verpflichtet, ihre Qualitätsergebnisse (behandelte Fallzahl, risikoadjustierte Fallzahl, Überleben von Frühgeborenen insgesamt, Überleben von Frühgeborenen ohne schwere Erkrankung) auf der Webseite perinatalzentren.org zu veröffentlichen (www.perinatalzentren.org). Damit ist für die stationäre geburtshilfliche Versorgung ein Basisset an abgestimmten Qualitätsindikatoren vorhanden. Eine indikatorengestützte qualitative Absicherung der gesamten Versorgungskette von der Schwangerschaft über die Geburt bis ins Wochenbett ist anhand der aktuell verfügbaren Indikatoren nicht möglich. Insbesondere fehlen Indikatoren, die Auskunft darüber geben, inwieweit es gelingt, die Forderung nach der Stärkung der physiologischen Verläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett umzusetzen. Und auch die Prüfung der Effektivität von Versorgungsprogrammen und -maßnahmen kann nur über ein regelhaftes Monitoring geeigneter Qualitätsindikatoren erfolgen. Für diese Prüfung ist u.U. die Entwicklung weiterer spezifischer Indikatoren erforderlich, die unter Einbeziehung aller relevanten AkteurInnen erfolgen sollte.

Die Anzahl der Hebammen sowie Art, Umfang und Ort ihrer Leistungserbringung werden aktuell nicht systematisch erhoben, weder auf Bundes- noch auf Landesebene. Die Notwendigkeit ihrer Erfassung für eine sinnvolle Bedarfs- und Versorgungsplanung zeigen die zahlreichen verschiedenen Initiativen, die in den letzten Jahren in den Bundesländern hierfür durchgeführt wurden (1,3,4,8,9,83). Stets wurden Hebammen befragt, stets gestaltete sich bereits die Bestimmung (und damit auch die Erreichbarkeit) der Grundgesamtheit als sehr schwierig und letztlich nicht abschließend möglich, an der Befragung beteiligte sich stets nur ein gewisser Teil der Hebammen, dessen Repräsentativität sich aufgrund fehlender Vergleichsdaten ebenfalls nur schätzen ließ. Eine verlässliche Bedarfs- und Versorgungsplanung ist auf Basis der so erhobenen Daten nach wie vor schwierig und zeigt, dass diese Vorgehensweise keine nachhaltige Lösung darstellt. Eine Arbeitsgruppe der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hat im Nachgang zu den Arbeiten der Interministeriellen Arbeitsgruppe ‚Versorgung mit Hebammenhilfe‘ (49) geprüft, ob eine bundesweite Statistik zur Hebammentätigkeit (inclusive Leistungsspektrum, regionaler Einsatzort und freiberuflich angebotener Leistung) erstellt werden kann. Diese Vorhaben der AOLG konnte jedoch mangels Beteiligung aller Länder an der dazu durchgeführten Abfrage nicht realisiert werden (80).

3.2.6. *Prioritäre Handlungsfelder*

Aus den in den Abschnitten 3.2.1 bis 3.2.5 dargestellten Analysen wurden die folgenden prioritären Handlungsfelder für eine zukunftsfeste Geburtshilfe abgeleitet:

- › Kooperation & Vernetzung ausbauen
- › Betreuungskonzepte weiterentwickeln
- › Frauen und ihre Familien kompetent machen (Patient Empowerment)

- › Ressourcen sichern
- › Qualitätssicherung weiterentwickeln

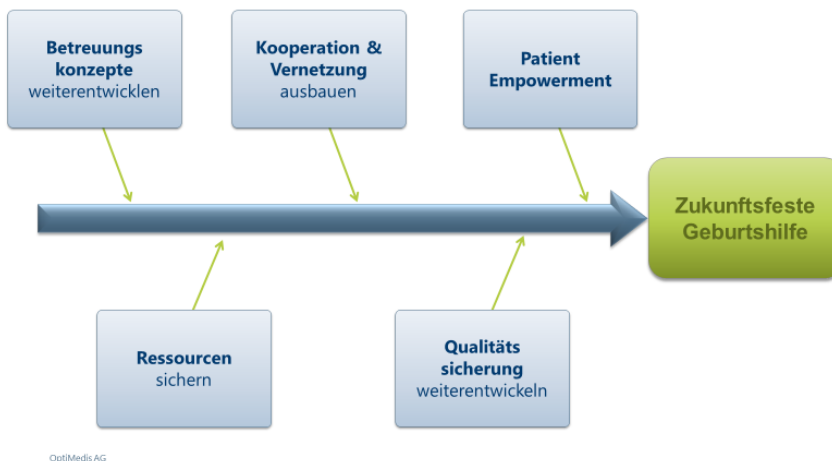


Abb. 2: Prioritäre Handlungsfelder für eine zukunftsfeste Geburtshilfe

3.3. Diskussion mit den beteiligten AkteurInnen

- › Termine / Teilnehmenden
 - Workshop mit Hebammen
 - Teilnehmerinnen: Andrea Bosch (Ltd. Hebamme, Klinikum Stuttgart, Perinatalzentrum Level 1), Jutta Eichenauer (1. Vorsitzende Hebammenlandesverband Baden-Württemberg), Martina Eirich (freiberufliche Hebamme mit Hausgeburtshilfe), Susanne Gruber (angestellte Hebamme, Klinikum Stuttgart, Perinatalzentrum Level 1), Ruth Hofmeister (freiberufliche Hebamme mit Geburtshilfe, Geburtshaus Stuttgart), Susanne Lilienthal (Familienhebamme)
 - Workshop mit FrauenärztInnen
 - Teilnehmende: Prof. Dr. Herbert Fluhr (Leiter Sektion Geburtshilfe, Universitäts-Frauenklinik Heidelberg), Markus Haist (1. Landesvorsitzender des Berufsverbands der Frauenärzte e.V. (BVF) Landesverband Baden-Württemberg (BW), niedergelassener Frauenarzt), Dr. Volker Heinecke (2. Landesvorsitzender des BVF, Landesverband BW, niedergelassener Frauenarzt), Dr. Kathrin Kadura (niedergelassene Frauenärztin), Prof. Dr. Andreas Müller (Klinikdirektor Frauenklinik am Städt. Klinikum Karlsruhe), Dr. Bernhard Niederle (Ltd. Oberarzt Frauenklinik am HELIOS Klinikum Pforzheim), Dr. Anke Schüler (BVF Bezirksvorsitzende Karlsruhe, niedergelassene Frauenärztin), Dr. Carmen Seifried (niedergelassene Frauenärztin), Prof. Dr. Jürgen

Wacker (Ärztlicher Direktor Frauenklinik am Fürst Stirum Klinik, Bruchsal, RKH), Dr. Michael Wagner (Oberarzt, Frauenklinik Siloah St. Trudpert Klinikum)

- Ergänzende Gespräche
 - Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (Dr. Till Reckert, Dr. Roland Fressle)
 - Elternvertreterinnen (Motherhood – Lydia Abdallah, Franziska Kliemt)
 - pro familia (Ingrid Löbner)
 - KrankenkassenvertreterInnen (Andreas Vogt, TK, Stefan Eckardt, TK)
 - KVBW (Programm Frühe Hilfen, Sigrun Häussermann)
 - Landesärztekammer Baden-Württemberg (Dr. Ulrich Clever)
 - Vertreter Landkreistag (Dr. Tim Gerhäuser)
 - Vertreterin der Bundesfachgruppe Perinatalmedizin im IQTIG (Prof. Dr. Rainhild Schäfers)
 - Vertreter der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (Dr. Frank Jagdfeld)
- › Inhalte
 - Prüfung der Handlungsfelder und der ersten Maßnahmenvorschläge auf Vollständigkeit und Relevanz
 - Prüfung der Maßnahmenvorschläge auf Umsetzbarkeit in Baden-Württemberg, Ergänzung um bereits bestehende, ggf. zu integrierende Projekte/Modelle
 - Persönliche Bewertung der Situation, Anforderungen, Wünsche und Ideen für eine Weiterentwicklung der Versorgung
- › Fazit
 - Die Teilnehmenden der Workshops und Einzelgespräche zeigten sich konstruktiv und grundsätzlich aufgeschlossen gegenüber Veränderungen.
 - Eine verstärkte Kooperation und Vernetzung zwischen den unterschiedlichen an der Betreuung der Frauen beteiligten Berufsgruppen wurde als sinnvoll und notwendig erachtet, zentral dabei seien transparente Kriterien zu den jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Beteiligten.
 - Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Kliniken durch mehr Personal und strukturelle Veränderungen zur Abbildung veränderter Versorgungsbedarfe sowie zugunsten einer Stärkung der physiologischen Geburt (z.B. bei der Vergütung) wurden insbesondere von den Hebammen, ÄrztInnen und Elternvertreterinnen als zentraler Aspekt gesehen.
 - Ebenso wurde eine höhere Transparenz bei den Indikatoren der ambulanten und stationären Versorgungsqualität als Voraussetzung für eine Weiterentwicklung der Qualität sowie die Unterstützung der informierten Entscheidungen der Frauen und ihrer Familien gesehen.
 - Darüber hinaus wurden inhaltlich z.T. unterschiedliche weitere Handlungsschwerpunkte gesetzt:
 - Hebammen: stärkere salutogenetische Ausrichtung der vorgeburtlichen Betreuung und frühzeitigere Einbindung der Hebamme; Erhalt der außerklinischen Geburtshilfe und der aufsuchenden Wochenbettbetreuung durch Schaffung besserer Rahmenbedingungen (finanziell und strukturell); Akademisierung der Hebammenausbildung

- FrauenärztInnen: strukturelle Veränderungen der Versorgungsprozesse und Finanzierung; Weiterentwicklung der verpflichtend zu berichtenden Qualitätsindikatoren; Rahmenbedingungen für eine sprechende Medizin schaffen; bei Mangel an freiberuflich tätigen Hebammen Fokus der Tätigkeit auf die häusliche Wochenbettbetreuung; bei akutem Hebammenmangel Einsatz von anderen Berufsgruppen bei der Begleitung von Kaiserschnittgeburten im OP sowie in der Wochenbettbetreuung
- Kinder- und JugendärztInnen: gemeinsame Fortbildungen/Fachtagungen mit FrauenärztInnen und Hebammen
- Elternvertreterinnen: kontinuierliche Betreuung über den gesamten Betreuungsbogen
- BWKG: eine hinreichende Finanzierung der an die Krankenhäuser gestellten Anforderungen

3.4. Studienreise

Im November 2018 eine dreitägige Studienreise in die Niederlande statt, die durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg koordiniert wurde. Ziel war es, das System der Geburtshilfe in Holland kennenzulernen im Austausch mit VertreterInnen aus Praxis, Versorgungsmanagement, Politik und Wissenschaft sowie darüber hinaus das aktuelle Projekt der Integrierten geburtshilflichen Versorgung (Integraale Geburtezoorg) näher kennenzulernen. Die Programmgestaltung erfolgte durch OptiMedis Niederlande.

Zu den Teilnehmenden der Reise gehörten Staatssekretärin Bärbl Mielich und vier weitere Vertreterinnen des Ministeriums für Soziales und Integration sowie je ein/e VertreterIn der Ärztekammer Baden-Württemberg, des Hebammenverbands Baden-Württemberg, der AOK Baden-Württemberg, der Techniker Krankenkasse, von MotherHood e.V., vom Landkreistag sowie von OptiMedis Deutschland.

Der erste Tag beinhaltete eine kurze allgemeine Einführung in das niederländische Gesundheitssystem sowie Vorträge von und Diskussionen mit VertreterInnen der Berufsverbände der LeistungserbringerInnen (Hebammen, FrauenärztInnen, Wochenbettpflegerinnen), der Krankenkassen und der Politik sowie VertreterInnen aus dem Bereich der Qualitätssicherung und Versorgungsforschung. Der zweite Tag umfasste Besuche in der geburtshilflichen Abteilung eines Krankenhauses, in einer Klinik, die an einem der insgesamt sechs Integrated-Birth-Care-Pilotprojekte beteiligt war, in einer Hebammenpraxis sowie in einer Hebammenakademie. Der dritte Tag beinhaltete Vorträge und Diskussionen mit VertreterInnen des Gesundheitsministeriums zur Motivation und den Entwicklungsschritten hin zu den sechs Integrated-Birth-Care-Pilotprojekten. Abschließend wurden von einem Vertreter der Managementgesellschaft eines der Pilotprojekte der konkrete Aufbau des integrierten Geburtszentrums sowie erste Ergebnisse vorgestellt.

4. Leitbild Maßnahmenentwicklung

Die Entwicklung der Maßnahmen ist getragen von den Gedanken, dass

- › Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett primär physiologische Prozesse darstellen,
- › sich die Versorgung an dem Gesundheitsnutzen der Frauen und Kinder ausrichtet,
- › die besten Ergebnisse durch eine effektive interprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit erzielt werden (vgl. Abschnitt 3.2.2.),

- › ein besonderer Schwerpunkt darauf gelegt werden sollte, die Situation derjenigen zu verbessern, die unter besonders vulnerablen Bedingungen schwanger sind und das höchste Risiko für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen tragen.

Das Leitbild folgt damit den Teilzielen des Nationalen Gesundheitsziels Gesundheit rund um die Geburt, das auch vom Land Baden-Württemberg als Mitglied des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de mitgetragen wird.

Der Zeitraum von der Familienplanung über die Schwangerschaft und die Geburt bis zum Ende der Stillzeit ist ein normaler Prozess im Leben einer Frau, in dem allerdings die Weichen für die Gesundheit von Mutter und Kind für die Zukunft gestellt werden. In dieser sensiblen Phase, die mit körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen einhergeht, brauchen Frauen, Paare und Familien einfühlsame und professionelle Begleitung, die im gesamten Betreuungsbogen gesundheitsfördernde und präventive, medizinische, psychosoziale sowie edukative Aspekte berücksichtigt. Auch bei einem pathologischen Verlauf ist die Unterstützung des parallel zur medizinischen Versorgung ablaufenden psychosozialen Veränderungsprozesses von Bedeutung.

Die Mehrzahl der aus den identifizierten prioritären Handlungsfeldern und im Rahmen der weiteren Projektschritte abgeleiteten konkreten Maßnahmenempfehlungen setzt an unterschiedlichen Stellen der Versorgungskette an und soll – insbesondere in Kombination – die Gesamtversorgung noch effizienter gestalten. Einige weitere adressieren übergeordnete Themen, die für eine effektive und sichere Versorgung mittelbar erforderlich sind (Ausbildung, Evaluation & Qualitätssicherung).

5. Empfehlungen für Maßnahmenpakete

Für den Erfolg der Maßnahmen 5.1 bis 0. sowie 0. wird eindringlich die Begleitung der Umsetzung empfohlen, die die verschiedenen AkteurInnen und Projekte koordiniert und vernetzt.

5.1. Rahmenvereinbarung zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen

Ein wesentlicher Baustein für eine zukunftsfeste geburtshilfliche Versorgung ist eine stärkere Vernetzung und Kooperation der beteiligten AkteurInnen. Zentraler Ansatzpunkt dieser Maßnahme ist daher die Förderung und Unterstützung der gezielten Zusammenarbeit der AkteurInnen sowie eine Stärkung der Selbstbestimmung der Schwangeren und Gebärenden. Durch die frühzeitige Einbindung von Hebammen in die vorgeburtliche Versorgung sollen die Potenziale zur Stärkung der physiologischen Verläufe von Schwangerschaft und Geburt noch besser genutzt werden.

Die Gespräche mit den AkteurInnen haben gezeigt, dass bereits Ansätze zur Zusammenarbeit bestehen, fehlende Strukturen bezgl. z.B. Kommunikation, Verantwortlichkeiten oder Honorierung diese Kooperationsansätze jedoch erschweren oder sogar zum Scheitern bringen, wobei für die Vergütungsfrage der Schwangerenvorsorge nach Mutterschaftsrichtlinien als ein möglicher Teilbereich einer gemeinsamen Betreuung inzwischen klärende Informationen vorliegen (84,85). In einem ersten Schritt sollte **eine formalisierte Willensbekundung zu einer wertschätzenden und respektvollen Zusammenarbeit** zwischen den Beteiligten

geschlossen werden. Hierzu zählen insbesondere sowohl freiberufliche als auch angestellte Hebammen, FrauenärztInnen, Kinder- und JugendärztInnen und die versorgenden Kliniken. Ziel der Zusammenarbeit ist es, die Zahl der physiologischen Geburten dort zu steigern, wo es medizinisch möglich ist, sowie den bestmöglichen Gesundheitsnutzen für die Frauen, Kinder und ihre Familien zu erreichen. Eine solche Vereinbarung kann zunächst auf Landesebene zwischen den Verbänden der FrauenärztInnen, Hebammen und Kinder- und JugendärztInnen geschlossen und interessierte Modellteilnehmende über die Verbände gewonnen werden. Darauf aufbauend kann dann bei der Umsetzung auf regionaler Ebene die Vereinbarung zwischen den AkteurInnen auf regionaler Ebene erfolgen. Alternativ können interessierte Teilnehmende auch direkt in den Regionen, z.B. über regionale Runde Tische, gewonnen werden und die Vereinbarung direkt zwischen den Teilnehmenden in der Region geschlossen werden.

Auf dieser Grundlage sollte in einem zweiten Schritt die konkrete Zusammenarbeit der Hebammen und FrauenärztInnen über den gesamten Betreuungsbogen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vereinbart werden. Aufbauend auf einem gemeinsam zu erarbeitenden Grundkonzept können auf regionaler Ebene regionale Besonderheiten und Bedarfe bei der Ausgestaltung berücksichtigt werden. Diese Zusammenarbeit kann idealerweise auf einer **Verpflichtung zur gegenseitigen, strukturierten Information über den gesamten Betreuungsverlauf** als einem Bestandteil dieses Grundkonzepts fußen. Probleme an den Schnittstellen wie unvollständige Informations- oder Datentransfers oder nicht abgestimmte Doppeluntersuchungen sollen so vermieden werden. Als Medium eignet sich hierzu besonders eine gemeinsame PatientInnenakte oder ein elektronischer Mutterpass, bei dem die (werdende) Mutter den Informationsprozessen zustimmt. Eine digitale Lösung muss mit der im Aufbau befindlichen Telematik-Infrastruktur interoperabel sein. Der vorhandene Mutterpass in Papierform kann alternativ oder übergangsweise genutzt werden. Er erleichtert die direkte Kommunikation nicht in gleicher Weise wie ein digitales Medium, ist aber dennoch für alle Beteiligten bei jedem Kontakt der Frau mit einem/einer LeistungserbringerIn zugänglich und einsehbar. Bei einer elektronischen Lösung kann die Frau darüber hinaus über eine App-Lösung die Möglichkeit erhalten, über einen gesicherten Kommunikationskanal mit dem/der sie betreuenden FrauenärztIn und Hebamme zu kommunizieren. In eine solche App können darüber hinaus weitere Funktionen (z.B. qualitätsgesicherte Information, Edukation etc.) integriert werden. Die Frau würde so noch stärker aktiv in die Versorgungsprozesse eingebunden, interdisziplinäre Zusammenarbeit würde tatsächlich gelebt. Ein Beispiel für bereits bestehende Apps wären z.B. die in Kooperation mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. entwickelte Mommy-App sowie Apps verschiedener Krankenkassen.

Die **inhaltliche Ausgestaltung der Versorgungsprozesse und Verantwortlichkeiten** kann auf Basis der Mutterschaftsrichtlinien (Betreuung während Schwangerschaft und Wochenbett) erfolgen sowie unter Hinzuziehung weiterer Empfehlungen zur evidenzbasierten Betreuung während der Schwangerschaft wie z.B. der aktuellen Empfehlungen der WHO (45), der des englischen *National Institute for Health Care and Excellence* (86) oder der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) (67). Beratend können auch Hebammen und FrauenärztInnen, die bereits in strukturierten Kooperationen arbeiten, hinzugezogen werden. So kann auf den Erfolgsfaktoren bereits bestehender Modelle aufgebaut werden. Ausgehend von der Option zwischen verschiedenen Geburtsorten wählen zu können (§24f SGB V) soll den Frauen eine **informierte Entscheidung auf Basis objektiver, konsistenter und verständlicher Information** ermöglicht werden. Aktuell gibt es noch keine deutschsprachigen evidenzbasierten Entscheidungshilfen, die dafür unterstützend genutzt werden können. Es wird daher empfohlen, dass Hebammen und FrauenärztInnen gemeinsam prüfen, welche

Empfehlungen sie geben und wie gelingen werden kann, dass die Schwangeren konsistente, niederschwellige und laienverständliche Informationen erhalten. Mit Blick auf die Inhalte können hier unterstützend die oben genannten Empfehlungen und Leitlinien herangezogen werden, das Beiblatt 1 zur Anlage 3 Qualitätsvereinbarung zum Hebammenhilfevertrag nach §134a SGB V, ebenso wie die unabhängigen Informationsangebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und gesundheitsinformation.de. Mit Blick auf eine verständliche Darstellung können die Hinweise aus dem Positionspapier *Gute Praxis Gesundheitsinformation* des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (87) genutzt werden sowie die Angebote zum Verfassen von Informationen in leichter Sprache des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (88) oder des BITV-Lotsen (www.bitv-lotse.de).

Die **Vernetzung mit der Klinik**, die über ein dem Schwangerschaftsverlauf entsprechendes Versorgungslevel verfügt, erfolgt über die rechtzeitige Vorstellung der Schwangeren in dieser Klinik, idealerweise in einer etablierten Sprechstunde. Es ist auch zu überlegen, wie ggf. bereits bestehende strukturierte Hebammensprechstunden hierfür genutzt werden können, zu denen dann je nach Risikokonstellation und Anliegen der Frau auch ÄrztInnen hinzugezogen werden. Diese Sprechstunden existieren heute an verschiedenen Kliniken, zum Beispiel als Bestandteil der Umsetzung des *Expertinnenstandards Physiologische Geburt*, als Bestandteil des Konzepts des Hebammenkreißsaals oder als beratendes Serviceangebot der Klinik, das gleichzeitig der Anmeldung zur Geburt dient. Als erfolgreiches Beispiel kann hier u.a. die Hebammensprechstunde am HELIOS Klinikum Pforzheim genannt werden. Darüber hinaus ist denkbar, über strukturierte Kommunikations- und Austauschprozesse zwischen ambulanten und stationären Betreuungssettings eine professionelle Zusammenarbeit zu optimieren, die nicht jedes Mal eine Anwesenheit der Schwangeren in einer (weiter entfernten) Klinik erforderlich machen würde. Dies kann durch digitale Lösungen wie die Nutzung einer gemeinsamen elektronischen Patientenakte, Tele-CTG oder Tele-Sonografie ermöglicht werden.

Für eine stärkere Transparenz der Qualität der Angebote kann ein Konzept für ein **Auszeichnungsmodell** entwickelt werden, das denjenigen ein Siegel verleiht, die sich zur Mitarbeit nach den vereinbarten Grundsätzen des Modells verpflichten.

Perspektivisch bieten sich gemeinsame Qualitätszirkel sowie **interdisziplinäre Fortbildungen und/oder Fachtagungen** an, um einen stetigen Austausch zwischen den Beteiligten sowie eine kontinuierliche und an die regionalen Bedarfe angepasste Weiterentwicklung der Rahmenvereinbarung zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit zu gewährleisten. Solche Foren bieten Raum zum persönlichen Kennenlernen, zum Austausch von Erfahrungen, gegenseitigem Lernen sowie zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen.

Angesichts der Tatsache, dass aktuell nur allgemeine Daten über bestimmte Interventionen (z.B. Kaiserschnitte, Geburtseinleitungen) erhoben und damit der Gesamtprozess nur punktuell beschrieben und evaluiert werden kann, wird eine **gemeinsame Entwicklung von Indikatoren bezogen auf die Qualitätssicherung des Gesamtprozesses** empfohlen. Um diese Kennzahlen für Qualitätsverbesserungen und die Weiterentwicklung des Modells nutzbar zu machen, sollten diese strukturiert erfasst, regelmäßig ausgewertet und den Modellteilnehmenden in aussagekräftiger Form zur Verfügung gestellt werden.

Tab. 1 Empfehlung 5.1 Rahmenvereinbarung zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen

Ziel	<p>Vernetzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit der AkteurInnen v.a. vor und nach der Geburt</p> <p>Vernetzung mit Geburtsort / Klinik</p> <p>Empowerment der Frauen</p>
Handlungsfelder	<p>Kooperation & Vernetzung ausbauen</p> <p>Betreuungskonzepte weiterentwickeln</p> <p>Frauen und ihre Familien kompetent machen (Patient Empowerment)</p>
Kernelemente	<p>Formale Vereinbarung (erst übergeordnet, dann regional) zur Zusammenarbeit</p> <p>Verpflichtung zu strukturiertem, regelhaftem Informationsaustausch</p> <p>Vereinbarung zu Inhalten und Verantwortlichkeiten</p> <p>Frühzeitige Information der Frau über Betreuungsangebote</p> <p>Frühzeitige Einbindung von Hebammen und FrauenärztInnen in die vorgeburtliche Betreuung</p> <p>Konsistente und verständliche Information gegenüber den Frauen auf Basis abgestimmter Entscheidungshilfen</p> <p>Regelmäßiger Kontakt zum Geburtsort (i.d.R. Klinik, v.a. bei Risikoschwangeren)</p> <p>Digitale Lösungen zur Unterstützung der Kommunikation (elektronische Akte, telemedizinische Elemente)</p> <p>Evaluation anhand abgestimmter Qualitätsindikatoren, regelmäßige Qualitätszirkel, interdisziplinäre Fachtagungen</p>
Zentrale Beteiligte	<p>Berufsverbände (FrauenärztInnen, Hebammen, Kinder- und JugendärztInnen), Kliniken</p> <p>LeistungserbringerInnen in den Regionen (v.a. niedergelassene FrauenärztInnen und Kinder- und JugendärztInnen, freiberufliche Hebammen, aber auch stationär tätige Hebammen und FrauenärztInnen)</p> <p>Fachgesellschaften (evidenzbasierte Entscheidungshilfen)</p>

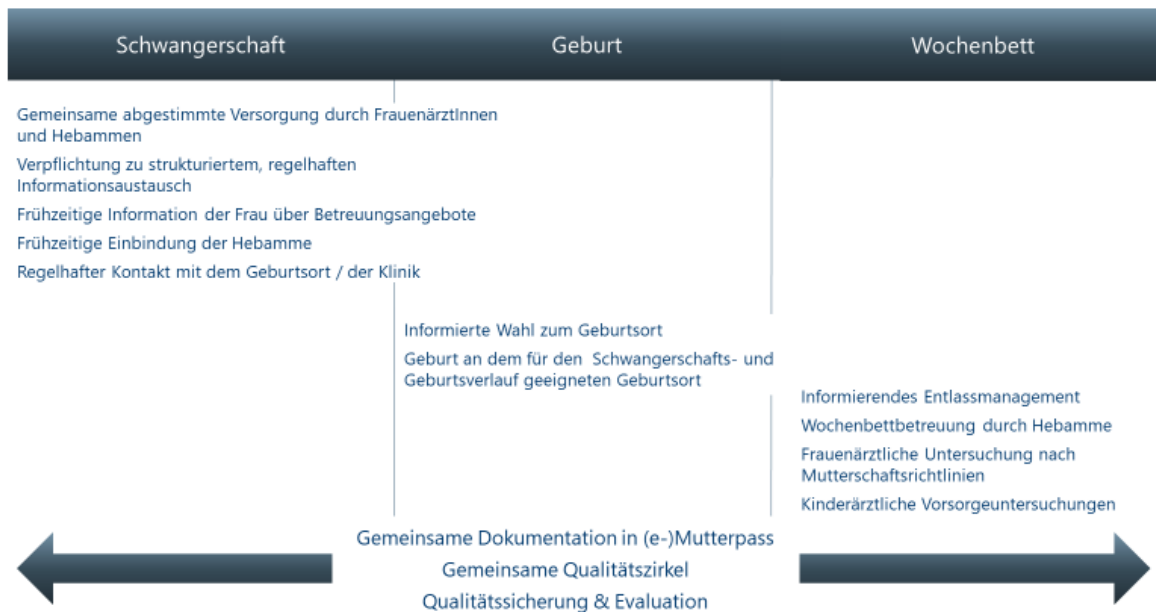


Abb. 3 Zentrale Aspekte der Rahmenvereinbarung zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen

5.1.1. Präventionspotenzial identifizieren

Optional kann in der Rahmenvereinbarung der Präventionsaspekt noch stärker verankert werden. Vor dem Hintergrund der Förderung der physiologischen Verläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, wird empfohlen, gesundheitsförderliche und Präventionspotenziale bereits von Beginn der Schwangerschaft an verstärkt zu nutzen. Die Betreuung soll an der individuellen Situation der Frau ansetzen und der ihrer Situation entsprechende optimale Betreuungsweg gefunden werden.

Über die Mutterschaftsrichtlinien als rechtliche Grundlage der Leistungserbringung im Rahmen der Schwangerenvorsorge werden **psychosoziale und lebensstilbezogene Risiken** nur grob erfragt, handlungsleitende Vorgaben bei Vorliegen entsprechender Risiken fehlen. Vor diesem Hintergrund sollte ein **zusätzlicher Anamnesebogen** zur Identifikation dieser insbesondere auch für Früh- und Mangelgeburten als relevant diskutierten Risiken entwickelt werden. Dies sollte unter Einbindung von VertreterInnen der beteiligten Leistungserbringenden geschehen. Dabei können bereits bestehende Ansätze als Orientierung bzw. Grundlage dienen. Zu nennen wären in diesem Zusammenhang zum Beispiel die Fragebögen, die im Rahmen des Modellprojekts Frühe Hilfen der KVBW (<https://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/fruehe-hilfen/>) eingesetzt werden, oder aus laufenden Innovationsfondsprojekten wie GeMuKi (<https://www.pebonline.de/projekte/ge-muki/>) oder Mind:Pregnancy (<https://mindpregnancy.de/>).

Dieser Anamnesebogen wird regelhaft beim Erstkontakt in der Schwangerschaft von dem/der FrauenärztIn oder der Hebamme (je nachdem, wen die Frau in der Schwangerschaft zuerst aufsucht) gemeinsam mit der Frau ausgefüllt, bei jedem weiteren Kontakt können neu erkannte Bedarfe dokumentiert werden. Mit dem Einverständnis der Frau sollte die Dokumentation für die/den jeweils mitbetreuende/n Hebamme/FrauenärztIn

einsehbar sein. Erfolgt der Erstkontakt bei dem/der FrauenärztIn bietet sich analog zur Rahmenvereinbarung zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen (Maßnahme 5.1.) eine **frühzeitige Einbindung einer Hebamme** in die Betreuung während der Schwangerschaft in besonderem Maße an. Gerade bei Risikokonstellationen ist es wichtig, den Blick auf die Ressourcen der Frau und die weiterhin unauffällig verlaufenden Prozesse zu bewahren, hierfür sind Hebammen ausgebildet. Sie verfügen außerdem über die Option der aufsuchenden Betreuung auch in der Schwangerschaft, die gerade für die Einschätzung und Einbindung des lebensweltlichen Kontexts der Schwangeren hilfreich sein kann. Erfolgt der Erstkontakt über die Hebamme, sollte die Schwangere gleichermaßen über die Option der frühzeitigen Einbindung des/der FrauenärztIn in die vorgeburtliche Betreuung informiert werden, bei Vorliegen von der Physiologie abweichenden Verläufen ist die Hinzuziehung des Arztes/der Ärztin durch die Hebammenberufsordnung festgelegt (89).

Die Schwangerenvorsorge nach Mutterschaftsrichtlinien hat das vorrangige Ziel, Risikoschwangerschaften und Risikogeburten frühzeitig zu erkennen, mit diesem Instrument kommt ein weiteres Risiko-Screening hinzu. Daher gilt es gerade auch bei Frauen ohne oder nur mit geringem Risiko darauf zu achten, den Fokus auf das Gesunde zu legen, denn solange keine Komplikation vorliegt, handelt es sich um eine physiologische Schwangerschaft. Eine intensivierete Versorgung dieser Gruppe, wie sie in einigen Bereichen heute stattfindet (59) gilt es zu vermeiden. Eine intensivierete Diagnostik und Therapie sollten nur bei medizinisch begründetem Bedarf stattfinden. Es gilt außerdem eine Stigmatisierung der Schwangeren zu vermeiden, ihre **Ressourcen zu identifizieren und zu betonen**. Die Art und Weise, in der mit der Frau (und ggf. ihrem Partner/ihrer Partnerin) kommuniziert wird, ist dabei nicht zuletzt für die Adhärenz von großer Bedeutung. Vor diesem Hintergrund können **Schulungen in motivierender Gesprächsführung und Risikokommunikation** für die Hebammen und Ärzte sehr gut unterstützen. Auch gibt es im Rahmen des o.g. Modellprojekts Frühe Hilfen der KV BW bereits Vorbilder und Strukturen, auf die ggf. zurückgegriffen werden kann.

Auf Grundlage der Anamneseerhebung sind strukturierte **Betreuungs- und Präventionspfade unter Einbindung regional bereits vorhandener Strukturen und Angebote** zu entwickeln (Abb. 4). Beispiele wären hier die Frühen Hilfen, Schwangerschafts- und Suchtberatungsstellen, regionale und digitale Präventionsangebote der Krankenkassen, das schwangerschaftsspezifische online Sucht-Programm IRIS, aber auch laufende Innovationsfondsprojekte wie GeMuKi oder Mind:Pregnancy. Bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in Abhängigkeit von den erhobenen Befunden kann zum Beispiel die interdisziplinär erarbeitete niederländische „Indikationsliste“ (90) als Orientierung dienen, die dort zwar keine gesetzliche Weisungskraft hat, aber landesweit als bindender Leitfaden akzeptiert wird. Um den Erfolg der Einsteuerung in präventive Unterstützungsangebote zu stärken, sollte die Nutzung der empfohlenen Angebote regelmäßig nachgehalten werden. Bei der Weitergabe von Daten im Zuge der Einbindung regionaler Unterstützungsangebote ist auf datenschutzrechtliche Vorgaben zu achten. Die Entscheidung, welche Daten mit welchen LeistungserbringerInnen geteilt werden, sollte bei der Frau liegen. Bei Durchführung interdisziplinärer Fallbesprechungen sollte auf anonymisierte Falldarstellungen geachtet werden.

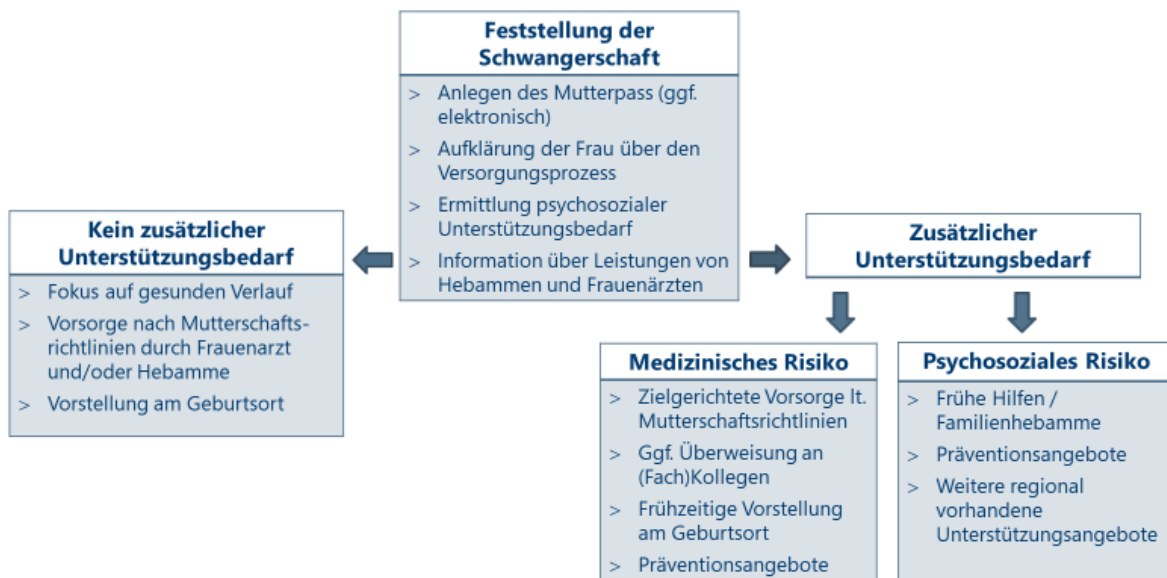


Abb. 4 Beispiel für Ablauf vorgeburtliche Versorgung mit zusätzlichem Anamnesebogen

Zur Unterstützung der Hebammen und ÄrztInnen bei der Einsteuerung in die Unterstützungsangebote ist die Entwicklung **regionaler digitaler Atlanten**, in denen die jeweiligen Unterstützungsangebote einschließlich Kontaktdaten der Ansprechpartner aktuell verfügbar sind, eine wichtige Arbeitshilfe. Für die Frauen stellen sie darüber hinaus ein hilfreiches Informationsangebot dar, das sich direkt auf ihren Wohnort bezieht. Für verschiedene Regionen Baden-Württembergs gibt es bereits unterschiedlich umfassende Angebote, auf denen aufgesetzt werden kann. Damit ein solcher digitaler Atlas seinen Nutzen entfalten kann und angenommen wird, ist ein gut strukturierter Aufbau sowie insbesondere die Aktualität und damit eine regelmäßige Pflege der Daten entscheidend.

Auch für diese Maßnahme wird eine gemeinsame **Entwicklung von Indikatoren bezogen auf die Qualitätssicherung des Gesamtprozesses** empfohlen. Um die entsprechenden Kennzahlen für die individuellen Modellteilnehmer nutzbar zu machen, müssen sie strukturiert erfasst, regelmäßig ausgewertet und in aussagekräftiger Form den Modellteilnehmenden zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus kann erwogen werden, bestimmte Ergebnisse auch öffentlich, in laienverständlicher Form, z.B. über den Gesundheitsatlas Baden-Württemberg, zugänglich zu machen.

Tab. 2 Empfehlung 5.1.1 Präventionspotenziale identifizieren

Ziel	<p>Präventionspotenziale identifizieren und nutzen</p> <p>Bedarfsgerechte, risikoadaptierte Versorgung</p> <p>Frühzeitige Einbindung von Risikogruppen in psychosoziale und lebensstilbezogene Unterstützungsangebote</p>
Handlungsfelder	<p>Betreuungskonzepte weiterentwickeln</p> <p>Kooperation & Vernetzung ausbauen</p> <p>Frauen und ihre Familien kompetent machen (Patient Empowerment)</p>
Kernelemente	<p>Standardisierter, erweiterter Anamnesebogen zur Identifikation des psychosozialen und lebensstilbezogenen Unterstützungsbedarfs</p> <p>Frühzeitige Einbindung von Hebammen und ggf. weiteren Fachkräften in die Betreuung</p> <p>Ausgearbeitete Betreuungs- und Präventionspfade unter Einbindung regional vorhandener Angebote</p> <p>Schulungen der LeistungserbringerInnen in motivierender Gesprächsführung und Risikokommunikation</p> <p>Digitaler Regionalatlas Versorgungsangebote</p> <p>Evaluation anhand abgestimmter Qualitätsindikatoren</p>
Zentrale Beteiligte	<p>Berufsverbände (Hebammen, FrauenärztInnen)</p> <p>LeistungserbringerInnen</p> <p>Fachgesellschaften (Entwicklung von Entscheidungshilfen)</p> <p>Krankenkassen</p>

5.2. Lokales Gesundheitszentrum (LGZ) mit Fokus auf geburtshilflicher Versorgung

Insbesondere, aber nicht nur für ländliche Regionen ist unter Bündelung der Ressourcen eine integrierte, multiprofessionelle Versorgung eine geeignete Lösung. In Anlehnung an die Empfehlungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wird daher die Einrichtung und Erprobung eines **lokalen Gesundheitszentrums (LGZ)** empfohlen (91), dessen primärer Fokus auf der geburtshilflichen und ggf. pädiatrischen Versorgung liegt⁴.

Vor dem Hintergrund, dass für ÄrztInnen Anreize wie familienfreundliche und geregelte Arbeitszeiten, Teilzeitarbeit, Freihalten von unternehmerischer Belastung sowie die Arbeit im Team als Qualitätskriterien für einen Arbeitsplatz immer wichtiger werden (39,40), bietet sich die Organisation der ärztlichen Versorgung (FrauenärztInnen, Kinder- und JugendärztInnen, ggf. weitere Fachdisziplinen) in Form eines MVZ an. Sowohl eine ärztliche als auch eine kommunale Trägerschaft oder eine Trägerschaft durch ein Krankenhaus sind dabei denkbar. Hebammen könnten sich in dem LGZ entweder mit einer Praxis oder auch einem Geburtshaus organisieren. Weitere Professionen könnten sich ebenfalls mit eigener Praxis ansiedeln, an eine ärztliche oder Hebammenpraxis angliedern (angestellt oder als KooperationspartnerInnen) oder von der Kommune angestellt werden.

Neben der vor- und nachgeburtlichen Betreuung kann von den dort tätigen Hebammen und FrauenärztInnen auch **Geburtshilfe** angeboten werden. Dies kann in Form von außerklinischer Geburtshilfe geschehen, wenn entsprechende Voraussetzungen für die Verlegung in eine Klinik gegeben sind. Ebenfalls können durch Beleghebammen und/oder BelegärztInnen begleitete klinische Geburten angeboten werden, wenn ein Standort in räumlicher Nähe zu einer Belegklinik gewählt wird. Eine weitere wichtige Voraussetzung für dieses Angebot ist das Finden von Wegen für eine mindestens mittelfristig planbare Absicherung gegen die steigenden Haftpflichtkosten für Hebammen und FrauenärztInnen, die diese Geburtshilfe anbieten möchten. Unabhängig vom Standort und vom Angebot der Geburtshilfe sollte eine regelhafte Zusammenarbeit mit Kliniken verschiedener Versorgungsstufen in der Region etabliert werden, um einen reibungslosen Übergang zwischen den Sektoren zu gewährleisten. Dies kann analog zur Rahmenvereinbarung zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen (Empfehlung 5.1.) über die rechtzeitige Vorstellung der Schwangeren in der ihrem Schwangerschaftsverlauf entsprechenden Klinik erfolgen, sowie durch strukturierte Kommunikations- und Austauschprozesse zwischen ambulanten und stationären Betreuungssettings, die nicht jedes Mal eine Anwesenheit der Schwangeren in einer (weiter entfernten) Klinik erforderlich machen. Diese können durch digitale Lösungen wie die Nutzung einer gemeinsamen elektronischen Patientenakte, Tele-CTG oder Tele-Sonografie ermöglicht werden.

Schwangere, die das LGZ zur **vorgeburtlichen Betreuung** aufsuchen, werden regelhaft über das Versorgungsangebot von FrauenärztInnen und Hebammen informiert und erhalten das Angebot einer gemeinsamen Betreuung während der Schwangerschaft. Zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit entwickeln die LeistungserbringerInnen gemeinsam ein konsentiertes Verfahren. Bei gemeinsamer Betreuung von Frauen sollten interdisziplinäre Fallbesprechungen etabliert werden. Empfohlen wird eine Zusammenarbeit analog zur

⁴ Außerhalb des Fokus dieses Berichts könnte auch daran gedacht werden, dass dieses Lokale Gesundheitszentrum darüber hinaus weitere Versorgungsschwerpunkte abdeckt, so könnte sich ganz generell die Frauen- und/oder Familiengesundheit anbieten. Der geburtshilfliche Teil könnte aber auch abhängig von der lokalen Konstellation nur einen Teilaspekt einer regionalen primärärztlichen Versorgung insgesamt darstellen. Auf diese Aspekte soll hier aber nicht weiter eingegangen werden.

Rahmenvereinbarung zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen (Empfehlung 5.1.). Bei der vorgeburtlichen Betreuung sollte analog der Empfehlung 5.2. ein zusätzlicher Anamnesebogen zur Abklärung psychosozialer und lebensstilbezogener Risiken eingesetzt werden, einschließlich anlassbezogener Einsteuerung in geeignete Betreuungs- und Präventionspfade unter Einbindung regional vorhandener und digitaler Angebote. International hat sich seit einigen Jahren neben der individuellen Schwangerenvorsorge ein Modell zur Schwangerenvorsorge in der Gruppe entwickelt und wird mittlerweile in verschiedenen Leitlinien empfohlen (45,92). Die Gruppenvorsorge kombiniert Schwangerenvorsorge und Geburtsvorbereitung, setzt stark auf die aktive Einbindung der Schwangeren und hat gerade auch bei vulnerablen Gruppen zu positiven Ergebnissen geführt (93,94). Darüber hinaus können in einem solchen Modell Ressourcen gebündelt, die Expertise der Frauen noch effektiver eingebunden und soziale Netzwerke gestärkt werden (92). Diese Idee zur vorgeburtlichen Betreuung könnte ebenfalls im LGZ aufgegriffen werden.

Die **nachgeburtliche Betreuung** wird regelhaft durch eine aufsuchende Wochenbettbetreuung gewährleistet. Da der Bedarf von den Hebammen des LGZ nicht vollständig zu decken sein wird, sollten die Rahmenbedingungen für eine Vermittlung an weitere Hebammenkolleginnen geschaffen werden. So könnte z.B. ein Netzwerk aufgebaut werden, über das eine digitale Plattform zur Verfügung gestellt wird, auf der Hebammen sich selbstständig eintragen, wenn sie noch freie Betreuungskapazitäten haben. Als erfolgreiches Beispiel kann hier das Hebammennetzwerk in Sachsen dienen (www.hebammen-sachsen.de). Für Notfälle und für Zeiten, in denen erfahrungsgemäß besonders häufig Versorgungsengpässe zu erwarten sind (Ferienzeiten, Feiertage), könnte darüber hinaus ein Hebammenbereitschaftsdienst (mit Dienstplan) organisiert werden. Die Hebammen besuchen die frisch aus der Klinik entlassene Wöchnerin tage- oder wochenweise. Frauen, die keine Hebamme gefunden haben, erhalten so direkt nach der Entlassung aus der Klinik noch eine Basisversorgung. Für die Bereitschaft würde eine Grundvergütung gewährt, die Abrechnung der nachgeburtlichen Leistungen erfolgte über den Hebammenhilfevertrag nach §134a SGB V (95). Nachgeburtliche Angebote, die über die klassische aufsuchende Wochenbettbetreuung hinausgehen, wie beispielsweise eine Wochenbett-Sprechstunde, die von den Wöchnerinnen aufgesucht werden kann, sind darüber hinaus ebenso denkbar wie Angebote, die dem Austausch der Wöchnerinnen untereinander und dem Aufbau sozialer Netzwerke dienen, wie zum Beispiel Elterntreffs, Stillcafés, u.ä. können ebenfalls in den Räumlichkeiten des LGZ angeboten werden.

Zur gezielten Unterstützung vulnerabler Gruppen wird in Anlehnung an das mit dem Großen Präventionspreis 2015 ausgezeichnete Freiburger Modellprojekt *Gemeinsam gegen Kinderarmut* (96) empfohlen, eine Stelle für einen Mitarbeitenden der Frühen Hilfen mit Präsenzzeiten im LGZ zu schaffen. In dem genannten Modellprojekt konnten über die direkte Verortung eines Angebots der Frühen Hilfen in einer Kinder- und Jugendarztpraxis junge Familien mit einem psychosozialen Hilfebedarf erreicht werden, die sonst kaum Kontakt zum Hilfenetzwerk fanden. Wurde ein Unterstützungsbedarf durch die Kinder- und JugendärztInnen über den pädiatrischen Anhaltsbogen der Frühen Hilfen ermittelt, konnte das (durchschnittlich etwa einstündige) Beratungsgespräch direkt im Anschluss an das ärztliche Gespräch durch die vor Ort verfügbare Mitarbeiterin geführt werden. Die Evaluation des Projekts zeigte, dass deutlich mehr Frühe Hilfen vermittelt und die Kinder- und JugendärztInnen darüber hinaus stark entlastet wurden (ebd.). Diese/r Mitarbeitende der Frühen Hilfen könnte gleichermaßen für die Beratungen der im Rahmen der Empfehlung 5.1.1 identifizierten Schwangeren mit psychosozialen Unterstützungsbedarf tätig werden, wodurch die betroffenen Familien bereits in der Schwangerschaft von den Hilfsangeboten profitieren könnten. Darüber hinaus wäre mit einem erneuten Screening auf Unterstützungsbedarf nach der Geburt eine noch höhere Kontinuität gewährleistet.

Um sowohl die Frauen und ihre Familien als auch die LeistungserbringerInnen gerade bei komplexen Verläufen in einer reibungslosen Versorgung zu unterstützen, wird optional die Etablierung einer koordinierenden Stelle im LGZ empfohlen. Im Sinne eines **Case Managements** kann über diese Stelle eine frauen- und familienzentrierte Versorgung, auch über die Sektorengrenzen hinweg gefördert werden, es können Termine koordiniert, Kontakte hergestellt und notwendige Versorgungsschritte eingeleitet werden. Auch die Koordination des Hebammennetzwerks und der ambulante Hebammen-Bereitschaftsdienst zur nachgeburtlichen Betreuung könnte von dieser Stelle koordiniert werden, ebenso wie z.B. bei Bedarf die Beratung und Unterstützung der Frauen bei der Inanspruchnahme von Mütterpflegeangeboten nach der Geburt, die mit einem Antrag auf Haushaltshilfe bei den Krankenkassen beantragt werden und die Wochenbettbetreuung durch Hebammen ergänzen können.

Die Zentralisierung des Versorgungsangebots geht ggf. mit weiteren Wegen für die Frauen und ihre Familien einher. Das bedeutet, dass für diejenigen, die das LGZ nicht mit eigenen Transportmitteln aufsuchen können, ein **öffentliches Verkehrsnetz** mit geeigneten Fahrplänen oder Sonderformen des öffentlichen Personenverkehrs (wie etwa Anruftaxis, Bürgerbus) benötigt werden.

Seitens des Landes Baden-Württemberg empfehlen wir hierzu die **Ausschreibung einer Konzeptentwicklung** und **Ko-Finanzierung einer Start- und Erprobungsphase**. Die Ausschreibung sollte über die regionalen Gesundheitskonferenzen und die Berufsverbände beworben werden. Zur Sicherung der Qualität sowie zur Gewinnung von Erkenntnissen zur Weiterentwicklung des Konzepts empfehlen wir die verpflichtende gemeinsame Antragstellung durch ein Konsortium aus FrauenärztInnen und Hebammen zusammen mit einer qualifizierten Einrichtung für die Organisationsentwicklung und das Management sowie einer qualifizierten Stelle für die wissenschaftliche Evaluation.

Tab. 3 Empfehlung 5.2 Lokales Gesundheitszentrum (LGZ) mit Fokus geburtshilfliche Versorgung

Ziel	Kontinuierliche Betreuung von Frauen vor, während und nach der Geburt Umfassendes geburtshilfliches Angebot unter einem Dach Stärkung der normalen Verläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
Handlungsfelder	Kooperation & Vernetzung ausbauen Betreuungskonzepte weiterentwickeln Frauen und ihre Familien kompetent machen (Patient Empowerment)
Kernelemente	Ambulante geburtshilfliche Versorgungsleistungen von Hebammen, FrauenärztInnen und Kinder- und JugendärztInnen und ggf. weiterer Professionen unter einem Dach Ggf. Zusammenarbeit zwischen Hebammen und FrauenärztInnen nach der Rahmenvereinbarung zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen (Empfehlung 5.1.) Präventionspotenziale identifizieren (s. Empfehlung 5.2.) Regelhafter Kontakt zum Geburtsort (i.d.R. Klinik, v.a. bei Risikoschwangeren) Digitale Lösungen zur Unterstützung des Kommunikationsaustauschs Plattform Hebammennetzwerk für die Wochenbettbetreuung

	Hebamme (oder andere Person) als LotsIn für die gesamte geburtshilfliche Betreuung
	Regelmäßige Qualitätszirkel, Evaluation anhand abgestimmter Qualitätsindikatoren
Zentrale Beteiligte	LeistungserbringerInnen (insbes. FrauenärztInnen, Hebammen, Kinder- und JugendärztInnen)
	Landesregierung, Landkreise, Kommunen
	Kassenärztliche Vereinigung
	Krankenkassen
	Qualifiziertes Institut zur wissenschaftlichen Evaluation mit entsprechendem Data-Warehouse und Datenschutzkonzept

5.3. Mitarbeiter- und familienfreundliche Geburtshilfe in den Kliniken

Eine Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie eine Reduktion der Pathologisierung des Geburtsvorgangs sind nicht nur wichtige Bausteine einer effektiven Versorgung (2), sondern können ebenso zur Attraktivität des Arbeitsplatzes Kreißaal sowohl für Hebammen als auch für ÄrztInnen beitragen. Ein konstruktiver Dialog mit allen Beteiligten kann für die erforderlichen Veränderungen förderlich sein. Baden-Württemberg hat im Zeitraum von März 2014 bis Dezember 2015 mit der **Kampagne zur Stärkung der natürlichen Geburt** bereits einen Grundstein gelegt. Dabei wurde zum einen werdenden Eltern im Rahmen einer Informationskampagne die Geburt als natürlicher Vorgang nahe gebracht mit dem Ziel, die persönliche Entscheidungsfähigkeit der werdenden Eltern zu stärken. Zum anderen wurde der Dialog zwischen Krankenhäusern, freiberuflichen Hebammen und niedergelassenen FrauenärztInnen im Rahmen von vier regionalen Fachkonferenzen initiiert, mit dem Ziel, die gegenseitige Akzeptanz und die Kooperation zu fördern.

Aufbauend auf diesen Vorarbeiten wird eine Weiterentwicklung der Kampagne und des Dialogs empfohlen. Als Vorbild kann hier das Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt dienen (www.natuerliche-geburt.net), einem Netzwerk aus ÄrztInnen, Hebammen, Krankenkassen sowie gesundheits- und frauenpolitischen AkteurInnen, die gemeinsam landesweite Empfehlungen zur Unterstützung der natürlichen Geburt erarbeitet und herausgegeben haben (69). Diese Empfehlungen richten sich an Träger von Geburtshilfeeinrichtungen, an die verschiedenen an der Geburtshilfe beteiligten Gesundheitsberufe, die Berufsverbände, an Experten aus Gesundheits- und Familienpolitik sowie an VertreterInnen von Kostenträgern. Die Empfehlungen wurden von den meisten Kliniken aufgenommen und dem Bündnis ist es nach Abschluss der Kampagne gelungen, den Austausch zu verstetigen, das Vertrauen zwischen den Beteiligten zu stärken und einzelne Kooperationsprojekte im klinischen Bereich zu initiieren (H. Schiffling, persönliche Mitteilung, Jan. 2019). Die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen (Räumlichkeiten, Materialien, Moderation) sowie die Koordination der verschiedenen Aktivitäten (Organisation und Auswertung von Sitzungen, Einleitung der jeweils nächsten Schritte) wurden in dem Bremer Projekt gemeinsam von Gesundheitsressort der Senatorin für Gesundheit und der Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF) übernommen. Diese Schnittstellenrolle hat sich elementar für das Funktionieren und zielorientierte Arbeiten eines Netzwerks aus vielen unterschiedlichen Institutionen erwiesen, sie wäre von keiner beteiligten Institution in Eigenregie zu stemmen gewesen.

Die konkrete Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen und der Einsatz von Personal sowie die Personalplanung und -entwicklung unterliegen der Organisationshoheit der Krankenhäuser. Um den Teufelskreis aus Arbeitsverdichtung und Personalmangel zu durchbrechen, suchen die Kliniken jeweils für sich nach Wegen, ihre Mitarbeitenden zu entlasten, Arbeitsprozesse umzugestalten, neues Personal zu gewinnen und bestehendes zu halten (97–99). Eine interessante Möglichkeit scheint uns die Erprobung eines dualen Führungsmodells von geburtshilflichen Abteilungen in Krankenhäusern aus FrauenärztInnen und Hebammen zu bieten. Um gelungene und zukunftsweisende Ideen und Projekte zu honorieren und bekannter zu machen, wird die Ausschreibung eines **Preises für eine ‚Mitarbeiterfreundliche und familienorientierte Geburtshilfe‘** durch das Land Baden-Württemberg empfohlen. So kann ein Zeichen gesetzt werden, um die klinische Versorgung in der Geburtshilfe nachhaltig zu verbessern. Es wird ein Anreiz geschaffen, Transparenz und Qualität von mitarbeiterorientierten und familienzentrierten Konzepten zu erhöhen und ihre Weiterentwicklung zu fördern. Gleichzeitig können sich die Kliniken mit der Auszeichnung für potenzielle Bewerber am Markt positionieren. Die Jury könnte aus VertreterInnen der am Runden Tisch vertretenen Verbände und Institutionen und/oder Mitgliedern des Koordinationsbüros Sektorenübergreifende Geburtshilfe zusammengesetzt sein. Diese Initiative kann auch als Basis für den Aufbau eines Netzwerks genutzt werden, in dem sich geburtshilfliche Kliniken über Erfolgsmodelle und Barrieren zur Verbesserung der Arbeitssituation in den geburtshilflichen Abteilungen regelmäßig austauschen und vernetzen können.

Tab. 4 Empfehlung 0 Mitarbeiter- und familienfreundliche Geburtshilfe

Ziel	Reduktion der Arbeitsverdichtung / Verbesserung der Arbeitsbedingungen Wertschätzende interdisziplinäre Zusammenarbeit Reduktion der Pathologisierung des Geburtsvorgangs
Handlungsfelder	Kooperation & Vernetzung ausbauen Ressourcen sichern
Kernelemente	Bündnis zur Entwicklung landesweiter Empfehlungen zur natürlichen Geburt (Weiterentwicklung der Kampagne von 2014) Ausschreibung eines Preises ‚Mitarbeiter- und familienfreundliche Geburtshilfe‘
Zentrale Beteiligte	VertreterInnen der ambulant tätigen FrauenärztInnen und Hebammen, VertreterInnen der Kliniken VertreterInnen des Ministeriums für Soziales und Integration ElternvertreterInnen VertreterInnen der Krankenkassen BWKG

5.4. Förderung von Neu- und Wiedereinstieg

Die Voraussetzung für eine nachhaltige Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung ist die **Sicherstellung der kontinuierlichen Ausbildung von Nachwuchskräften**. Für die ärztliche Ausbildung ist eine Aufstockung der Zahl der Medizinstudienplätze in Baden-Württemberg um 150 Plätze geplant, verteilt auf die fünf Universitätskliniken im Land (41). Darüber hinaus stehen in Baden-Württemberg nach der Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung gemäß §75a SGB V 132 Stellen für grundversorgende FachärztInnen, zu denen auch Frauen- und Kinder- und JugendärztInnen gehören, zur Verfügung. Für AllgemeinmedizinerInnen ist die Zahl der Weiterbildungsstellen nicht begrenzt. Eine Stelle entspricht dabei einer Vollzeitstelle mit einer Anstellungsdauer von 12 Monaten im Kalenderjahr (101). Die Altersstruktur der niedergelassenen Frauen- und Kinder- und JugendärztInnen sowie die Stellenbesetzungsprobleme in den Kliniken (vgl. Abschnitt 3.2.4) verdeutlichen, dass **Maßnahmen zur Attrahierung von Fachpersonal erforderlich sind**, insbesondere für Standorte in ländlichen Regionen. Deutschlandweit werden mit Blick auf die nachkommende Ärztegeneration für Konzepte zur Attrahierung von ÄrztInnen in die ländlicheren Regionen verschiedene Ansätze erprobt. Insbesondere seit 2012 wurden mit dem Versorgungsstrukturgesetz viele Regelungen neu eingeführt oder verändert, um Anreize zu setzen, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen (102). Neben finanziellen Anreizen für PraxisgründerInnen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in zahlreichen Bundesländern (darunter auch Baden-Württemberg), gehen einzelne Orte auch neue Wege, um gerade die Schlüsselanreize für junge ÄrztInnen wie geregelte Arbeitszeiten, freihalten von unternehmerischer Belastung (Investitionskosten, Organisationslast) für sich zu nutzen. Im Kinzigtal (Ortenaukreis) wurde ein Förderprogramm für junge ÄrztInnen initiiert, die ein garantiertes Gehalt auf der Basis des Tarifgehalts der Kliniken auch für die Weiterbildungszeit in der niedergelassenen Praxis erhalten, wenn sie ihre Assistenzzeit in der Region verbringen. Das Ziel dabei ist, die WeiterbildungsassistentInnen in der Region zu halten und nach Abschluss der Weiterbildung zur Übernahme einer Praxis zu bewegen. Dieses Modell ist aber, wie auch das baden-württembergische Modell des Kompetenzzentrums Weiterbildung (<https://www.allgemeinmedizin-bw.de/kompetenzzentrum-kwbw/>), auf die Förderung von AllgemeinärztInnen konzentriert. Es bietet sich daher ein Modell an, das durch eine/n übergeordneten AnsprechpartnerIn in der Region gezielt auch für die geburtshilfliche und pädiatrische ärztliche Weiterbildung in Verbindung von Kliniken und Niedergelassenen dem Bedürfnis der jüngeren Generation nach Unterstützung und Steuerung Rechnung trägt und sie, ggf. ergänzt um weitere lokale Anreize in Kooperation mit den Kommunen zur Steigerung der Standortattraktivität, von der Weiterbildung in die Niederlassung vor Ort führt (103).

Die Ausdehnung der Ausbildungskapazitäten für Hebammen wird in Baden-Württemberg ebenfalls vorangetrieben, in den nächsten Jahren ist eine Aufstockung der Ausbildungskapazitäten um 121 auf 601 Ausbildungsplätze geplant (1). Insgesamt gibt es bereits 75 ausbildungsintegrierende Studienplätze an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg sowie seit Oktober 2018 30 primärqualifizierende an der Universität Tübingen. Für die Weiterentwicklung der Hebammenausbildung ist es aus Sicht von OptiMedis sinnvoll, das Ziel einer Vollakademisierung zu verfolgen, nicht zuletzt weil eine Teilakademisierung des Berufes, wie sie für die Pflegeberufe formuliert wurde, aufgrund des Bildungsanspruchs, der in der EU-Richtlinie manifestiert wurde, keine echte Option darstellt (104). In jedem Fall sollte die geplante Ausgestaltung der Weiterentwicklung der Hebammenausbildung transparent und klar nach außen kommuniziert werden, um Planungssicherheit und verlässliche Entscheidungsgrundlagen für die bestehenden und zukünftigen Ausbildungsorte ebenso wie die

vorhandenen und zukünftigen Lehrenden und Lernenden zu schaffen. Um den komplexen Prozess der Weiterentwicklung nachhaltig zu gestalten, ist es wichtig die verschiedenen Perspektiven der relevanten Stakeholder zu kennen. Vor diesem Hintergrund wird die Verstärkung des Austauschs unter Einbindung des Ministeriums für Soziales und Integration, des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst, der Hochschulen, VertreterInnen der Hebammenschulen, der Hochschulen, des Hebammenberufsverbands, der wissenschaftlichen Fachgesellschaft der Hebammen sowie VertreterInnen der Anbieter der praktischen Ausbildungsanteile empfohlen.

Die Attrahierung potenzieller Nachwuchskräfte kann durch Anreize, die zunächst die **Aufnahme der Ausbildung bzw. des Studiums attraktiver machen**, unterstützt werden. Dies kann für Hebammen insbesondere vor dem Hintergrund sinnvoll sein, dass die Entfernung zum Ausbildungsort im Vergleich zu heute mittel- bis langfristig zunehmen wird, da mit der Verlagerung an die Hochschulen das Netz der Ausbildungsstätten weniger dicht sein wird. In einigen Landkreisen (u.a. Waldshut, Freudenstadt) wird die Aufnahme der Hebammenausbildung bereits jetzt durch finanzielle Zuschüsse zu Fahrt- und/oder Bücherkosten gefördert. In Landkreis Waldshut ist die Unterstützung daran gebunden, dass die Bewerberin aus dem Landkreis stammt. Vor dem Hintergrund, dass mehr als 60% der werdenden Hebammen planen, in dem Bundesland als Hebamme tätig zu werden, aus dem sie kommen (1), bietet dieser Ansatz dem Kreis die Chance, mittelfristig Hebammen für die Arbeit vor Ort zu gewinnen und so die Versorgung zu gewährleisten.

Die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten kann den Personalmangel kurzfristig nicht beheben. Mit der Akademisierung der Hebammenausbildung verlängert sich darüber hinaus die Ausbildungszeit, und damit die Zeit bis zum Eintritt in die Praxis dieser Berufsgruppe, von drei auf vier Jahre. Daher erscheint es sinnvoll, das **Potenzial bereits qualifizierter Hebammen besser zu nutzen**. Die Entwicklungen der letzten Jahre im Zusammenhang mit den Berufshaftpflichtprämien sowie die zunehmende Zuspitzung der Arbeitsverdichtung in der klinischen Geburtshilfe haben dazu geführt, dass Hebammen ihr Leistungsangebot verringert oder sich ganz aus dem Beruf zurückgezogen haben. Ein Wiedereinstieg in den Beruf (z.B. auch nach einer Elternzeit) ist bei mehr als 18monatiger Abstinenz mit dem Nachweis der nötigen Qualifikation nach dem jeweils aktuellen Stand der Hebammenwissenschaft verbunden (Vertrag nach §134a SGB V, Anlage 3). Dieser Nachweis kann in Form von fachspezifischen Fortbildungen, Hospitationen/Externaten oder auch durch eine Tätigkeit als zweite Hebamme bei außerklinischen Geburten erbracht werden. Je nach Art und Umfang der Wiederaufnahme der freiberuflichen Tätigkeit sind zahlreiche formale sowie betriebswirtschaftliche Aspekte zu klären. Um diesen Wiedereinstieg in die Geburtshilfe zu erleichtern, können flankierende Maßnahmen hilfreich sein. Beispielsweise könnten im Rahmen der Restrukturierung der Hebammenausbildung und -akademisierung die bereits zahlreich bestehenden Fortbildungsangebote gebündelt, ihre Eignung für den Wiedereinstieg geprüft und ggf. auch zertifiziert und neue Angebote konzipiert werden. Eine Kooperation mit relevanten Stakeholdern sowie die Beratung zu organisatorischen und rechtlichen Aspekten des Wiedereinstiegs könnte in diesem Rahmen mitgedacht werden. Des Weiteren könnte in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Hochschulen ein Konzept entwickelt werden, das Qualifikationsnachweise mit weiterqualifizierenden Angeboten verknüpft, wie z.B. Anerkennung bestimmter Fortbildungen für den Erwerb eines Bachelor- oder Masterabschlusses in Hebammenwissenschaft oder anderen Studiengängen. Mit solchen Angeboten kann die Attraktivität des Wiedereinstiegs über die Verknüpfung mit einer beruflichen Weiterqualifizierung weiter erhöht werden.

Voraussetzung für Hospitationen und Praktika im Zusammenhang mit dem Wiedereinstieg in den Beruf der Hebamme, aber auch für die praktische Ausbildung zur freiberuflichen Tätigkeit im Rahmen der primärqualifizierenden Ausbildung (Externat), sind ausreichend freiberufliche Hebammen erforderlich, die entsprechende Plätze anbieten („Externatshebammen“). Aktuell erfolgt dieses Angebot auf freiwilliger Basis ohne Vergütung. Es wird empfohlen, zu prüfen, wie eine **Vergütung dieser Ausbildungstätigkeit in der freiberuflichen Hebammenarbeit** nachhaltig erfolgen kann. Als Beispiel für ein Übergangsmodell kann die Förderung der Externatshebammen in Sachsen im Rahmen des Förderprogramms Heilberufe der Sächsischen Aufbaubank (SAB) dienen (<https://www.sab.sachsen.de/f%C3%B6rderprogramme/index.jsp>).

Tab. 5 Empfehlung 0 Förderung von Neu- und Wiedereinstieg

Ziel	Sicherstellung der ausreichenden Anzahl von Nachwuchskräften Steigerung der Berufsattraktivität Unterstützung bereits qualifizierter Hebammen beim Wiedereinstieg
Handlungsfeld	Ressourcen sichern
Kernelemente	Ausbau der Ausbildungskapazitäten von ÄrztInnen und Hebammen Stärkung der Förderung der Weiterbildung für grundversorgende FachärztInnen Standortattraktivität für Fachpersonal erhöhen Akademisierung der Hebammenausbildung Verstetigung des Austauschs zur Akademisierung unter Einbindung der für die Weiterentwicklung der Hebammenausbildung relevanten AkteurInnen Bündelung und Prüfung bestehender Fortbildungen auf Eignung für Wiedereinstieg und ggf. Anerkennung für weiterführende Qualifikation Vergütung des Hospitationsangebots freiberuflicher Hebammen
Zentrale Beteiligte	VertreterInnen der Ministerien für Soziales und Integration und des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst VertreterInnen der Hochschulen, der Hebammenschulen, des Hebammenberufsverbands, der wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der Anbietenden der praktischen Ausbildungsanteile LeistungserbringerInnen Krankenkassen

5.5. Qualitätssicherung und Evaluation

Für eine Messung und darauf basierend eine **Bewertung der Qualität über den Gesamtprozesses der geburtshilflichen Versorgung auf regionaler, Kreis- oder sogar Gemeindeebene** fehlen häufig die erforderlichen Daten. Baden-Württemberg verfügt mit dem Gesundheitsatlas des Landesgesundheitsamts (www.gesundheitsatlas-bw.de) bereits über ein Instrument, mit dem eine Darstellung der Qualität auf diesen Ebenen möglich wäre. Aktuell stehen dort jedoch nur sehr wenige für die Geburtshilfe aussagekräftige Parameter zur Verfügung. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass für den Gesundheitsatlas überwiegend auf amtliche Statistiken zurückgegriffen wird. Mit den Jahresauswertungen zur Geburtshilfe durch die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Baden-Württemberg GmbH (QiG BW GmbH) existieren bereits zahlreiche Daten zur Qualität der geburtshilflichen Versorgung. Es wird daher empfohlen, ausgewählte Kennzahlen so aufzubereiten, dass sie im Gesundheitsatlas zur Verfügung gestellt werden können.

Bereits jetzt werden im Gesundheitsatlas verfügbare Indikatoren den ersten acht nationalen Gesundheitszielen zugeordnet. Es wird empfohlen auch das neunte **nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt mit aufzunehmen** und mit aussagekräftigen Indikatoren zu versehen. Darüber hinaus sollten weitere Indikatoren entwickelt werden, die dem Ziel des Gesundheitsatlas, den Dialog zwischen Bürger und Politik über den Gesundheitsstandort Baden-Württemberg zu ermöglichen und den Kommunen eine Gesundheitsplanung zu erleichtern, effektiv dient.

In Baden-Württemberg wird die ‚Externe Qualitätssicherung in der stationären Krankenhausbehandlung‘ über ein Lenkungsgremium gesteuert. Es entscheidet über Planung, Umsetzung und Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsverfahren auf Landesebene. Die Mitglieder von neun fachärztlichen Arbeitsgruppen, darunter auch die Arbeitsgruppen Perinatalogie und Neonatologie, betreuen die Umsetzung der Qualitätssicherung im Dialog mit den Krankenhäusern. Gemäß §2 Abs. 2 Landesvertrag über die Qualitätssicherung im Krankenhaus nach §112 Abs 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V ist das Lenkungsgremium berechtigt, weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beschließen. Verträge nach §112 SGB V sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich. Es wird empfohlen, in den jeweiligen Arbeitsgruppen **Qualitätsindikatoren zur Messung einer interventionsarmen Geburtshilfe zu entwickeln und zu erproben**. Als Orientierung können zum Beispiel die Indikatoren aus dem Euro-Peristat-Projekt dienen, das es sich zur Aufgabe gemacht hat, Informationen zu Gesundheit und Betreuung von Schwangeren und Babys in Europa zusammenzutragen, um Risiken und Unterschiede aufzudecken (<https://www.europeristat.com>). Das Euro-Peristat-Indikatorenset umfasst 10 zentrale Indikatoren, die als essenziell zum Monitoring der perinatalen Gesundheit von Mutter und Kind angesehen werden, und 20 weitere, deren Erfassung für eine detailliertere Analyse empfohlen werden. Hierzu gehört z.B. auch der Indikator „Geburten ohne geburtsmedizinische Intervention“ (42). Mit einer solchen Initiative könnte das Land Baden-Württemberg eine Vorreiterrolle im Bereich der Qualitätsmessung im Zusammenhang mit der Förderung der physiologischen Geburt einnehmen.

Unterstützend für zu konzipierende Versorgungsmodelle wird eine **Auswertung geburtshilflicher Abrechnungsdaten der Krankenkassen** mit Blick auf vorhandenes Optimierungspotenzial und mögliche Nutzeneffekte empfohlen. Durch eine Zusammenführung der Daten auf Kreisniveau, oder besser noch auf Gemeindeneiveau (unter Berücksichtigung datenschutzrelevanter Untergrenzen für Gruppengrößen) könnten Versorgungsbrüche und andere Auffälligkeiten identifiziert und die durch sie produzierten Qualitäts- und Kostenprobleme analysiert werden.

Um dem wahrgenommenen Hebammenmangel begegnen zu können, ist es unumgänglich, diesen verlässlich hinsichtlich fehlender Personalzahl und Leistungen quantifizieren zu können. Zu diesem Zweck bedarf es zunächst einer **vollständigen und systematischen Erfassung der Zahl der aktiven Hebammen**. Freiberuflich tätige Hebammen sind qua Berufsordnung verpflichtet, „Beginn und Beendigung der Berufsausübung sowie Änderungen der Niederlassung dem Gesundheitsamt unverzüglich anzuzeigen.“ (89). Gleichzeitig fällt bei der Nutzung dieses Registers immer wieder auf, dass es häufig nicht aktuell ist (83). Es wird daher empfohlen, Maßnahmen zur Pflege dieses Registers in den Gesundheitsämtern zu initiieren. Alternativ kann geprüft werden, inwieweit die geplante Aufnahme der Meldepflicht von (Veränderungen in) Kontaktdaten und Leistungsumfang von freiberuflich tätigen Hebammen an den GKV-Spitzenverband zur Pflege der Vertragspartnerliste (105) genutzt werden kann.

Zum Aufbau regionaler Versorgungsstrukturen und Adressierung von Engpässen durch bessere Allokation ist neben der Quantifizierung des Bedarfs auch eine **lokale/regionale Quantifizierung des Hebammenleistungsangebots** erforderlich. Art, Umfang und Ort der erbrachten Hebammenleistungen sind in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen dokumentiert. Auch der Anteil der Wöchnerinnen, die Hebammenleistungen in Anspruch genommen haben bzw. nicht in Anspruch genommen haben, lassen sich über diese Daten ermitteln. Es wird daher empfohlen die regelmäßige Durchführung einer solche Auswertung zu prüfen. Alternativ können regelmäßige, direkte Abfragen bei den Hebammen zu Tätigkeitsart, -umfang und -ort über die Gesundheitsämter vorgenommen werden, wie dies seit 2018 z.B. in Hamburg geschieht (R. Fertmann, persönliche Mitteilung, August 2018). Eine solche Abfrage muss sich jedoch notwendigerweise auf grobe Kennziffern beschränken, da ein detaillierter Nachweis mit einem unverhältnismäßig hohen administrativen Aufwand verbunden ist, und daher für eine solide Versorgungsplanung nur eingeschränkt nutzbar wäre.

Tab. 6 Empfehlung 0 Qualitätssicherung & Evaluation

Ziel	<p>Bewertung der Qualität über den Gesamtprozesses der geburtshilflichen Versorgung auf regionaler, Kreis- oder sogar Gemeindeebene</p> <p>Interventionsarme Geburtshilfe transparent machen</p> <p>Identifikation von Erfolgsfaktoren und Barrieren für das Gelingen der Umsetzung von neu zu konzipierenden Versorgungsmodellen</p> <p>Systematische Erfassung von Hebammen (Anzahl, Ort der Leistungserbringung) und Hebammenleistungen (Art, Umfang)</p>
Handlungsfeld	Qualitätssicherung weiterentwickeln
Kernelemente	<p>Verfügbare geburtshilfliche Kennzahlen der Jahresauswertungen Geburtshilfe aufbereiten und in den Gesundheitsatlas integrieren</p> <p>Aufnahme des Nationalen Gesundheitsziels ‚Gesundheit rund um die Geburt‘ in den Gesundheitsatlas</p> <p>Qualitätsindikatoren zur Messung interventionsarmer Geburtshilfe in den fachärztlichen Arbeitsgruppen des Lenkungsgremiums Qualitätssicherung entwickeln und erproben</p> <p>Auswertung geburtshilflicher Abrechnungsdaten der Krankenkassen</p> <p>Aktualität des Melderegisters freiberuflicher Hebammen bei den Gesundheitsämtern gewährleisten</p> <p>Regelmäßige PLZ-bezogene Auswertung der geburtshilflichen Daten der Krankenkassen hinsichtlich Art und Umfang der erbrachten Hebammenleistungen</p>
Zentrale Beteiligte	<p>Fachärztliche Arbeitsgruppen Perinatalogie und Neonatologie des Lenkungsgremiums Qualitätssicherung und/oder externe Experten (Weiterentwicklung Qualitätsindikatoren)</p> <p>Krankenkassen (Datenlieferung)</p> <p>Qualifiziertes Institut mit entsprechendem Data-Warehouse und Datenschutzkonzept (Durchführung der Auswertung der Abrechnungsdaten der Krankenkassen)</p> <p>Landesgesundheitsämter (Melderegister)</p>

6. Literatur

1. Kohler S, Bärnighausen T. Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg. Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe in Baden-Württemberg. Heidelberg: Heidelberger Institut für Global Health. Universität Heidelberg; 2018.
2. UAG QS. Erweiterter Gliederungsentwurf der Unterarbeitsgruppe zur Ausarbeitung der Qualität und Struktur einer guten Geburtshilfe in Baden-Württemberg (UAG QS). Unveröffentlichter Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe.; 2018.
3. Sander M, Albrecht M, Loos S, Stengel V, Kleinschmidt L. Studie zur Hebammenversorgung in Bayern. Studie für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Berlin: IGES Institut; 2018.
4. Albrecht M, Sander M. Studie zur Hebammenversorgung in Sachsen. Berlin: IGES Institut; 2018.
5. Sander M. Hebammenstudie Sachsen-Anhalt. Regionale Bedarfe und deren Deckung durch Leistungen der Geburtshilfe inklusive der Vor- und Nachsorge. Berlin: IGES Institut; 2018.
6. Català y Lehnen E, Hildebrand H, Werner U, Misera D, Brüwer O, Wambach A. Verbesserung der Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein. Maßnahmenkatalog. Erstellt für das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, Schleswig-Holstein. Hamburg: OptiMedis AG; 2016.
7. Lafontaine J, Watzlawik H. Der Runde Tisch Geburtshilfe. Abschlussbericht. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes Nordrhein-Westfalen; 2015. (MGEPA VNr).
8. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Berliner Aktionsprogramm für eine sichere und gute Geburt. Beschluss „Runder Tisch Geburtshilfe“ vom 01. Februar 2018 [Internet]. 2018 [zitiert 4. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/gpg/service/presse/2018/pressemitteilung.672173.php>
9. Loos S. Gutachten zur Versorgungs- und Bedarfssituation mit Hebammenleistungen sowie über Einkommens- und Arbeitssituation von Hebammen in Thüringen. Endbericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Berlin: IGES Institut; 2015.
10. Nothofer S, Venohr S. Geburtenrate: Deutschlands neue Kinder. Die Zeit [Internet]. 19. Oktober 2016 [zitiert 4. Januar 2019]; Verfügbar unter: <https://www.zeit.de/gesellschaft/2016-10/geburtenrate-deutschland-auslaendische-muetteralter-bundeslaender>
11. Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2008 - Fachserie 12 Reihe 6.1.1. 2008;87.
12. Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2017 - Fachserie 12 Reihe 6.1.1. 2018;
13. Mansky T, Drohan D, Nimptsch U, Günster C. Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Behandlungsanlässe in Deutschland. In: Dormann F, Klauber J, Kühlen R, Herausgeber. Qualitätsmonitor 2018. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2018. S. 185.
14. Bartels DB, Wypij D, Wenzlaff P, Dammann O, Poets CF. Hospital volume and neonatal mortality among very low birth weight infants. *Pediatrics*. Juni 2006;117(6):2206–14.
15. Rautava L, Lehtonen L, Peltola M, Korvenranta E, Korvenranta H, Linna M, u. a. The effect of birth in secondary- or tertiary-level hospitals in Finland on mortality in very preterm infants: a birth-register study. *Pediatrics*. Januar 2007;119(1):e257–263.
16. Merlo J, Gerdtham U-G, Eckerlund I, Håkansson S, Otterblad-Olausson P, Pakkanen M, u. a. Hospital level of care and neonatal mortality in low- and high-risk deliveries: reassessing the question in Sweden by multilevel analysis. *Med Care*. November 2005;43(11):1092–100.
17. Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW, Blackmon L. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. *JAMA*. 1. September 2010;304(9):992–1000.
18. IQTIG. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017. Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren. Berlin: Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen.; 2017 S. 101.
19. Heller G, Richardson DK, Schnell R, Misselwitz B, Künzel W, Schmidt S. Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999. *Int J Epidemiol*. Oktober 2002;31(5):1061–8.
20. Hutcheon JA, Riddell CA, Strumpf EC, Lee L, Harper S. Safety of labour and delivery following closures of obstetric services in small community hospitals. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 20. März 2017;189(11):E431–6.

21. Karalis E, Gissler M, Tapper A-M, Ulander V-M. Effect of hospital size and on-call arrangements on intrapartum and early neonatal mortality among low-risk newborns in Finland. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* März 2016;198:116–9.
22. Snowden JM, Cheng YW, Emeis CL, Caughey AB. The impact of hospital obstetric volume on maternal outcomes in term, non-low-birthweight pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* März 2015;212(3):380.e1-9.
23. Hemminki E, Heino A, Gissler M. Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalised health care in Finland. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* September 2011;118(10):1186–95.
24. Tracy SK, Sullivan E, Dahlen H, Black D, Wang YA, Tracy MB. Does size matter? A population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* Januar 2006;113(1):86–96.
25. Engjom HM, Morken N-H, Norheim OF, Klungsjør K. Availability and access in modern obstetric care: a retrospective population-based study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* Februar 2014;121(3):290–9.
26. Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, Bisits A, Brown C, Thornton C. Rates of obstetric intervention and associated perinatal mortality and morbidity among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW (2000-2008): a linked data population-based cohort study. *BMJ Open.* 21. Mai 2014;4(5):e004551.
27. Plough AC, Galvin G, Li Z, Lipsitz SR, Alidina S, Henrich NJ, u. a. Relationship Between Labor and Delivery Unit Management Practices and Maternal Outcomes. *Obstet Gynecol.* 2017;130(2):358–65.
28. ACOG. ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol.* 19. Dezember 2018;
29. DHV. Zahlenspiegel zur Situation der Hebammen 9/2018 [Internet]. Deutscher Hebammenverband. 2018. Verfügbar unter: <https://www.hebammenverband.de/aktuell/presse/pressematerialien/>
30. Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Belegärztliche Geburtshelfer erhalten mehr Geld [Internet]. Deutsches Ärzteblatt. 2019 [zitiert 28. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/100637/Belegaerztliche-Geburtshelfer-erhalten-mehr-Geld>
31. Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P. Krankenhaus Barometer 2016. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus Institut; 2016.
32. Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P. Krankenhaus Barometer 2014. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus Institut; 2014.
33. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 06 2017;7:CD003766.
34. NICE. Safe midwifery staffing for maternity settings. NICE Guideline [Internet]. 2015 [zitiert 17. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng4>
35. DGPM. Strukturelle Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland. S1-Leitlinie [Internet]. 2015 [zitiert 17. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/087-001.html>
36. ACOG, SMFM, Caughey AB, Cahill AG, Guise J-M, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(3):179–93.
37. Stahl K. Work experience and work environment of midwives in German labour wards – implications for the quality and safety of care. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen* [Internet]. 8. Januar 2017 [zitiert 4. Januar 2019];0(0). Verfügbar unter: [https://zefq-journal.com/article/S1865-9217\(16\)30145-3/abstract](https://zefq-journal.com/article/S1865-9217(16)30145-3/abstract)
38. Marburger Bund Baden-Württemberg. Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes Baden-Württemberg | Marburger Bund [Internet]. 2018 [zitiert 17. Januar 2019]. Verfügbar unter: [/baden-wuerttemberg/pressemitteilung/ergebnisbericht-der-mitgliederbefragung-des-marburger-bundes](https://www.marburgerbund.de/baden-wuerttemberg/pressemitteilung/ergebnisbericht-der-mitgliederbefragung-des-marburger-bundes)
39. Mihm A. Ärzteschaft fordert mehr Studienplätze [Internet]. 2019 [zitiert 25. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/aerzteschaft-fordert-mehr-studienplaetze-15350025.html>
40. Gesundheitsstadt Berlin. Ärztestatistik 2017: Deutschlands Ärzte werden immer älter [Internet]. Gesundheitsstadt Berlin. 2018 [zitiert 25. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/aerztestatistik-2017-deutschlands-aerzte-werden-immer-aelter-12217/>
41. Humanmedizin: Baden-Württemberg plant 150 zusätzliche Studienplätze [Internet]. Ärzte Zeitung online. 2018 [zitiert 17. Januar 2019]. Verfügbar unter: https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/ausbildung/article/974704/humanmedizin-baden-wuerttemberg-plant-150-zusaetzlische-studienplaetze.html
42. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. [Internet]. 2018. Verfügbar unter: www.europeristat.com

43. Shaw D, Guise J-M, Shah N, Gemzell-Danielsson K, Joseph KS, Levy B, u. a. Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care? *Lancet Lond Engl*. 05 2016;388(10057):2282–95.
44. Visser GHA, Ayres-de-Campos D, Barnea ER, Bernis L de, Renzo GCD, Vidarte MFE, u. a. FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. *The Lancet*. 13. Oktober 2018;392(10155):1286–7.
45. WHO. WHO | WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. WHO. 2016 [zitiert 4. Januar 2019]. Verfügbar unter: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
46. WHO. WHO | WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. WHO. 2018 [zitiert 4. Januar 2019]. Verfügbar unter: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guide-lines/en/>
47. BMG. Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. [Internet]. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017 [zitiert 4. Januar 2019]. Verfügbar unter: http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz/geburt
48. Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Grünen: Akademisierung der Hebammenausbildung. BT-Drucksache 19/2709 [Internet]. 2018 [zitiert 4. Januar 2019]. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP19/2356/235690.html>
49. BMG. Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ [Internet]. Bundesgesundheitsministerium. 2014 [zitiert 4. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2014/versorgung-mit-hebammenhilfe.html>
50. Butz J, Walper K, Wangler S, Simon A. Anforderungen, Mehrwert und Kompetenzen für die Akademisierung der Hebammenausbildung – Ergebnisse einer Expertenbefragung. *GMS Z Für Hebammenwissenschaft*. 26. September 2017;4:Doc01.
51. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. [Internet]. 2012 [zitiert 4. Januar 2019]. Verfügbar unter: https://www.wissenschaftsrat.de/presse/veranstaltungen/gesundheitsberufe_der_zukunft_perspektiven_der_akademisierung.html
52. Ayerle G. Akademisierung der Hebammenausbildung: Herausforderungen aus Sicht der Sektion Hochschulbildung der DGHWi e. V. *Z Für Hebammenwissenschaft*. 2016;04(02):29–31.
53. DHV. Die Akademisierung der Hebammenausbildung: Fragen und Antworten. [Internet]. 2018 [zitiert 6. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.hebammenverband.de/aktuell/presse/pressematerialien/>
54. Baumgärtner B, Grieshop M. Aktuelles zum Thema Akademisierung. *Z Für Hebammenwissenschaft*. 2018;06(01):1.
55. Baumgärtner B, Grieshop M. Aktuelles zum Thema Akademisierung der Hebammenausbildung - Beitrag der Sektion Hochschulbildung. *Z Für Hebammenwissenschaft*. 2018;06(02):1.
56. Wacker J. Vorschläge der ARGE der Chefarzte der Frauenkliniken von Baden-Württemberg. Unveröffentlichter Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe; 2018.
57. Stengel V, Borde V. Bericht zur Berliner Mütterbefragung 2016/2017 Die Versorgung rund um die Geburt aus der Sicht von Müttern. Berlin; 2018.
58. GeQiK. Jahresauswertung 2017. Modul 16/1 Geburtshilfe. Stuttgart: Geschäftsstelle Qualität im Krankenhaus (GeQiK) bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft; 2018.
59. Schäfers R, Kolip P. Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit? *News! Gesundheitsmonitor Bertelsmann Stift*. 2015;16.
60. Stahl K. Hohe Fallzahl - gute Geburt? Wie Frauen ihre Betreuung in großen und kleinen Kliniken erleben. *Picker Report 2017*. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH; 2017.
61. Delnoij DMJ. Measuring patient experiences in Europe: what can we learn from the experiences in the USA and England? *Eur J Public Health*. August 2009;19(4):354–6.
62. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren. Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren; 2014.
63. Niemeyer A, Holzäpfel S, Gruber P, Lampmann E, Lütje W, Beckedorf I, u. a. Gutachten zu den Ursachen von Geburtschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten. [Internet]. Hamburg: BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH; 2018. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Hebammen-Gutachten_Abschlussbericht.pdf

64. Boesfeld I. Integrated Birth Care: A Triple Aim. Quality of birth centre care in the Netherlands. [Utrecht]: Utrecht University; 2017.
65. Pröpper J. Integrated Birth Care. First results 2017/18. 2018; Utrecht.
66. Striebich S, Loytved C. Maßnahmen zur Verbesserung der klinischen Geburtshilfe. Forderungskatalog an die Akteurinnen und Akteure des Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF). Z Für Hebammenwissenschaft. 2018;06(01).
67. AWMF. AWMF: Angemeldete Leitlinien [Internet]. 2018 [zitiert 6. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/angemeldete-leitlinien.html>
68. Siegmund-Schultze E, Kielblock B, Bansen T. Schwangerschaft und Geburt: Was kann die Krankenkasse tun? Gesundheitsökonomie Qual. August 2008;13(4):210–5.
69. Senator für Gesundheit. Bremer Bündnis natürliche Geburt [Internet]. 2014 [zitiert 6. Januar 2019]. Verfügbar unter: <http://www.natuerlichegeburt.net/>
70. IQWiG. www.iqwig.de - Nationales Gesundheitsportal: Konzeptentwurf liegt vor [Internet]. 2018 [zitiert 17. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/2018/nationales-gesundheitsportal-konzeptentwurf-liegt-vor.8508.html>
71. Statistisches Landesamt. Geburten und Sterbefälle – Statistisches Landesamt Baden-Württemberg [Internet]. 2018 [zitiert 6. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/GeburtSterben/>
72. DHV. Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken. Hebammenbefragung 2015. Karlsruhe: Deutscher Hebammenverband; 2016.
73. Mössinger C. Stress bei der Arbeit – Warum freiberufliche Hebammen in Bayern die Geburtshilfe aufgeben: Eine Querschnittstudie. Z Für Hebammenwissenschaft. 2018;06(01).
74. Stahl K. DHV-Befragung der angestellten Hebammen. Unveröffentlichte Analyse. 2018.
75. DGGG, BVF, BLFG, DHV, BfHD, DGHWi. Neujahrsgespräch: Sicherstellung der klinischen geburtshilflichen Versorgung in Deutschland. Z Für Hebammenwissenschaft. 2018;06(01).
76. Marburger Bund. MB-Monitor 2017 | Marburger Bund [Internet]. 2017 [zitiert 17. Januar 2019]. Verfügbar unter: [/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2017](https://www.marburgerbund.de/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2017)
77. KVBW. Versorgungsbericht 2018. Die ambulante medizinische Versorgung 2018. [Internet]. 2018 [zitiert 6. Januar 2019]. Verfügbar unter: https://www.kvbawue.de/presse/pressemitteilungen/aktuelle-pressemitteilungen/news-artikel/news-versorgungsbericht-2018-projekte-foerderprogramme-und-aktuelle-trends-kompakt-dargestellt/?no_cache=1&cHash=0dbfef7e51791e32e12d444799f26683
78. AOK Rheinland/Hamburg. Gesunder Start ins Leben. Analysen zur Versorgungssituation im Rheinland und in Hamburg. Düsseldorf: AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse; 2018.
79. DHV. Einschnitte in die Berufsausübung von Hebammen - Hebammenverband kritisiert Beschluss der Schiedsstelle - Deutscher Hebammenverband e.V. [Internet]. 2017 [zitiert 9. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.hebammenverband.de/aktuell/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung-detail/datum/2017/09/12/artikel/einschnitte-in-die-berufsausuebung-von-hebammen-hebammenverband-kritisiert-beschluss-der-schiedsstelle/>
80. Maag K. Maßnahmen zur Verbesserung der Hebammenversorgung und -vergütung [Internet]. 2018. Verfügbar unter: <http://www.karin-maag.de/frauen-und-familie/>
81. MSGWG. Bericht der Landesregierung Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein. Derzeitige Situation und Zukunftsperspektiven. Kiel: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein; 2015. Report No.: Drucksache 18/3338.
82. GeQiK. Lenkungsgremium [Internet]. 2018 [zitiert 7. Januar 2019]. Verfügbar unter: <http://www.geqik.de/index.php?id=455>
83. Fertmann R. Hebammenversorgung in Hamburg. Gesundheitswesen [Internet]. 15. September 2016 [zitiert 6. Januar 2019];78(08/09). Verfügbar unter: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0036-1586538>
84. KBV. Schwangerenbetreuung: Hebammenhilfe und ärztliche Betreuung. Dtsch Ärztbl. 2017;114(24):1202.
85. Halstrick C. Die Vergütung der ärztlichen Schwangerenvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien - aktuelle Entwicklungen. Frauenarzt. 2017;58(6):460–2.
86. NICE. Antenatal care for uncomplicated pregnancies [Internet]. 2018 [zitiert 18. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>

87. DNEbM. Gute Praxis Gesundheitsinformation. Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. 2016;18.
88. BMAS. BMAS - Leichte Sprache - Ein Ratgeber [Internet]. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; 2014 [zitiert 25. Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a752-leichte-sprache-ratgeber.html>
89. Landesrecht BW HebBO | Landesnorm Baden-Württemberg | Gesamtausgabe | Verordnung des Sozialministeriums über die Berufspflichten der Hebammen und Entbindungspfleger (Hebammenberufsordnung - HebBO) vom 2. Dezember 2016 | gültig ab: 01.07.2017 [Internet]. [zitiert 18. Januar 2019]. Verfügbar unter: <http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=HebBerufsV+BW&psml=bsbawueprod.psm1&max=true&aiz=true>
90. College voor Zorgverzekeringen. Verloskundig vademecum. Eindrapport van de Commissie Verloskundige van het College voor Zorgverzekeringen. [Obstetrical manual Final report of the Obstetric working Group of the National Health Insurance Board CVZ]. [Internet]. Diemen: College voor Zorgverzekeringen; 2003. Verfügbar unter: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/standaard/download/verloskundig_vademecum_2003.pdf
91. Herr D, Lessing C. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbe-
reiche. *Gesundh- Sozialpolitik*. 2015;68(6):7–14.
92. ACOG Committee Opinion No. 731: Group Prenatal Care. *Obstet Gynecol*. März 2018;131(3):e104–8.
93. Heberlein EC, Picklesimer AH, Billings DL, Covington-Kolb S, Farber N, Frongillo EA. The comparative effects of group prenatal care on psychosocial outcomes. *Arch Womens Ment Health*. April 2016;19(2):259–69.
94. Ickovics JR, Earnshaw V, Lewis JB, Kershaw TS, Magriples U, Stasko E, u. a. Cluster Randomized Controlled Trial of Group Prenatal Care: Perinatal Outcomes Among Adolescents in New York City Health Centers. *Am J Public Health*. Februar 2016;106(2):359–65.
95. Giesen A, Weyherter S, Wanierke A, Sturm A, Schiffling H. Grundlagen für Konzepte zur ambulanten Hebammenver-
sorgung. 2018.
96. Belzer F, Ebel K, Hugenschmidt B, Kost M, Fressle R, Barth M. Frühe Hilfen in der Kinderarztpraxis – ein Freiburger
Modellprojekt. *Kinderärztl Prax*. 2015;86:362–8.
97. DHV. Wettbewerb für angestellte Hebammenteams. Die Wettbewerbsbeiträge. [Internet]. 2018 [zitiert 9. Januar 2019].
Verfügbar unter: <https://www.hebammenverband.de/services/downloads/hebammenarbeit/>
98. AKF. Gegen den Trend. Wie es gelingen kann die Kaiserschnitttrate zu senken. Fünf Interviews. Berlin: Arbeitskreis Frau-
engesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.; 2018.
99. Tränklein S. Gute Arbeitsbedingungen im Kreißaal. *Hebammenforum*. 2018;8:929–30.
100. GKV-Spitzenverband. Qualitätsverträge - GKV-Spitzenverband [Internet]. 2018 [zitiert 10. Januar 2019]. Verfügbar un-
ter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaet_1/qualitaetsvertraege/qualitaetsvertraege.jsp
101. KVBW. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Förderrichtlinie Weiterbildung [Internet]. 2018 [zitiert 25.
Januar 2019]. Verfügbar unter: <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/foerderrichtlinie-weiterbildung/>
102. KBV. Ärztemangel [Internet]. 2016 [zitiert 25. Januar 2019]. Verfügbar unter: http://www.kbv.de/html/themen_1076.php
103. Gesundes Kinzigtal. Gesundes Kinzigtal 2016 Praktische Zukunft. Junge Ärzte im Kinzigtal. [Internet]. 2016 [zitiert 25.
Januar 2019]. Verfügbar unter: <http://praktischezukunft.de>
104. Knappe N, Bauer N. Zur Reform der Berufsgesetze und zur Arbeit des pädagogischen Fachbeirats des Deutschen
Hebammenverbandes e.V. *Z Für Hebammenwissenschaft*. 2017;05:7–8.
105. BMG. Eckpunktepapier. Sofortmaßnahmen zur Stärkung der Geburtshilfe. [Internet]. 2019. Verfügbar unter:
https://www.dkgev.de/media/file/107291.Anlage_BMG_Eckpunktepapier_Sofortmassnahmen_zur_Staerkung_der_Geburtshilfe.pdf

Über die OptiMedis AG

Die OptiMedis AG ist eine Management- und Beteiligungsgesellschaft. Ihr Schwerpunkt ist der Aufbau regionaler, populationsorientierter Integrierter Versorgung gemeinsam mit Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen. Die OptiMedis AG vernetzt die Partner, verhandelt Verträge, baut die nötigen Strukturen auf, übernimmt das Management und analysiert die Versorgungsdaten. Die bekannteste Beteiligung der OptiMedis AG ist die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal in Südbaden (www.gesundes-kinzigtal.de). Gleichzeitig setzt sie auch in anderen Regionen Deutschlands oder bundesweit einzelne Projekte zum Versorgungsmanagement um, zum Beispiel betriebliches Gesundheitsmanagement.

Das Ziel ist dabei immer, die Strukturen und Abläufe im Gesundheitswesen und damit auch die Qualität der Versorgung zu verbessern. Voraussetzung hierfür ist, dass die medizinische Versorgung bewertet und angepasst wird. Deshalb analysiert die OptiMedis AG die Versorgungsdaten ihrer eigenen und auch anderer Projekte (z. B. GKV-Routinedaten und Daten aus den Arztinformationssystemen) und nutzt dazu ihr multidimensionales Data-Warehouse mit angedockter Business Intelligence-Software von Deltamaster.

Wichtig ist der OptiMedis AG neben einem professionellen Management auch die wissenschaftliche Grundlage ihrer Arbeit. Deshalb arbeitet sie eng mit verschiedenen Universitäten zusammen.