

# Personalnotstand im Kreißaal- eine Chance für die Zukunft?!

ZUSAMMENFASSUNG FÜR DIE TEILNEHMERINNEN

Hebammenkongress 2019 | Workshop 22 | Bremen, 28.05.2019

# Inhalt

---

Einführung.....	2
1. Vergütung.....	2
Personalsituation in Kliniken .....	2
Einflussfaktoren auf die Arbeit in den Kliniken.....	3
Ergebnisse und Forderungen aus der Workshop-Gruppe.....	4
2. Personalakquise.....	4
Aktuelle Aspekte .....	4
Wie kann diese Situation auch zur Chance werden? .....	5
Literaturtipps:.....	6
3. Arbeitszeit/Schichtmodelle .....	6
Dienstplan .....	6
Dienstlänge.....	6
Wie wird der Nachtdienst attraktiver?.....	6
Möglichkeiten im Beruf zu bleiben im Alter, in der Schwangerschaft .....	7
Bonussysteme für das Einspringen.....	7
4. Hebammengeleitetes Arbeiten .....	7
Warum Hebammen (im Kreißaal) nicht eigenständig gemäß ihrer Berufsordnung arbeiten.....	7
Berichte aus der Praxis.....	8
Zusammenfassung der Berichte: „Was ist schon heute gut“ .....	9
Anfrage .....	10
Zusammenfassung Tisch 4.....	10
5. Weitere Aspekte der praktischen Arbeit.....	11
Probleme .....	11
Ansätze der Veränderung .....	12

## Einführung

---

Die organisierende Arbeitsgruppe stellt sich vor: Dieser Workshop ist von Hebammen' FÜR Hebammen. Alle sind im Landesverband Bremen bzw. Niedersachsen aktiv tätige Hebammen, die auch im Angestelltenverhältnis stehen. Sie haben sich die Situation der angestellten Hebammen allgemein angeschaut und als Start in die Arbeit als erstes die Eins-zu-Eins-Betreuung definiert, denn diese wird als das ideale Betreuungsverhältnis unter der Geburt in der Klinik betrachtet.

Für den Workshop genutzt wird die „World-Café Methode“. Es gibt 5 Tische, welche für je ein Thema stehen. Die ca. 60 Teilnehmerinnen werden in Gruppen aufgeteilt. Pro Gruppe wird nun jedes Thema 20 Minuten bearbeitet und anschließend der Tisch gewechselt. Die Moderation übernimmt Silke Noltemeyer (Bremen).

Die Ergebnisse dienen den Landesverbänden und der Beirätin des DHV für den Angestelltenbereich als Grundlage der weiteren Bearbeitung.

1. *Doris Schwarz, Hebamme in Bremen: Thema Vergütung*
2. *Veronika Bujny, Hebamme in Leer (Nds.): Thema Personalakquise*
3. *Heike Schiffing, Hebamme in Bremen: Arbeitszeiten/ Schichtmodelle*
4. *Heidi Giersberg, Hebamme in Bremen: Hebammengeleitetes Arbeiten*
5. *Hilke Schauland, Hebamme in Oldenburg: Weitere Aspekte der praktischen Arbeit*

## 1. Vergütung

---

Der Thementisch zur Vergütung beschäftigt sich mit Tarifrecht, Richtlinien, Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten und möchte Handlungskompetenzen zur Verhandlung mitgeben. Außerdem sollen Forderungen an die klinische Tätigkeit gestellt werden.

### Personalsituation in Kliniken

- Schließung und Zentralisierung von Kliniken
- Die Umstellung auf das Fallpauschalensystem (DRG)
- Einführung von Qualitätsrichtlinien seit 2005

---

<sup>1</sup> Die Bezeichnung „Hebamme“ wird in diesem Paper entsprechend dem neuen Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung für alle Geschlechter m/w/d eingesetzt. Ferner setzen wir uns für eine geschlechtergerechte Sprache ein und verwenden daher das Gender-Sternchen, welches die Geschlechtervielfalt lesbar machen soll und gleichzeitig Platzhalter ist für einen oder mehrere Buchstaben.

- Zunahme von Schwangerschaften in besonderen Lebenssituationen, wie höheres mütterliches Lebensalter, Zunahme der Reproduktionsmedizin, Schwangerschaften von Müttern mit Grunderkrankungen
- dies alles führt zu geänderten Ansprüchen an die Geburtshilfe und zu der bekannten Arbeitsverdichtung der Hebammen in Kliniken.

## Einflussfaktoren auf die Arbeit in den Kliniken

- *GBA Richtlinie*  
 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, Inkrafttreten 01.01.2018  
 Im Kreißaal ist die 24-Stunden-Präsenz einer Hebamme gewährleistet. Mindestens eine zweite Hebamme befindet sich im Rufbereitschaftsdienst oder steht im Rahmen einer vergleichbaren Regelung als Beleghebamme zur Verfügung. Die ständige Erreichbarkeit einer Hebamme auf der präpartalen Station muss sichergestellt sein.
- *Leitlinien*  
 Strukturelle Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland  
 Es soll eine kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren sub partu durch eine Hebamme gewährleistet sein. Dazu soll mindestens eine Hebamme in der Klinik anwesend und mindestens eine weitere rufbereit sein. Um eine durchgehende Besetzung in einer Klinik mit  $\leq 600$  Geburten/Jahr zu gewährleisten, sind somit mindestens 5,65 Hebammenstellen erforderlich. Abhängig von der jährlichen Geburtenrate sollen so viele Hebammen in der Klinik anwesend bzw. rufbereit sein, dass zu mehr als 95 % der Zeit eine 1: 1 Betreuung der Gebärenden gewährleistet ist. Dies erfordert pro zusätzlichen 100 Geburten mindestens 0,93 weitere Hebammenstellen.
- *Personalbemessungsrichtlinien*  
 Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKV), der der Spitzenverbände der deutschen Krankenkassen (GKV) und des Deutschen Hebammenverbandes.  
 Der Wert von 780 Minuten gibt die Betreuungszeit einer Geburt an. Dieser Minutenwert enthält keine Risikoaufschläge zur Versorgung von Risikoschwangeren. Trotz erheblicher Veränderungen in der Geburtshilfe hat es keine Anpassung der Personalanzahlzahlen gegeben.  
 Quelle: Meinfeld, H.: Personalermittlung von Hebammen in Kliniken, Hebammenforum 5/2011 S. 394-399
- *Der TVÖD*  
<https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++58749e9e086c2602d82c4af3/download/EGO%20kommunal%202017%20medium.pdf>
- Ferner auch das *Patientenrechtegesetz und die Garantenstellung*

## Ergebnisse und Forderungen aus der Workshop-Gruppe

- Personalbemessung entsprechend des Levels und des Tätigkeitskataloges
- Verpflichtende 1:1 Betreuung in der Phase, in der die zu begleitende Frau eine Hebamme braucht
- Umsetzung der zu erwartenden S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin
- Verpflichtende Zeit für die Dokumentation, nicht nur verpflichtende Dokumentation
- Bezahlung entsprechend der Tarifmerkmale: Verantwortung, Selbständigkeit, Belastung und Schwierigkeit
  - Hohe Teilzeitquoten als Ausdruck von hoher Arbeitsbelastung
  - Veränderung nur durch eine Änderung der Arbeitsbedingungen möglich
- Anpassung bzw. Änderung der DRG für die vaginale Geburt
- Ausfallmanagement
- Ethik der Medizin muss Vorrang haben vor den wirtschaftlichen Interessen

## 2. Personalakquise

---

Am Thementisch „Personalakquise“ wird zunächst geschaut, wer wir sind und was unser Team ausmacht. Was brauchen wir, um die Arbeit positiv und mit Spaß zu gestalten, Teamarbeit zu fördern, den Personalbestand zu pflegen. Was es gibt mittlerweile: Leihhebammen, Prämien, Akquise im Ausland, usw. und was ist problematisch an diesen neuen Konzepten? Was wären Lösungen für mehr Attraktivität = für mehr Personal? Weitere zu bearbeitende Gesichtspunkte sind Wiedereinstiegsseminare, Einarbeitungskonzepte und Tariflöhne.

### Aktuelle Aspekte

Nahezu alle Kliniken suchen zum Teil händeringend Personal. Zum Teil wird der Mangel an Hebammen als (willkommene?!) Begründung genutzt, um geburtshilfliche Abteilungen zu schließen.

Entscheidend ist der Erhalt der bestehenden Arbeitsverhältnisse, da derzeit freiwerdende Hebammenstellen kaum nachzubeseetzen sind.

Neue Stellen werden öfter mit zusätzlichen Prämien oder höheren Tarifen bezahlt, was viel Unmut macht, denn bestehende Stellen werden nicht entsprechend angepasst.

Erfahrungen mit aus dem Ausland angeworbenen Kolleg\*innen sind sehr unterschiedlich. In einigen Krankenhäusern war es ein erfolgreicher Schritt, teilweise sind alle Stellen wieder offen. Hier spielen langfristige qualifizierte Einarbeitungskonzepte eine große Rolle.

Zunehmend arbeiten Kliniken mit Leihhebammen und Leihärzt\*innen, die wesentlich mehr an Honorar erhalten. Ein nicht eingespieltes Team ist ein Risikofaktor. Kolleg\*innen verlassen die Geburtshilfe auch aus Angst. Sie können die Verantwortung nicht mehr tragen.

## Wie kann diese Situation auch zur Chance werden?

Insgesamt ist das **Team** wichtig. Hier können viele Verbesserungen durchgesetzt werden. Nicht immer können sich gleich zu Beginn alle Kolleg\*innen anschließen, aber auch ein Teil des Kollegiums kann den Anfang machen.

- **Teambildende Maßnahmen**  
Es ist wichtig, auch außerhalb des Kreißsaals die Teambildung zu fördern, Vertrauen zueinander aufzubauen und zu pflegen. (Förderung durch Hebammenverband siehe Website DHV)
- **Ein gutes Team sagt: Nein!**  
Eine längst nicht mehr tragbare Situation durch immer weiteres Einspringen, mehr Überstunden, Mehrarbeit zu schlucken führt u.U. zum Kollaps.  
Das ist nicht verantwortlich.  
Bewerberinnen fragen nach der Anzahl der offenen Stellen, der Anzahl der angesammelten Überstunden und der personellen Besetzung.
- **Klare Strukturen**  
Verpflichtende Absprachen, klare Verantwortungsübernahme, gute interdisziplinäre Zusammenarbeit, sowie Transparenz sind Grundlagen für gelingende Zusammenarbeit.
- **Adäquate Bezahlung ist eine Grundforderung**  
Hier gibt es derzeit gute Strategien eine höhere Bezahlung zu erreichen. Über zusätzliche Vergütungen, Boni, aber auch höhere tarifliche Vergütung aufgrund der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten.
- **„Gute“ Geburtshilfe**  
Die Arbeitszufriedenheit entsteht durch Sicherheit im Miteinander und Sicherheit in den Strukturen, die gemeinsam verabredet werden. Arbeitszufriedenheit ist auch da, wenn die Frauen gut betreut werden können = wo genug Zeit ist und selbstständiges Arbeiten möglich ist.
- **Mangel auf dem Land**  
ist extrem und führt zu Kreißsaalschließungen.
- **Die Geburtshilfeabteilungen müssen besser bezahlt werden**  
(Herausnahme aus den DRGs?), Grundzentren sollten geburtshilfliche Abteilungen beinhalten, flächendeckende Versorgung soll erhalten bleiben

Weitere Infos siehe Zusatzmaterialien im Anhang.

## Literaturtipps:

- Schröder, Lothar / Urban, Hans-Jürgen (Hrsg.): **Transformation der Arbeit – Ein Blick zurück nach vorn.** Jahrbuch „Gute Arbeit“ 2019; Bund-Verlag GmbH; ISBN 978-3-7663-6789-1
- Tewes, Renate: **Führungskompetenz ist lernbar.** Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen. Springer; ISBN 978-3-662-45223-3
- Michel, Tobias: **Schichtplan-fibel. Das Buch.** Lösungen für Konflikte rund um die Arbeitszeit. Zu bestellen über Ver.di: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/service/publikationen/++co++93463e76-d342-11e6-96e5-52540077a3af>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): **Arbeitsrecht.** Informationen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Als Publikation zu bestellen oder als Download hier: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a711-arbeitsrecht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a711-arbeitsrecht.pdf?__blob=publicationFile)
- Karakayali, Juliane: **Organisiert Euch.** Handbuch für Unternehmensrecherche. Herausgegeben vom Ver.di Bundesvorstand. Bestellung über Ver.di

## 3. Arbeitszeit/Schichtmodelle

---

Bei diesem Thementisch geht es um das Arbeitszeitgesetz, Pausen- und Ruhezeiten, Entwicklung von Schichtmodellen, Familienfreundlichkeit, altersgerechte Arbeitsplätze usw. Es soll individuell über Neugestaltung nachgedacht werden und Möglichkeiten wie Rollender Dienstplan, Überplanung, Überstundenregelungen und die Praxis des Einspringens vorgestellt und sich darüber ausgetauscht werden.

### Dienstplan

- Individuelle Dienstplangestaltung (Wunschkdienstplan)
- Längere Planungszeitraum im Voraus
- Längere überlappende Dienstzeiten (längere Übergabezeit)
- Rollierender Dienstplan, z.B. mit dem Dienstplan-programm „sp expert“

### Dienstlänge

- 6-Stundendienste
- Springerin für die Pausenzeiten

### Wie wird der Nachtdienst attraktiver?

- Faktorisierung des Nachtdienstes
- Höherer Zuschlag (vergleichbar mit der Industrie)

## Möglichkeiten im Beruf zu bleiben im Alter, in der Schwangerschaft

- Übernehmen der Ambulanz, Hebammensprechstunden, Sectio-OP
- 6-Stunden-Dienste zusätzlich
- Springer\*in für die Pausenzeiten
- Versetzte Dienstzeiten

## Bonussysteme für das Einspringen

- Zuschlag, höhere Vergütung, höherer Freizeitausgleich (Arbeitszeitkonten)
- Löhne der unbesetzten Stellen werden an die Mitarbeiter\*innen ausgezahlt (als Pauschale oder per Punktesystem, z.B. für unterbesetztes Arbeiten, Einspringen)

Link PDF **Schichtplanfibel** von ver.di:

<https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++586e3eb0f1b4cd1222830695/download/V03-0598%20Schichtplanfibel-8.Auflage%20SCREEN.pdf>

## 4. Hebammengeleitetes Arbeiten

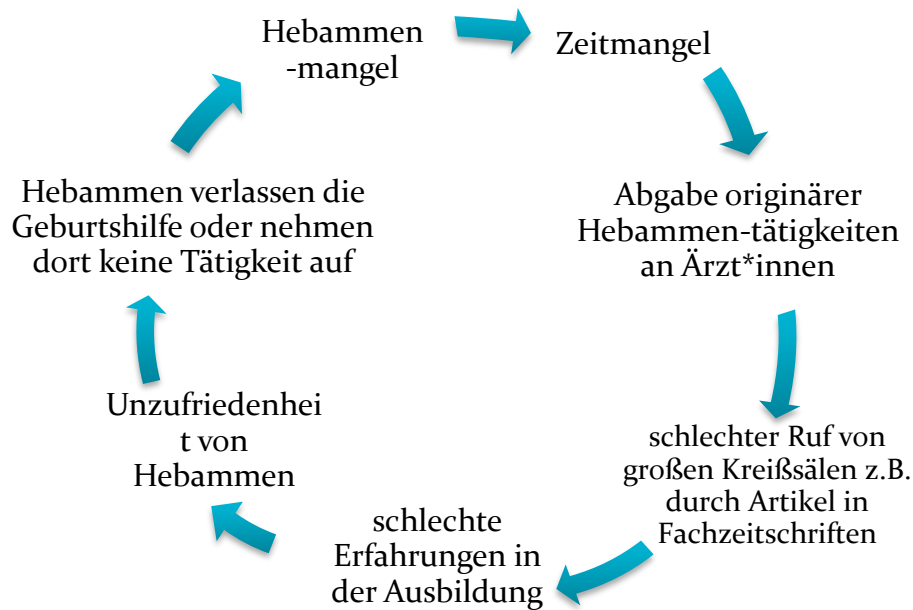
Am Tisch 4 geht es um die von einer Hebamme geleiteten Ambulanz und Aufnahme von Schwangeren, sowie Leitung der Geburt. Das Vor-/Urteil hierzu ist oft, selbstständiges, eigenständiges Arbeiten, wäre nur als freiberufliche Hebamme möglich. Die Frage „Wie eigenständig wollen und können Hebammen arbeiten?“ beschäftigt die Gruppe ebenfalls. Neben einem Stimmungsbild sollen hier Arbeitsaufträge für die neue Beirätin für Angestellte Hebammen formuliert werden.

### Warum Hebammen (im Kreißaal) nicht eigenständig gemäß ihrer Berufsordnung arbeiten

- Ultraschalluntersuchungen (von jungen „unerfahrenen“ Ärzt\*innen) ohne Indikationen mit fragwürdigen Ergebnissen (Oligohydramnion, v.a. Makrosomie, etc.)
- S1-Leitlinie der DGGG
- **Weisungsbefugnis der Ärzt\*innen:** z.B.: häufige Einleitungen von Geburten mit fragwürdigen Indikationen lassen die Hebamme zur Ausführenden von Interventionen aufgrund ärztlich gestellter Indikationen werden.
- Ärzt\*innen betreten ungefragt den Kreißaal, Frauen werden unaufgefordert „nachuntersucht“, Entscheidungen werden nicht kommuniziert
- **Mangelndes Vertrauen** unter Hebammen und Mediziner\*innen (Stichworte: mangelnde Erfahrung, „Leihärzt\*innen“, „Leihhebammen“, Hebammen mit mangelnden Sprachkenntnissen, „Selbstüberschätzung“)
- **Unklare** Abgrenzungen von Physiologie und Pathologie



- **Zeitmangel** (keine Durchführung der U1, Nähen einfacher Geburtsverletzungen, Legen von Venenverweilkathedern, Blutentnahmen...)



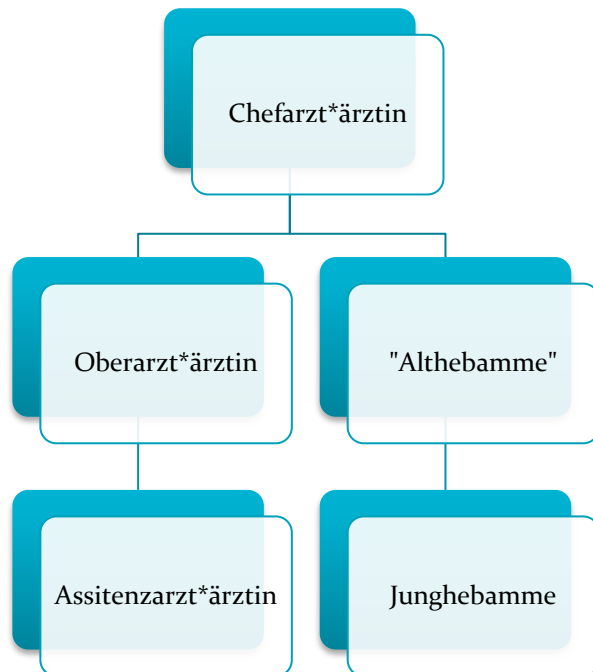
### Berichte aus der Praxis

- Hebammen begleiten eigenständig Geburten, wenn ärztliches Personal „keine Zeit“ hat
- Die eigenständige Begleitung von Geburten unterliegt der individuellen „Willkür“ der Ärzt\*innen
- Hat die Hebamme mehr Berufserfahrung als die Ärztin\*der Arzt, so trägt sie die vor Gericht die volle Verantwortung, ohne, dass sich diese Verantwortung in ihrem Gehalt ausdrückt
- Assistenzärzt\*innen ohne Erfahrung verlassen sich auf die Hebammen
- Junge Ärzt\*innen lernen von Hebammen
- Es gibt keinen offiziellen „Erfahrungsstatus“ der Hebammen, es gibt keine „Meister\*innenprüfung“ (die Assistenzärzt\*innen haben ihre Oberärzt\*innen, die Junghebamme aber hat keine „Althebamme“)
- Es herrschen „alte Hierarchien“ von „oben nach unten“: Gebärende, Hebamme, Assistenzarzt\*ärztin, Oberarzt\*ärztin, Chefarzt\*ärztin, diese Hierarchie steht über der Berufserfahrung

Realität:



Alternatives Modell:



Zusammenfassung der Berichte: „Was ist schon heute gut“

- Eine hohe Zufriedenheit besteht dort, wo Hebammen und ärztliches Personal „Hand in Hand“ miteinander arbeiten
- Eine hohe Zufriedenheit besteht dort, wo man sich gegenseitig vertraut!
- Es gibt hausinterne Regelungen, in welchen Hebammen nach z.B. 1-2 Jahren Berufserfahrung eigenständig Geburten leiten
- Vor der Indikationsstellung für eine Sectio wg. Einstellungsanomalien führen Hebammen das Gutschwager-Manöver durch: Die Sectiorate konnte in einem Haus dadurch gesenkt werden.
- „zu zweit arbeiten“: Eine („erfahrene“) Hebamme begleitet ihre („unerfahrene“) Hebammenkollegin bei Geburten: „Mentor\*innenprinzip“, voneinander lernen...

## Anfrage

Gewünscht wurde die rechtliche Klärung der Frage, ob Hebammen in der Klinik Geburten ohne ärztliche Anwesenheit betreuen dürfen:

Aus einem Schriftwechsel mit der einer Pflegedienstleitung eines Level I Klinikums:

Die Hebamme Prof. Dr. Sayn schreibt: *"Das Recht der Hebamme auf die eigenverantwortliche Leitung der Geburt kann durch die Organisationsstatuten der Krankenhäuser eingeschränkt werden. In deutschen Kliniken unterliegen die dort tätigen angestellten Hebammen bis auf wenige Ausnahmen dem Weisungsrecht des Arbeitgebers, der es in Form der gewährten Gestaltungsfreiheit der ärztlichen Leitung der Abteilung übergibt"* (Sayn-Wittgenstein 2007:96).

*Von wem, oder welcher Stelle innerhalb der Organisationsstruktur eines Klinikums geht die Weisung aus, dass zu jeder physiologischen Geburt auch ärztliches Personal hinzugerufen wird?*

Antwort der PDL:

*„Prinzipiell ist es so, dass in einem Krankenhaus haftungsrechtlich der Chefarzt einer Abteilung voll in der Verantwortung ist. Deswegen gibt es eben kaum einen arztfreien Raum in der Klinik. Wenn ein Konzept für einen hebammengeleiteten Kreißsaal gemacht wird, muss der Chefarzt damit einverstanden sein, dass Hebammen nach gewissen Kriterien die normale Geburt ohne Arzt begleiten.*

*Wenn ein Haus sich entscheidet, Hebammen nach ihrer Berufsordnung eigenverantwortlich arbeiten zu lassen, dann muss man die Versicherung der Klinik darüber informieren, da sich damit die Risikoeinschätzung und dementsprechend die Beiträge ändern.“*

Zusammengefasst: es gibt kein Gesetz in Deutschland was besagt, dass immer ärztliches Personal dabei sein muss. Es ist Entscheidung des Klinikbetriebes. Dagegen steht eben die Tatsache, dass die Chefarztin\*der Chefarzt sich verantwortlich zeichnet.

Eine Kollegin am Thementisch sagte: „Respekt vor den Hebammen ist Chef\*sache“.

Das fasst die Situation recht gut in Worte: Hebammen in Kreißsälen haben so viel Verantwortung, wie die Chefarztin\*der Chefarzt der geburtshilflichen Abteilung ihnen zutraut und überträgt, da sie\*er in Deutschland haftungsrechtlich die letzte Verantwortung trägt.

## Zusammenfassung Tisch 4

In Bezug auf ihre Selbstständigkeit sind die teilnehmenden geburtshilflich tätigen Hebammen im Prinzip zufrieden, solange die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal vertrauensvoll und kollegial ist.

In Bezug auf die Argumentation, dass Kreißsaaltätigkeit höher eingruppiert werden müsste, wäre ein Ziel, dass die eigenverantwortliche Leitung physiologischer Geburten

inklusive U1 und Nahtversorgung durch erfahrene Hebammen die geschriebene Regel in Kreißsälen wird. Hebammen müssten hierfür von anderen Tätigkeiten entlastet werden (Putzen, Aufräumen, Bestellungen, PC-Arbeiten). Des Weiteren muss eine ausreichende Besetzung mit Hebammen vorliegen. Idealerweise arbeiten Hebammen mit weniger geburtshilflicher Erfahrung zusammen mit Hebammen mit mehr geburtshilflicher Erfahrung. Es fehlt jedoch Klarheit über den Umfang und die Feststellung von der „Erfahrung“ einer Hebamme.

Insbesondere bei Stichworten wie „Vertrauen“, „Kompetenz und Erfahrung von Hebammen“ fällt am Thementisch häufiger der Satz: „direkt nach der Ausbildung/Studium fehlt einer jungen Hebamme ja noch die Erfahrung, aber das darf man ja nicht sagen...“

Wollen wir aus Krisensituationen Chancen erkennen, ist es nötig eine Krise von **allen** Seiten zu beleuchten. Alles muss gesagt und diskutiert werden dürfen, sofern es niemanden persönlich diskreditiert oder beleidigt.

Hier noch einmal der Link zur kleinen Umfrage bezüglich hebammengeleiteten Arbeitens:  
<https://www.surveymonkey.de/r/ZQFTS8C>

## 5. Weitere Aspekte der praktischen Arbeit

---

Hier soll darüber diskutiert werden, was die Arbeit erleichtert, was kann uns zufriedener machen. Beispiele aus der Praxis dafür sind: Ambulanzen und Kreißaal trennen, flache Hierarchien, Zufriedenheit im Team durch Kommunikation, Gute Betreuung führt zu Zufriedenheit der Frauen.

### Probleme

- Kreißaal unterliegt der Pflege, Bereichsleitungssysteme sind in vielen Kliniken eingeführt worden. Die leitende Hebamme ist als Teamleitung im Kreißaal der Bereichsleitung untergeordnet. Die hierarchischen Strukturen führen dazu, dass oft eine fachfremde Profession mit mangelnder Kenntnis über die Funktionsstation Kreißaal Rahmenbedingungen durchsetzen oder Anordnungen treffen, die zu Unzufriedenheit im Hebammenteam führen. Beispiel: die Bereichsleitung ordnet an, die Überstunden auszuzahlen. Die\*der betroffene Kolleg\*in ist daraufhin nicht mehr bereit, Überstunden zu leisten und springt nicht mehr ein. Andere im Team springen ein und sind mit der Entscheidung der\*des Kolleg\*in nicht einverstanden. Unruhe entsteht im Team.
- Jüngere Kolleg\*innen wollen nur mit 80% in der Klinik arbeiten. Es kommen kaum Hebammen aus der Elternzeit zurück in den Kreißaal.
- In fast allen Kreißaalteams gibt es Überstunden, die selten abgebaut werden können.

- Auch originäre Hebammentätigkeiten werden in einigen Kreißsälen an andere Berufe delegiert. Oft ist die Haftung nicht geklärt. Beispiel: Hebammensprechstunde/ Schwangerenambulanz wird durch MFA durchgeführt. Kritisch dabei ist die Übernahme der Anamnese.
- Es gibt Kliniken, in denen jede Schwangere, die sich zur Geburt anmeldet, zur PDA aufgeklärt wird.
- Es gibt zu wenige Räume im Kreißsaal.
- Während Beleghebammen nicht mehr als 2 Gebärende gleichzeitig abrechnen dürfen, betreuen sie die dritte oder auch vierte Schwangere unentgeltlich. Angestellte Hebammen betreuen so viele Gebärende, wie anwesend sind. Oft sind es mehr als drei oder vier. Die mangelnde Zeit, Gebärende zu betreuen, belastet die Hebammen und führt zu starker Unzufriedenheit.
- Wer haftet im Schadensfall bei der Ablehnung von Gebärenden in der Klinik?
- Die Einführung des Expert\*innenstandards sorgt für Zufriedenheit der Hebammen, doch die Rahmenbedingungen, wie mangelndes Personal sorgen oft dafür, dass nicht entsprechend gearbeitet werden kann.
- Die Leitlinienumsetzung fällt sehr unterschiedlich aus.

## Ansätze der Veränderung

- In manchen Kliniken wird gut zwischen den Professionen kommuniziert. Gemeinsame Teamsitzungen mit klaren Absprachen sorgen für Verständnis untereinander.
- Es wird an Schichtmodellen gearbeitet, um familienfreundlicher agieren zu können. Auch kurze Stundeneinheiten können im Dienstplan Entlastung für die Kolleg\*innen bringen. So kann eine Hebamme, die auf Kindergartenzeiten angewiesen ist, von 8 bis 12 Uhr die Schwangerenambulanz übernehmen. Absprachen, welche\*r Kolleg\*in wie gerne arbeiten mag, kann Ergänzungen aufzeigen: ein\*e Kolleg\*in arbeitet lieber Spätdienst. Verkürzte Früh- oder Spätdienste sind auch eine Möglichkeit.
- Netzwerken mit freiberuflichen Kolleg\*innen und niedergelassenen Gynäkolog\*innen bringt Verständnis füreinander. Die Organisation der Ambulanz unterstützt.
- Eine Schichtleitung oder die Leitung des Kreißsaales sorgt mit der Organisation für Klärung der Zuständigkeiten.
- Die Delegation von nicht originären Hebammenarbeiten sorgt für Entlastung: Reinigungsdienst, Bestellwesen, Hol- und Bringdienst.
- Je nach Arbeitsvolumen helfen sich Station und Kreißsaal gegenseitig.

- Die Höhergruppierung der Hebammen in P9 ist ein wichtiges Signal.

Die folgenden drei Vorgehensweisen sind aus der Not heraus geboren, und nicht dauerhaft erstrebenswert, da sie die wichtige freie Wahl des Geburtsortes einschränken (die ja ohnehin durch Kreißsaalschließungen stark bedroht ist):

- Ist die Geburtenzahl mit dem vorhandenen Personal nicht leistbar, so sorgt die Begrenzung des Kontingents/ der Leistung für zumutbares Arbeitsvolumen.
- In Stuttgart gibt es ein „Rescue track“, der die freien Kapazitäten der Kliniken benennt. Die Kliniken melden sich dort bei vollem Kreißsaal ab.
- Ein Kriterienplan, wann der Kreißsaal abgemeldet wird, ist sinnvoll. Transparenz ist dabei wichtig.

---

Wir danken allen Teilnehmerinnen für die Beteiligung und den  
ergebnisreichen Workshop!



Foto: Luise Klein-Hennig, Hebammenverband Niedersachsen e.V.  
Alle Teilnehmerinnen sind mit der Veröffentlichung einverstanden.

Die Zusammenfassung wurde erstellt von  
Luise Klein-Hennig, Referentin Vorstand Hebammenverband Niedersachsen e.V.  
[referentin@hebammen-niedersachsen.de](mailto:referentin@hebammen-niedersachsen.de)