



Deutscher **Hebammen**Verband e.V.

**Deutscher Hebammenverband**  
**Gartenstr. 26**  
**76133 Karlsruhe**  
**info@hebammenverband.de**

## **Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes zum Referentenentwurf**

### **Bundskinderschutzgesetz (BKISchG) Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen**

Der Deutsche Hebammenverband (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Der mit 17.100 Mitgliedern größte Hebammenverband in Deutschland vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind freiberufliche und angestellte Hebammen, Lehrerinnen für Hebammenwesen, Familienhebammen sowie Hebammenschülerinnen und Studierende vertreten.

Diese Stellungnahme bezieht sich insbesondere auf die Stellen des Referentenentwurfes, die im Zusammenhang mit Hebammenhilfe stehen und an denen sich Schnittstellen zum SGB V und zur Reichsversicherungsordnung (RVO) ergeben.

Der Deutsche Hebammenverband begrüßt die Schaffung eines bundeseinheitlichen Gesetzes zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen. Auch für uns ist Kinderschutz zuvorderst die Unterstützung der Elternkompetenz. Hier gilt Prävention vor Intervention. Eltern, die die Bedürfnisse ihrer Kinder erkennen und gelernt haben sich in Überforderungssituationen kompetent Hilfe zu erfragen, sind der beste Schutz für ihre Kinder. Der stärkste protektive Faktor für ein gesundes Leben ist eine verlässliche Bindung an mindestens eine Person.

Somit ist Förderung der Eltern-Kind-Bindung und Interaktion, sowie die Stärkung der Elternkompetenz eine der vorrangigen Aufgaben der Hebammen und Familienhebammen! Weiter halten wir eine Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens für unabdingbar zur Schaffung eines tragfähigen Netzwerkes Kinderschutz. Die Anerkennung der Bedeutung der Frühen Hilfen unterstützen wir. Zahlreiche Studien belegen, dass ein Angebot zur Unterstützung bereits in der Schwangerschaft sinnvoll ist.

Kindwohl und Kindsgesundheit werden gefährdet durch eine Reihe von Störungen der Mutter: Psychisch (Trauma, Depression, Ängste), Sozial (Armut, Migrationshintergrund, gestörte Paarbeziehung) Medizinisch (PID, Pränataldiagnostik, Frühgeburtlichkeit). **Im derzeitigen Gesundheitssystem herrscht ein defizitorientierter Risikoansatz bei der Betreuung der Mütter vor.** Dieser steht der Übernahme eigener Verantwortung und der Stärkung der Ressourcen entgegen und löst nicht selten die Probleme erst aus, deren Folgen dann in der Jugendhilfe bearbeitet werden.

Hebammen haben einen frühen Zugang zu den Familien, ihre Tätigkeit ist aufsuchend, ihr Angebot zur Unterstützung gilt für alle Familien, und ist damit nicht diskriminierend. Sie beginnen mit ihrer Betreuung günstigenfalls in der Schwangerschaft und betreuen die Familien bis zu 8 Wochen nach der Geburt bzw. bis zum Ende der Stillzeit.



Familienhebammen sind bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes in den Familien tätig. Im Fokus ihrer Arbeit stehen Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf. Ressourcenorientiertes Handeln ist Grundlage der Tätigkeit von Hebammen.

Im Bereich der „frühen Hilfen“ stehen gesundheitliche, präventive und psychische Aspekte in engem Zusammenhang mit den Auswirkungen, die sich in der Jugendhilfe später zeigen. Der beste Schutz des Kindes beginnt demnach mit der Zeugung durch die Unterstützung der Mütter und Familien. Notwendig ist eine gesundheitsfördernde an den Kompetenzen der werdenden Eltern ausgerichtete Struktur des gesamten Reproduktionsprozesses von der Aufklärung in den Schulen über die Familienplanung, Schwangerenbetreuung und Geburt bis in die Elternzeit. Die strikte Trennung von RVO, SGB V und SGB VIII behindert eine wirkungsvolle Vernetzung der beteiligten Akteure in der Praxis. Eine Vernetzung des BMFSJF und des BMG halten wir für dringend geboten.

### Der Gesetzesentwurf im Einzelnen

Zu Artikel 1, § 1:

Wir begrüßen das Benennen einer staatlichen Mitverantwortung

Das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen betrachten wir als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die in (3) beschriebene Aufgabe, Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen finden wir richtig, allerdings bedarf es einer Klärung, wann wem welche Unterstützung zuteil werden kann, insbesondere an den Schnittstellen des SGB V und SGB VIII.

Zu §2:

(1) Ein Anspruch auf Beratung und Information ist nur nutzbringend, wenn diese so gehalten wird, dass alle Eltern mit ihren unterschiedlichen Lebenserfahrungen auch erreicht werden.

**Werdende Eltern haben Anspruch auf Information und Beratung, die ihrem kulturellen und sozialen Status angemessen und damit verstehbar ist.**

(2) Hier findet sich ein Widerspruch zu (1). Es soll einen Anspruch auf Information bereits in der Schwangerschaft geben, aber Informationen über das örtliche Leistungsangebot erfolgt erst nach der Geburt. Damit wird eine Chance vertan, die Familien im Vorfeld zu erreichen und an ein Unterstützungssystem zu binden. Es sollen Möglichkeiten diskutiert werden, wie die Familien bereits in der Schwangerschaft erreicht werden können.

Zu §3

(1) Hier müssen die einzelnen Ziele besser getrennt werden:

**Die Länder tragen Sorge für eine verbindliche Struktur der Zusammenarbeit der Leistungsträger. (Kooperation und Vernetzung)**

**Ziel ist es, schwangeren Frauen, Mütter und Vätern Informationen, Beratung und Hilfe im Hinblick auf die Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr möglichst frühzeitig anzubieten. Das eröffnet allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren die Möglichkeit eventuelle Risiken und Gefährdungen rechtzeitig zu erkennen und individuell angepasste Unterstützung anzubieten.**

ZU (2) Wir zu bedenken, dass die vielen verschiedenen Regelungen der Länder zur Zusammenarbeit Strukturen unverbindlich werden lassen. Wir fordern die Entwicklung von gemeinsamen bundeseinheitlichen Regelungen, die eine Zusammenarbeit und Kooperation auf allen Ebenen fördert.

Zu (3) Nicht geklärt ist, in welchem Rahmen Netzwerkarbeit stattfinden soll. Dazu gehört: **Für die Teilnahme an den Netzwerktreffen und die Übernahme von Aufgaben innerhalb des Netzwerkes werden zeitliche und finanzielle Ressourcen bereit gestellt.**



Zu (4) Wir freuen uns über die Stärkung des Einsatzes von Familienhebammen. Hebammen / Familienhebammen haben sowohl die medizinische wie auch die psychosoziale Entwicklung der Familien im Blick und sind im Kontext Frühe Hilfen ein wichtiger Faktor.

**Das Netzwerk Frühe Hilfen soll durch den Einsatz von Familienhebammen dahingehend gestärkt werden, dass der über die originäre Hebammenbetreuung erreichte Zugang zu den Familien als Möglichkeit genutzt wird Information und benötigte Hilfen in die Familien zu tragen. Darüber hinaus haben Familienhebammen die Möglichkeit bis zu einem Jahr in den Familien tätig zu sein und die Familien bei der Förderung der gesunden Entwicklung des Kindes zu unterstützen.**

Nicht geklärt ist, auf welcher Ebene der Aus- und Aufbau der Einsatz von Familienhebammen unterstützt werden soll. Wir wünschen uns dafür bundeseinheitliche, gut evaluierte Vorgaben, unter Einbeziehung originärer Hebammentätigkeit.

In der Begründung zu Abs.4 wird davon ausgegangen, dass die Finanzierung der medizinischen Leistungen der Familienhebamme bis zu acht Wochen nach der Geburt durch die Krankenkassen erfolgt.

Diese Vorstellung geht von verschiedenen Fehlannahmen aus. Richtig ist:

1. Die GKV finanziert die Tätigkeit der „originären Hebamme“
2. Der Leistungsumfang der Hebamme umfasst neben medizinischen Leistungen auch psychosoziale Leistungsanteile, die jedoch wegen der fehlenden Überführung der gesetzlichen Regelungen zur Hebammenhilfe aus der RVO ins SGB bisher nicht konkretisiert wurden. Die gesetzliche Stellung und Finanzierung der Hebamme in der Bandbreite ihrer Tätigkeit (medizinisch und psychosozial) ist nach wie vor unzureichend definiert.

Laut der Begründung zu diesem Absatz sind Familienhebammen auch „unter Kosten-Nutzen Gesichtspunkten“ eine Alternative. Diesen Satz finden wir nicht angemessen, angesichts eines eklatanten Rückstandes in der Vergütung für Hebammenleistungen. Unsere Angebot ist tatsächlich erprobt, in vielen ausgezeichneten Best Practice Projekten sind Familienhebammen Bestandteil der Modelle. Dafür sorgen nicht zuletzt die Kompetenz und das Engagement der Hebammen vor Ort. Richtig ist, dass immer wieder nachgewiesen wurde, dass rechtzeitige Unterstützungsangebote in den Familien der Gesellschaft langfristig einen sozialen und auch einen ökonomischen Benefit bringt. Wichtig wäre jedoch auch hier eine Zusammenarbeit mit dem BMG, um eine den Aufgaben entsprechende Finanzierung der Leistungen von Hebammen und Familienhebammen zu erreichen, unter Berücksichtigung der Kosten der adäquaten Berufsausübung.

Zu §4 (2) Wir begrüßen die Möglichkeit in unklaren Fällen mit einer Fachkraft besprechen zu können. Es fehlt aber eine genaue Beschreibung der Qualifikation und Ausbildung einer Kinderschutzfachkraft. Wir würden eine bundeseinheitliche Qualifikation begrüßen. Weiter muss geklärt werden, wie die Fachkraft erreicht werden kann und wie ihre Erreichbarkeit kommuniziert wird.

## **Änderung des SGB VIII**

Zu §8a (4) 3. Siehe §4 (2)

Zu §8b 6.§16 (3): Hier fehlt ein verbindliches Angebot an die Eltern / werdenden Eltern.

**Müttern und Vätern wird Beratung und Hilfe in Fragen der Partnerschaft.....**

Wann und wie, in welchem Rahmen, zeitlich und personell, sollen die Leistungen der verschiedenen Leistungsträger abgestimmt werden? Zu überlegen ist eine stärkere



Einbeziehung der Thematik in das bereits bestehende Angebot der Hebammen bei der Vorbereitung auf die Elternschaft. Die vom DHV in die Verhandlungen mit den Kassen eingebrachte notwendige Erweiterung der Geburtsvorbereitung wurde bislang abgelehnt, obwohl sie an bereits vorhandene Inhalte nahtlos anknüpfen würde.

### **Schlussbemerkung**

Eine Verbesserung für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen ist effektiv und nachhaltig, wenn die Unterstützungsmaßnahmen in der Lebenswelt Familie angesiedelt sind. Leider wird das für die werdenden Eltern bzw. die jungen Eltern beschriebene Angebot durch den vorliegenden Gesetzestext nicht nachhaltig gesichert.

Frühe Hilfe kann nur als Netzwerk funktionieren. Tatsächlich braucht es für die Kooperation der verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen Ressourcen, Zeit und Geld. Das wird nicht beschrieben.

Frühe Hilfen haben das Ziel, Eltern zu befähigen kompetent für ihre Kinder zu sorgen. Um dieses Angebot optimal zu gestalten gehören Berufe aus dem medizinischen wie aus dem sozialen Bereich in die Netzwerke. Hier mangelt es an verbindlichen Absprachen zur Gestaltung der Kooperationen auf allen Ebenen.

Durch ihre aufsuchende Tätigkeit gelingt es Hebammen mit ihren Angeboten die Bindung zwischen Mutter/Vater und dem Kind nachhaltig zu stärken. Für ein gut funktionierendes Netzwerk ist es deswegen sinnvoll vor Ort mit den Hebammen zusammenzuarbeiten.

Hebammen sitzen an den **Schnittstellen** zwischen den Frühen Hilfen und den Familien. Schätzungen zufolge beträgt die zusammengefasste Geburtenziffer bei Akademikerinnen ca. 0,9 Kinder je Frau, bei Frauen ohne Schulabschluss hingegen ca. 1,8, also rd. das Doppelte. Daraus ergibt sich für die Hebammen eine Verschiebung in den Akzente ihrer Betreuung. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden ist eine Qualifizierung der Hebammen notwendig. Es ist im Interesse der in diesem Referentenentwurf formulierten Ziele, Hebammen bereits in der grundständigen Hebammenausbildung dafür zu qualifizieren. An dieser Stelle soll deutlich gemacht werden, dass die HebAPrV einer dringenden Reformierung bedarf und die Akademisierung des Hebammenbedarfes wieder stärker in Diskussion kommen muss.

Hebammenarbeit ist Bestandteil sozialräumlicher „Netzwerke Kinderschutz“. Sie sollen, wie auch andere Berufe und Institutionen, in einem Kinderschutzgesetz benannt werden.

Hebammen wie Familienhebamme unterliegen der Schweigepflicht. Sie müssen sich streng an die in § 5 beschriebenen Regeln halten. Das darf auch durch besondere Strukturen in den Arbeitsverträgen zwischen Jugendämtern und Familienhebammen nicht verwässert werden. Nur so kann dafür Sorge getragen werden, dass das Angebot Familienhebamme weiter niedrigschwellig bleibt. Eine unabhängige Stellung der Hebamme und Familienhebamme und die Einhaltung der Schweigepflicht, sind hohe Güter, die die frühe Inanspruchnahme von Hilfeleistungen mehr fördern als Kontrolle unter Aufsicht des Jugendamtes.

Martina Klenk  
Präsidentin

Monika Selow  
Beirätin im Präsidium

14.02.2011

**Anlage**



## Hintergrundinformation zur Entwicklung der Hebammenhilfe<sup>1</sup>

Bis Mitte des letzten Jahrhunderts fand die Betreuung durch Hebammen individuell als aufsuchende Hilfe statt. Die Hebamme war Ansprechpartnerin für alle Fragen der Reproduktion, von der Familienplanung bis zur kindlichen Entwicklung im ersten Jahr. In den Kommunen gab es Mütterberatungsstellen (in den neuen Bundesländern bis zur Wende). Die Betreuung umfasste sowohl medizinische als auch psychosoziale Aspekte. Zu den Aufgaben der Hebamme gehörte die Beratung zu Fragen der Familienplanung<sup>2</sup>, die individuelle Vorbereitung auf die Mutterschaft, die Überwachung der normal verlaufenden Schwangerschaft, die Geburt und die Überwachung des Wochenbettverlaufs. In häufig am Gesundheitsamt angesiedelten Mütterberatungsstellen gab es Sprechstunden. In denen wurde sowohl zu medizinischen Themen als auch zu psychosozialen Problemstellungen in der Schwangerschaft und im Säuglings- und Kleinkindalter beraten. Verhalten, Entwicklung, Gedeihen und Ernährungszustand des Kindes wurden beobachtet und Auffälligkeiten mit den Müttern besprochen.

Bei erhöhtem Betreuungsbedarf wurde bei medizinischen Problemen an Ärzte oder Kliniken verwiesen, bei psychosozialen Problemen an die entsprechenden Ämter und Beratungsstellen. Auch bei Hinzuziehung von anderen Leistungsanbietern wurde die Hebammenbetreuung beibehalten. Die Hebamme hatte also eine Art Lotsenfunktion im reproduktiven Bereich.

In den neuen Bundesländern bestand dieses System noch bis zur Wende incl. der dafür sinnvollen Ausbildungsinhalte. Ältere Hebammen verfügen häufig noch über Zusatzqualifikationen im psychosozialen Bereich.

Von 1911 an bis heute ist der Anspruch der Frauen auf Hebammenhilfe ausschließlich in der Reichsversicherungsordnung festgelegt. Mit Beginn der neuen Sozialgesetzgebung in den 60er Jahren wurden alle anderen Leistungen im Zusammenhang mit der Reproduktion schrittweise in das medizinische System eingegliedert. Diese wurden durch die Krankenkassen vergütet. Sie kamen nun auf für:

- Geburt im Krankenhaus
- Postpartalen Aufenthalt von 10 Tagen, wobei die Wochenbettbetreuung, die eigentlich eine vorbehaltene Tätigkeit der Hebamme ist, wegen Mangel an Hebammen teilweise durch die Pflege übernommen wurde
- Empfängnisverhütung durch den Facharzt
- Schwangerenvorsorge durch den Facharzt
- Vorsorgeuntersuchungen für Kinder durch den Kinderarzt

Für die Eltern entstand ein fraktioniertes Betreuungs- und Hilfesystem, dessen Leistungen unvollständig, unkoordiniert und unvernetzt ersetzt wurden. Die psychosozialen Aspekte wurden durch Jugendämter, Psychologen, Beratungsstellen, Familienbildungsstätten und in Eigeninitiative der Eltern entstandene Angebote abgedeckt. Die Mütterberatungsstellen wurden im Laufe der Jahre überwiegend geschlossen.

Die geringen Verdienstmöglichkeiten für freiberufliche Hebammen führten dazu, dass die meisten Hebammen ein Angestelltenverhältnis in der Klinik vorzogen. Auch die Ausbildung richtete sich überwiegend am klinischen Setting aus. Eine Übernahme von Hebammentätigkeiten durch andere Berufsgruppen wurde begünstigt durch:

- einen Mangel an Ausbildungsplätzen und damit an Hebammen
- geringe Neigung der Kommunen Niederlassungserlaubnisse für Hebammen zu gewähren, für die sie finanziell aufkommen mussten

---

<sup>1</sup> H. Horschitz, M. Selow Hebammengebührenrecht, 2007, Mabuse Verlag

<sup>2</sup> Die Familienplanung ist auch heute noch in den Berufsordnungen, die geltendes EU-Recht widerspiegeln, als Aufgabe der Hebamme benannt, allerdings können Beratungen in diesem Bereich außerhalb von Schwangerschaft und Wochenbett nicht mit den Krankenkassen abgerechnet werden



- eine große Bereitschaft von Gesetzgeber und Krankenkassen medizinische Leistungen zur Verfügung zu stellen ohne zunächst auf Qualität und Wirtschaftlichkeit zu achten. Die Verlagerung des reproduktiven Prozesses in das medizinische System ging einher mit einer stetigen Steigerung der Interventionen in den natürlichen Verlauf, Kostensteigerung, sinkenden Stillquoten, Desorientierung und Verunsicherung der Mütter im Anpassungsprozess an eine neue Lebensphase und sinkender Bereitschaft Kinder zu bekommen.

Die mangelnde psychosoziale Begleitung in der Schwangerschaft wurde auf Eigeninitiative der Frauen hin teilweise kompensiert durch die Einrichtung von geburtsvorbereitenden Kursen, deren Kosten wenig später von den Krankenkassen erstattet wurden.

Nach der Entlassung aus der Klinik waren die Frauen gänzlich alleine gelassen, Stillberatung wurde durch Laktationsberaterinnen angeboten, Rückbildungsgymnastik durch Physiotherapeuten, um weitere Probleme kümmerten sich Sozialarbeiter und Psychologen. Beratung in der Schwangerschaft wurde übernommen durch Schwangerenberatungsstellen.

Von diesem Tiefpunkt aus betrachtet ist es seitdem gelungen, wieder mehr Hebammen auszubilden und schrittweise die fraktionierte und unkoordinierte Betreuung zurückzugeben in die Hände der Hebamme, die eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung im gesamten Betreuungsbogen gewährleisten kann, die sowohl den medizinischen, als auch den psychosozialen Aspekt berücksichtigt, der mit der Lebensphase zusammen hängt<sup>3</sup>. Die Entstehung des Berufsbildes der Familienhebamme ist zurückzuführen auf einen anhaltend hohen Bedarf an Hebammenhilfe in bestimmten Bevölkerungsgruppen bei gleichzeitig fehlender Finanzierung durch die GKV.

Insbesondere Problemlagen werden unzureichend in der RVO abgebildet und behindern dadurch am Kindeswohl ausgerichtete Vorgehensweisen. So besteht der Anspruch auf Hebammenhilfe nur für die Mutter. Das Kind selber, der Vater und andere Sorgeberechtigte haben derzeit keinen Anspruch auf Hebammenhilfe. So entfällt z.B. bei Tod der Mutter von einem auf den anderen Tag der Anspruch des Vaters auf Unterstützung im Leben mit dem Neugeborenen. In § 20 SGB V werden Hebammen als Präventionsleisterinnen nicht benannt. Entsprechende Angebote (z.B. zur Beikosteneinführung für den Säugling oder Raucherentwöhnung für Schwangere) werden Hebammen nicht vergütet, auch wenn sie die erforderlichen Zusatzqualifikationen nachweisen können.

Geburtsvorbereitung (Vorbereitung auf Geburt und Elternschaft) erfolgt in Gruppen. Der Vater hat keinen Anspruch. Besondere Zielgruppen werden nicht erreicht. Die notwendige Vorbereitung auf die Elternschaft könnte, bei Personen, die in Gruppen nicht gut aufgehoben sind (Migrantinnen, Teenagermütter) in Einzelsitzungen erfolgen. Bisher werden jedoch überwiegend medizinische Indikationen zur Einzelgeburtsvorbereitung von den Ärzten benannt und von den Kassen anerkannt.

Die gesetzliche Stellung und Finanzierung der Hebamme in der Bandbreite ihrer Tätigkeit (medizinisch und psychosozial) ist nach wie vor unzureichend definiert. Die Anspruchsgrundlage auf Hebammenhilfe besteht durch unspezifische Regelungen in der RVO. Alleine auf dem vorgesehenen Verhandlungswege zwischen den Berufsverbänden der Hebammen und dem GKV- Spitzenverband lassen sich notwendige Regelungen der Vergütung im Zusammenhang mit frühen Hilfen nicht umsetzen, ohne dass eine entsprechende gesetzliche Klarstellung erfolgt.

---

<sup>3</sup> Sayn-Wittgenstein, Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens, 2006, Huber-Verlag