

Geplante Einschränkungen im Abrechnungssystem für freiberufliche Beleghebammen bedrohen geburtshilfliche Teams in Kliniken

1. Problembeschreibung

In den Verhandlungen des Deutschen Hebammenverbands und weiterer Hebammenvertreterinnen mit dem GKV-Spitzenverband besteht der GKV-Spitzenverband auf nicht praktikable Anforderungen im Bereich der Arbeitsorganisation freiberuflicher, in der klinischen Geburtshilfe tätigen Hebammen (sogenannte Beleghebammen). Von deren Einhaltung wird dann die Kostenübernahme der Krankenkasse für die Leistung an der Schwangeren abhängig sein.

Beleghebammen sind freiberufliche tätige Hebammen, die ihre Leistung entweder in der 1:1-Betreuung oder im sog. Belegteam in der Klinik anbieten. Insgesamt arbeiten in Deutschland 1.838 Hebammen als Beleghebammen (Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2015). Sie führten im Jahr 2015 insgesamt 140.075 Geburten durch – das heißt: rund 20 Prozent aller Geburten werden von Beleghebammen begleitet (im Schichtsystem und in 1:1-Betreuung).

Das lange Zeit an sich bewährte System ist in den vergangenen Jahren für Beleghebammen zunehmend unwirtschaftlich geworden. Dies liegt an der geringen Grundvergütung und den überproportional stark angestiegenen beruflichen Kosten. Die Hebammenverbände haben deshalb eine Erhöhung der Vergütung in den Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen gefordert.

Diese Forderung nimmt der GKV-Spitzenverband zum Anlass, Neuregelungen im Vertrag zu verankern. Diese werden künftig eine Ausübung der freiberuflichen klinischen Tätigkeit von Hebammen unmöglich machen.

Der Hebammenverband lehnt die geplanten Regelungen ab, da sie weitreichende Folgen auf die geburtshilfliche Versorgung haben werden: Sie schaffen das System der freiberuflichen Beleghebammen in der heute bestehenden Form ab. Der Spitzenverband erwartet, dass Kliniken die betroffenen Hebammen anstellen, um die klinische geburtshilfliche Versorgung sicherzustellen. Und sie erwarten damit Geld einzusparen. Der Anteil der Beleghebammen an den Gesamtkosten der freiberuflichen Hebammenhilfe beträgt fast 10 Prozent.

Allerdings ist nicht zu erwarten, dass sich damit die Gesamtausgaben der Krankenkassen reduzieren lassen. Denn: Fallen diese Kosten nicht im Bereich der freiberuflichen Hebammen an, so werden diese über die klinische Leistung vergütet werden. Die Ausgaben, die bei Hebammen gespart werden, fallen folglich im Ausgabenblock der Krankenhäuser wieder an.

Bei dieser Überlegung wird weder die Finanzsituation der Kliniken bedacht, noch die vielen anderen Schwierigkeiten innerhalb des geburtshilflichen Versorgungssystems. Viele Kliniken haben bereits jetzt Probleme, freie Stellen mit angestellten Hebammen zu besetzen.

Der Hebammenverband fordert eine Erhöhung der Vergütung auf ein Niveau, das dem Aufwand und der Verantwortung der Tätigkeit der Hebammen entspricht. Die Reaktion des GKV-Spitzenverbandes diese Leistungen deshalb in einer Form zu reglementieren, dass sie nicht mehr angeboten werden können, ist eine falsche Reaktion für die Versorgungssicherheit der Schwangeren.

Es ist nachweisbar, dass die reine geburtshilfliche Leistung für Krankenkassen im Belegsystem nicht teurer ist als bei der Abrechnung über DRG durch Kliniken. Die Krankenkassen begründen die geplanten Neuregelungen jedoch durch die Möglichkeit der freiberuflichen Hebammen, mehrere Schwangere parallel zu betreuen. Allerdings werden auch im klinischen DRG-Abrechnungssystem überschneidende Betreuungen mit den Krankenkassen abgerechnet.

Es ist eine systembedingte Organisationsform in Kliniken, dass neben einer geburtshilflichen Leistung auch andere Betreuungsleistungen erbracht werden. Diese Kosten fallen folglich auch in Kliniken an, die nicht mit Beleghebammen arbeiten. Dort werden Sie durch Fallpauschalen vergütet.

Die geforderten Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes an die Organisation der Beleghebammentätigkeit sind:

- Beleghebammen, die in einem Dienstplan- oder Schichtsystem in einer Klinik tätig sind, sollen in der Leistungsmenge reglementiert werden. Sie dürften dann nur noch maximal eine 1:2-Betreuung abrechnen, also die Betreuung von zwei Frauen gleichzeitig, unabhängig von den unterschiedlichen Phasen der Geburt bzw. vom Betreuungsbedarf der jeweiligen Frau.
Die Folge: Eine dritte Geburtsbetreuung oder eine Hilfeleistung bei Beschwerden, sowie jedwede andere Tätigkeit bei anderen Schwangeren wären mit den gesetzlichen Krankenkassen im selben Zeitraum nicht mehr abrechenbar. Die Krankenkassen würden die Vergütung der erbrachten Leistung entweder auf Kosten der Hebammen, der Kliniken oder der Versicherten (als Selbstzahlerin) einsparen.
- Eine 1:1-Betreuung mit Hebammen, die ihre Arbeitszeit in Form einer geplanten Dienstzeit zur Verfügung stellen, soll ersatzlos entfallen.
- Die Beleghebammentätigkeit, bei der Hebammen nur dann in die Klinik kommen, wenn sie von der Schwangeren hierhin gerufen werden (sie arbeiten nicht in einem Dienstsystem der Klinik), soll umorganisiert und umbenannt werden. Künftig soll diese Betreuungsform „Begleit-Beleggeburt“ heißen und nur nach stringenten Vorgaben abrechenbar sein bzw. den Schwangeren von den Krankenkassen vergütet werden. Bedingung soll sein: Schwangere müssen mindestens drei Leistungen der Beleghebamme bis zur 38. Schwangerschaftswoche in Anspruch genommen und bis zu diesem Zeitpunkt einen entsprechenden Behandlungsvertrag abgeschlossen haben. Die „Begleit-Beleghebamme“ muss die geburtshilfliche Leistung höchstpersönlich erbringen. Eine Vertretung ist nur dann möglich, wenn vorab die Vertretung namentlich benannt

werden konnte. Eine kurzfristige Vertretung in Form einer Übernahme der Betreuung durch eine andere Hebamme ist, nach der Forderung der Krankenkassen, auch dann nicht mehr möglich, wenn beispielsweise eine überlange Geburtsdauer die Übergabe der Gebärenden in eine andere Hebammenbetreuung dringlich erforderlich machen würde. Jedwede parallele Leistung, dazu gehört auch eine kurze telefonische Beratung, kann nicht abgerechnet werden.

Begründet wird die Neuregelung der Abrechnung damit, dass eine Verbesserung der Qualität erreicht werden soll. Tatsächlich sollen jedoch Kosten gespart und freiberuflich tätige Hebammen in Kliniken nicht mehr wie bisher finanziert werden.

Der Vertragsentwurf sieht keine Übergangsfristen oder Bestandsschutzklauseln vor. Die Folge: Sollte dieser in Kraft treten, fallen sofort die bislang bekannten Organisationsformen der Betreuung in den Kliniken weg.

2. Kritik an den geplanten Neuregelungen

Bei den aktuell geplanten Neuregelungen des GKV-Spitzenverbands im Vergütungssystem für Hebammen sind die weitreichenden Folgen ausgeblendet. Im Zentrum der Geburtshilfe sollte die gute Betreuung stehen, zu der alle Schwangeren und Gebärenden – auch kurzfristig – Zugang haben. Sie muss flächendeckend und wohnortnah zur Verfügung gestellt werden. Diesem Anspruch kann die geplante Änderung nicht gerecht werden. Insbesondere nicht vor dem Hintergrund, dass deutschlandweit Hebammenhilfe bereits an vielen Orten nicht mehr ausreichend zur Verfügung steht.

Der Deutsche Hebammenverband hat aus den nachfolgend genannten Gründen erhebliche Bedenken gegen das geplante Vorgehen der gesetzlichen Krankenkassen.

2.1 Qualitative Verschlechterung der Betreuung zu erwarten

Durch die Neuregelungen ist keine qualitative Verbesserung der Betreuung zu erwarten:

- Eine 1:1-Betreuung wäre nur noch in streng reglementierten Fällen möglich und eine Übergabe der 1:1-Betreuung an eine ausgeruhte Hebamme bei langer Dauer der Geburt ist nicht vorgesehen.
- Eine 1:2-Betreuung ist nicht in allen Fällen zu garantieren, da die Zeit, in der eine Geburt stattfindet, nicht planbar ist. Es kann – auch bei bester Personalbesetzung – zu einer vorübergehenden Häufung kommen.
- Durch die Bedingung einer „höchstpersönlichen Betreuung“ werden bestehende Teamstrukturen abgeschafft hin zu einer Solo-Betreuung. Dies führt insbesondere in Notfallsituationen zu einer Verschlechterung in der Versorgung.
- Wenn fachliche Hilfe im Kreißaal ab der dritten Frau unentgeltlich erbracht werden muss, werden voraussichtlich weniger Hebammen diese Tätigkeit anbieten. Denn die freiberufliche geburtshilfliche Tätigkeit in der Klinik ist bereits seit Jahren mit deutlich geringeren Vergütungspauschalen versehen als beispielsweise freiberufliche Geburtshilfe in Geburtshäusern.

2.2 Schließung von Kreißsälen wahrscheinlich

In der Vergangenheit haben viele Kliniken – insbesondere, wenn sie geringe Geburtenzahlen im Jahr haben – auf die flexibleren Belegsysteme umgestellt. Das geburtshilfliche Angebot ist für die Klinikbetreiber in der bestehenden Form nicht rentabel. Geburtshilfliche Abteilungen in strukturschwachen Regionen sind nicht wirtschaftlich zu führen. Die Gründe hierfür sind: eine über Jahre währende Mangelfinanzierung des klinischen Systems, die Kopplung der Finanzierung an die Leistungsmenge sowie der fehlende Einsatz von Personalbemessungsinstrumenten im klinischen Vergütungssystem. Um eine komplette Schließung zu verhindern, setzen Klinikträger darauf, Personalkosten und das Personalrisiko zu sparen. Die Umstellung in ein Belegsystem war deshalb ein probates Mittel zur Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung für die Gebärenden.

Es ist zu erwarten, dass zahlreiche Kliniken, die jetzt mit Beleghebammenteams arbeiten, die freiberuflichen Hebammen nicht (wieder) anstellen. Wahrscheinlich werden sie die Geburtshilfe endgültig schließen. Die Schließung von Kreißsälen aufgrund der Umstrukturierung des Belegsystems wird kleinere geburtshilfliche Abteilungen betreffen, aber auch bereits bestehende Zentren. Insbesondere in Bayern ist die geburtshilfliche Versorgung nahezu flächendeckend mit Beleghebammen gesichert: 78 Kliniken arbeiten dort ausschließlich mit Belegteams, davon elf Level 1-Kliniken. Lediglich 29 Kliniken in Bayern haben ausschließlich angestellte Hebammen (Stand: 2016).

Weitere Kreißsaalschließungen dürfen nicht ohne Planung von Alternativen erfolgen. Andernfalls wäre die Folge weitere Regionen mit Mangelversorgung entstehen zu lassen. Bereits jetzt gibt es einen Rückgang von rund 40 % bei der Anzahl der geburtshilflichen Kliniken seit 1991 auf bundesweit aktuell rund 700. In bestimmten Regionen (Beispiel: Sylt) wird bereits jetzt keine Geburtshilfe mehr angeboten.

2.3 Rückzug aus der Geburtshilfe von freiberuflichen Beleghebammen nicht durch Anstellungen ausgleichbar

Inhaltlich ist Hebammenhilfe in Kliniken weitgehend unabhängig von der Arbeitsorganisation. Angestellte wie freiberufliche Hebammen leisten dort die gleiche Arbeit. Allerdings unterliegen angestellte Hebammen – aufgrund der vertraglichen Bindung gegenüber ihrem Arbeitgeber – anderen Verpflichtungen und Zwängen.

Freiberufliche Hebammen schließen den Behandlungsvertrag mit der Frau. Die Hebammenleistung wird also direkt von der Schwangeren angefordert. Die Klinik stellt in dieser Organisationsform alle anderen benötigten Leistungen zur Verfügung.

Beleghebammen sind zwar freiberuflich tätig, unterlegen aber einerseits der klinischen Qualitätssicherung, andererseits auch den Verpflichtungen des Versorgungsvertrages.

Freiberufliche Hebammen haben die Möglichkeit und Verpflichtung, die Größe des Teams selbstverantwortlich zu planen. Die Größe des Teams ist deshalb besonders abhängig von der Anzahl der zu betreuenden Frauen und damit den zu erledigenden Aufgaben. Den Rahmen dazu bilden die Auflagen und die Vergütungshöhe des Vertrags zur Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGBV, der für freiberufliche Hebammen Geltung hat.

Ein weiterer Aspekt der freiberuflichen Organisationsform ist: Arbeitszeiten, wie auch Ruhe- und Fortbildungszeiten können und müssen – unabhängig von Vorgaben eines Arbeitgebers – entsprechend der Notwendigkeit und der gesetzlichen Verpflichtung organisiert werden.

Wenn vertragliche Auflagen die freiberufliche Tätigkeit so stark einschränken, dass weder eine wirtschaftliche Arbeit möglich ist, noch die notwendige Flexibilität und unternehmerische Freiheit gegeben ist, wird in der Folge diese Leistung künftig nicht mehr angeboten werden.

3. Fazit

Die von den Krankenkassen auch mit dem Argument der Qualitätsverbesserung favorisierte Neuregelung des Abrechnungssystems wird zu einem zunehmenden Versorgungsmangel in Deutschland führen. In Gefahr ist dadurch die wohnortnahe geburtshilfliche Versorgung der Gebärenden durch drohende Schließungen geburtshilflicher Abteilungen in den Kliniken.

Die von den Krankenkassen geforderten Auflagen können nur umgesetzt werden, wenn eine ausreichende Finanzierung der Leistung erreicht wird und damit genügend Hebammen für diese Arbeit zur Verfügung stehen. Nur eine Organisationsstruktur, die ausreichend Hebammenhilfe zur Verfügung hält, ist auch eine Qualitätsverbesserungsmaßnahme. Denn einzig dann können Gebärende rund um die Uhr die notwendige intensive Betreuungsleistung erhalten. Für die Entwicklung der Organisationsstruktur muss zudem genügend Zeit zur Verfügung stehen.

Ohne diese Maßnahmen belasten und reglementieren die geforderten Auflagen einen einzelnen Beruf in einem großen interdisziplinären Gefüge. Das Leistungsangebot der Hebammen wird deshalb zwangsläufig geringer werden. Dann werden Kreißsäle schließen müssen. Dies geht zu Lasten schwangerer Frauen, die einen sicheren und wohnortnahen Ort zum Gebären benötigen.

Die geburtshilfliche Leistung freiberuflicher Beleghebammen in seiner bestehenden Organisationsform bietet eine Chance für die geburtshilfliche Versorgung und muss erhalten bleiben. Denn unabhängig von klinischen Vorgaben haben Beleghebammen die Möglichkeit, die Personalstärke des Teams jeweils so weit aufzustocken, dass eine ausreichende intensive Betreuung für die Gebärenden möglich ist. Hierzu ist es aber erforderlich, dass der persönlichen Leistung eine ausreichende Vergütung gegenübersteht. Es ist notwendig, dass Organisationsformen geschaffen werden, die Entlastung und Ruhezeiten ermöglichen und die Möglichkeit zur beruflichen Weiterentwicklung offen halten. Die aktuelle Situation zeigt, dass jahrelange Mangelvergütung der freiberuflichen Hebammen zu einem Mangelangebot an freiberuflicher Hebammenleistung auch in der klinischen Geburtshilfe geführt hat.

Es ist das Ziel des Deutschen Hebammenverbandes, dass Gebärenden flächendeckend und wohnortnah eine geburtshilfliche Hebammenversorgung in hoher Qualität zur Verfügung steht. Frauen müssen die Möglichkeit haben, ihr Kind zu Hause, im Geburtshaus oder in der Klinik zu gebären. Es müssen Maßnahmen ergriffen werden, dass alle Frauen, unabhängig davon, ob sie von freiberuflich tätigen oder angestellten Hebammen betreut werden, die Möglichkeit einer intensiven, persönlichen Hebammenbetreuung erhalten. Es müssen

Grundlagen dafür geschaffen werden, dass jeder Gebärenden eine Hebamme zur Betreuung zugesichert werden kann.

Ein Instrument, um die Versorgung zu sichern und die Qualität zu verbessern, ist die Rückholung der aus dem Beruf ausgestiegenen Hebammen in ihren originären Beruf. Darüber hinaus müssen Anreize geschaffen werden, um den Verbleib der Kolleginnen in der Versorgung der Mütter zu sichern. Dies kann nicht durch weitere drastische Reglementierungen und Auflagen der Hebammen erreicht werden.

Es kann nur dadurch erreicht werden, dass eine angemessene Vergütung der Leistung geboten ist, eine langfristige berufliche Sicherheit besteht und die Haftung für Hebammen individuell tragbar ist.

Der Deutsche Hebammenverband fordert deshalb:

- Keine vertragliche Einschränkung der Leistungsmenge
- Eine angemessene Finanzierung der freiberuflichen Hebammenleistung
- Die klinische geburtshilfliche Versorgung muss unter Beibehaltung der vorhandenen Strukturen der freiberuflich im klinischen Setting tätigen Hebammen beibehalten und gestärkt werden. Die bundesweite geburtshilfliche Versorgung muss systematisch geplant und organisiert werden. Hierzu bedarf es einer umfassenden datenbasierten Bedarfs- und Angebotserhebung.
- Qualitätsmaßnahmen müssen entwickelt werden, die die Versorgung der Schwangeren zu verbessern und zu sichern. Dabei ist darauf zu achten, dass die notwendigen finanziellen Mittel bereitgestellt werden.
- Eine Etablierung von Organisationsstrukturen, die Teamarbeit ermöglichen, muss gefördert werden. Hierzu gehört auch die Finanzierung von Rufbereitschaften in Beleghebammenteams durch die Krankenkassen.
- Eine langfristige Lösung im Bereich der beruflichen Haftung und der dadurch entstehenden betrieblichen Kosten muss angestrebt werden, damit Hebammen eine langfristige berufliche Perspektive haben.

Anhang: Hintergrundinformationen:

1. Arbeitsorganisation von Beleghebammen:

Beleghebammen arbeiten in zwei verschiedenen Arbeitsorganisationsformen:

- a) Es gibt Hebammen, die ihre Leistung in ein Team freiberuflicher Hebammen einbinden. Damit stellen sie im Schichtsystem die Versorgung der Gebärenden im Kreißaal dauerhaft sicher. Abhängig von der zu leistenden Geburtzahl sowie der im Kreißaal anfallenden anderen Tätigkeiten – wie beispielsweise die Überwachung von sogenannten Risikoschwangerschaften –, sowie abhängig von der Anzahl der im Team befindlichen Hebammen, ist im gegenwärtigen System ein in der Klinik üblicher Betreuungsschlüssel wie auch eine 1:1-Betreuung möglich.
- b) Wenige freiberufliche Hebammen begleiten ausgewählte Frauen zu deren Geburt in die Klinik. Hebammen, die fest abgesprochene Stunden in der Klinik anwesend sind, können aufgrund der Organisation neben der eigentlichen geburtshilflichen Leistung auch andere Bedarfe von Schwangeren erfüllen (bspw. Beratung und Kontrolle bei fraglichem Geburtsbeginn). Hingegen ist es den Hebammen, die ausschließlich für die persönliche Betreuung mit der Schwangeren in die Klinik gehen, nicht möglich weitere Schwangere zu betreuen, die keine geburtshilfliche Leistung benötigen und keine persönliche Betreuung vereinbart haben. In diesem Arbeitsorganisationsmodell ist ausschließlich eine 1:1-Betreuung möglich.

Zurzeit gibt es also diese zwei möglichen Arbeitsorganisationsformen der Beleghebammen. Diese Organisationsformen haben Auswirkungen auf die Leistungsmenge sowie auf die Verlässlichkeit der Hebammenleistung für die Klinik und damit auf die Versorgung der Schwangeren und Gebärenden. Die Vergütung der jeweiligen geburtshilflichen Leistung ist im Augenblick für beide Organisationformen identisch.

Bislang gibt es hinsichtlich der Abrechnung von Leistungen von Beleghebammen, die in einem Schichtsystem in Krankenhäusern arbeiten, keine Reglementierungen. Hebammen können alle von ihnen während ihrer Dienstzeit freiberuflich erbrachten Leistungen abrechnen. Hebammen, die Frauen während einer Geburt im Krankenhaus im Rahmen einer sogenannten 1:1-Betreuung im Belegsystem begleiten, können die Betreuung gesondert abrechnen. Voraussetzung hierfür ist: Diese Betreuungsform wurde vorher mit der Frau schriftlich vereinbart, die Geburt wurde im Krankenhaus durchgeführt und es sind keine Leistungen an anderen Versicherten parallel erfolgt.

2. Die Vergütung der freiberuflichen Beleggeburt:

Die Vergütung für eine Geburt im Belegsystem für Hebammen beträgt aktuell 271,94 Euro, mit Nachtzuschlag 327,94 Euro. Hierin ist die Betreuung bis zu acht Stunden vor und drei Stunden nach der Geburt inkludiert.

Im Durchschnitt (laut den Daten der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe, QUAG e. V.) dauert die Betreuung einer Geburt elf Stunden. Bei der pauschalen Vergütung bleibt der Beleghebammen also im Falle einer 1:1-Betreuung ein

Stundensatz von 24,72 €. Davon abgezogen werden die beruflichen Ausgaben und Sozialversicherungsbeiträge.

Beleghebammen im Schichtsystem rechnen mit den gesetzlichen Krankenkassen im Schnitt 63 Geburten pro Jahr ab. Hinzu kommen andere Leistungen der Hebammenhilfe des Kreißaaldienstes.

Beleghebammen, die eine 1:1-Betreuung anbieten, rechnen im Schnitt 28 Geburten pro Jahr mit den gesetzlichen Krankenkassen ab. Hinzu kommen andere Leistungen, vorwiegend aus dem ambulanten Sektor.

3. Qualität in der Geburtshilfe mit Hilfe von Teamstrukturen

Frauen haben einen Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Hebammenarbeit bei allen Formen der Betreuung. Die zur Umsetzung dieses Anspruchs notwendige 1:1-Betreuung von Gebärenden in Kliniken ist eine schon lange bestehende Forderung des Deutschen Hebammenverbandes. Studien belegen, dass ein Betreuungsschlüssel von einer Hebamme für eine Gebärende zu einem besseren Gesamtergebnis der Geburt führt. Gemeint ist hiermit jedoch – anders als die Auslegung des GKV-Spitzenverbandes es vorsieht – nicht eine höchstpersönliche Betreuung durch eine der Frau Wochen vorher namentlich bekannten Hebamme. Sondern gemeint ist hierbei, wie in anderen Leistungsbereichen auch, der Betreuungsschlüssel von einer Hebamme für eine Frau.

Eine vorab vertraglich zu vereinbarende höchstpersönliche Betreuungsleistung birgt – insbesondere auf der Grundlage einer Personalmangelsituation – erhebliche Risiken im Bereich der Betreuungssicherheit und im Bereich der Fehlerfreiheit. Sie fördert deshalb nicht per se die Qualität.

Hebammen sind nicht erst seit der Diskussion um die steigenden Haftpflichtprämien darum bemüht ihre Arbeit so zu strukturieren, dass die Fehlerquote minimiert wird. Hierzu zählt auch die Fort- und Weiterbildung, sowie die Einhaltung von Ruhezeiten. Freiberufliche Hebammen unterliegen keinem Schutz durch das Arbeitszeitgesetz. Sie sind verpflichtet, diesen Schutz eigenständig zu organisieren.

Hebammen stehen vor der Herausforderung, einerseits dem Anspruch der Frauen gerecht zu werden, deren ungeplantem Hilfebedarf unverzüglich nachzukommen, und andererseits die fachliche Unterstützung auch in der gebotenen Sorgsamkeit zu leisten. Deshalb hat sich auch die Arbeitsorganisation des Hebammenberufes in den vergangenen Jahren von der allein arbeitenden Hebamme hin zur Teamarbeit entwickelt. Dabei gibt es lose Vertretungsvereinbarungen gleichermaßen wie vertraglich fixierte Gesellschaftsformen, wie bspw. Partnerschaftsgesellschaften.

Auch Teamstrukturen sichern eine persönliche Hebammenleistung. Dies gilt für jede Art der Beleghebammentätigkeit wie auch für Geburtshäuser sowie im Bereich der Geburtshilfe im häuslichen Umfeld, wenn sich Geburtsbetreuungen häufen, bzw. einzelne Geburten lange dauern.

Es ist ein wichtiger Sicherheitsaspekt, wenn die verantwortungsvolle geburtshilfliche Betreuung an Kolleginnen abgegeben wird, wenn Müdigkeit die Reaktionszeiten und die Konzentration beeinträchtigen.