

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)220(10)

gel. VB zur öffent. Anh. am 25.09.2024

23.09.2024



**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der  
Versorgungsqualität im  
Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen  
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)**

Berlin, den 20.09.2024

**Deutscher**

**Hebammenverband e. V.**

Geschäftsstelle Berlin

Lietzenburger Straße 53

10719 Berlin

**T.** 030-3940 677 0

**F.** 030-3940 677 49

[referat-pol-strategie@hebammenverband.de](mailto:referat-pol-strategie@hebammenverband.de)

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument  
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

## Vorbemerkung

Der DHV begrüßt weiterhin die Ziele der Bundesregierung und der Koalition, die klinische Versorgungslandschaft der Bundesrepublik grundlegend zu reformieren sowie die Verzahnung der ambulanten und klinischen Versorgung voranzutreiben.

Die klinische Geburtshilfe ist das beste Beispiel, warum dieser Schritt überfällig ist. Seit Jahren nimmt in einem völlig ungesteuerten Prozess die Zahl der Geburtshilfestationen und Kreißsäle bundesweit ab. Die verbleibenden Kreißsäle leiden unter Überlastung und dem daraus resultierenden Personalschwund. Beides liegt an grundlegenden strukturellen Problemen, die bislang nicht oder nur unzureichend adressiert wurden: Bekannte Fehlanreize in der Finanzierung und Qualitätsmessung, was wiederum zu einer systembedingten Fehl-, Über- und Unterversorgung der Schwangeren und Gebärenden führt.

Das spiegelt sich sowohl in langen Anfahrtszeiten der Schwangeren und Gebärenden und regelmäßigen Abweisungen an den Kreißsälen, als auch in hohen Interventionsraten und traumatisierenden Geburtserfahrungen wider. Das Nationale Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt" konstatiert folgerichtig, dass die interprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Berufsgruppen und Leistungserbringer\*innen als Schlüsselement für eine angemessene Versorgung von Mutter und Kind dringend verbessert werden muss.

Auch im Koalitionsvertrag sind essentielle Ziele festgehalten, wie die Betrachtung der Fehlanreize rund um Spontangeburt und Kaiserschnitte, Sicherstellung der Eins-zu-eins-Betreuung unter der Geburt, den Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle und die Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels. Ebenso wird eine bessere Verzahnung der klinischen und außerklinischen Versorgung gewünscht. All diese Ziele unterstützt der Hebammenverband ausdrücklich und hat daher große Hoffnung in die angekündigte Reform der Krankenhauslandschaft und die weiteren angekündigten Gesetzgebungsverfahren, wie das Gesundheitsversorgungsverbesserungsgesetz (GVSG) und die Reform der Notfallversorgung, gesetzt.

Der vorliegende Gesetzesentwurf entbehrt bislang jedoch noch die erforderlichen Voraussetzungen, um die notwendige Reform der klinischen Geburtshilfe voranzutreiben. Es fehlt an Grundlagen, um die existierenden wirtschaftlichen und qualitativen Fehlanreize zu beheben sowie die flächendeckende Versorgungssicherheit für Mutter und Kind wiederherzustellen. Auch die gesetzlich geregelte Hinzuziehungspflicht von Hebammen wird bislang nicht ausreichend berücksichtigt. Es reicht nicht, eventuelle Reformen auf den neu zu gründenden Ausschuss zur Weiterentwicklung von Leistungsgruppen zu vertagen. Auch die geplante Vorhaltefinanzierung ist weiterhin Fallzahlen-bezogen und löst damit nicht das Grundproblem der Finanzierung der Geburtshilfe.

Die größten inhaltlichen Lücken für die Geburtshilfe liegen bei der Sicherstellung der Eins-zu-eins-Betreuung und der notwendigen Stärkung der physiologischen Geburt. Auch die Herausforderung, die Betreuung physiologischer Geburten adäquat in DRGs und Qualitätssicherungssystemen abzubilden, wird nicht adressiert. Die im Anhang definierte Leistungsgruppe 42 "Geburten" befasst sich nicht mit den dafür notwendigen Voraussetzungen, sondern schreibt schlichtweg den Status-Quo fort.

**Der DHV betont deswegen ausdrücklich: Da sich die Situation für die klinische Geburtshilfe immer weiter zuspitzt, ist es erforderlich, die notwendigen Weichen unmittelbar zu stellen, um weitere Kreißsaalschließungen und wachsende Versorgungslücken, sowie traumatisierende Geburtserfahrungen und dauerhaft überfordernde Arbeitsbedingungen zu verhindern. Die Chancen der großen Krankenhausreform dürfen für die Geburtshilfe nicht verschenkt werden.**

**Um dies im Rahmen des vorliegenden Gesetzesentwurfs zu erreichen, schlägt der DHV im Kern drei prioritäre Ergänzungen im Gesetzestext vor. Die gesetzliche Verankerung von Hebammenkreißsälen, die Beteiligung von Hebammen im Ausschuss für Leistungsgruppen sowie die Ausnahme der Geburtshilfe aus den Mindestvorhaltezahlen des § 135 f.**

Darüber hinaus nehmen wir Stellung zu weiteren Punkten, die die sinnvolle Verzahnung der ambulanten und klinischen Sektoren betreffen. Auch hier bleibt ein großes Potential für die Versorgung in der Reform bislang ungenutzt. Im Einzelnen nimmt der DHV wie folgt Stellung:

## **Artikel 1, Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte, § 115g-116a**

Es fällt auf, dass der Referentenentwurf deutlich hinter den ursprünglich genannten Zielen der Reform zur Verzahnung der Sektoren zurückbleibt. Besonders für die Geburtshilfe sowie die Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen ist dies sehr bedauerlich, da die Sicherstellung der Versorgungsangebote im Rahmen des vorliegenden Gesetzes deutlich verbessert werden könnte.

Im vorliegenden Entwurf wird in § 115 g (neu) bei der besseren Verzahnung von ambulanten und klinischen Leistungen weiterhin allein auf die ärztlichen Leistungen gesetzt. Die Versorgungslandschaft umfasst aber deutlich mehr essentielle Leistungserbringer\*innen als Haus- oder Fachärzte. Der Gesetzesentwurf verpasst damit die Chance, die weiteren, nicht-ärztlichen Leistungserbringer\*innen, wie z.B. freiberufliche Hebammen oder Hebammenpraxen, strukturell einzubinden. Auch die fachliche Stärkung der Profession Pflege wäre ein wesentliches - aber noch nicht erreichtes - Ziel der Reform, v.a. in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Dazu verweisen wir auf die Stellungnahme des DPR, die wir unterstützen.

Der DHV empfiehlt, bei den sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten die Pflege zu stärken und weiterhin auch Hebammenpraxen mit aufzunehmen, um damit das Potential für die Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen zu erschließen. Bestes Beispiel für die Verzahnung von sektorenübergreifender Versorgung sind die Belegteams für Kreißsäle, in denen die Versorgungsangebote freiberuflicher Hebammen sinnvoll für die Sicherstellung der Versorgung in den Kliniken genutzt werden. Das lässt sich sehr gut ausbauen, insbesondere wenn die Betreuungskontinuität (Continuity of Care), wie im Nationalen Gesundheitsziel empfohlen, vor und nach der Geburt verbessert werden soll.

In diesem Zusammenhang ist es besonders bedauerlich, dass im Referentenentwurf des GVSG unter anderem auch die ursprünglich geplanten Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen gestrichen wurden. Der DHV hält diese Konzepte für absolut relevant als komplementären Ausbau der ambulanten Strukturen und regt deswegen dringend an, diese mit klarem Einbezug der gesundheitlichen Fachberufe im parlamentarischen Verfahren wieder aufzunehmen. Sollte dies nicht der Fall sein, müssen dringend andere Wege gefunden werden, die Versorgungsmodelle im Bereich der Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung auszubauen und die Sektoren sinnvoll zu verknüpfen.

Über Kooperationen mit freiberuflichen Hebammen oder Hebammenpraxen können - z.B. durch hebammengeleitete Portalpraxen - die Versorgungsangebote in den Kliniken bedarfsgerecht und regional passend erweitert werden. Ein Ansatzpunkt dafür wäre im Rahmen des § 116a möglich.

Neben dem GVSG besteht auch im Rahmen der angekündigten Reform der Notfallversorgung die Möglichkeit, die Notfallversorgung zu verbessern und damit die Kreißsäle von ambulanten Tätigkeiten zu entlasten. Der DHV hat dazu eine Stellungnahme mit konkreten Vorschlägen vorgelegt.

### **§135e Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung**

Kernstück der Reform wird die strukturelle und qualitative Ausgestaltung der Leistungsgruppen darstellen. Daher ist es sehr bedenklich, dass diese Aufgabe erst im Nachgang zum Gesetzesentwurf über eine Rechtsverordnung angegangen wird, obwohl die neue Finanzierungsstruktur genau auf den neu zu schaffenden Qualitätskriterien aufbaut. Die auf NRW basierenden Vorgaben zur

Leistungsgruppe 42 "Geburten" sind bestenfalls rudimentär zu nennen und bedürfen dringender Überarbeitung. Gleichzeitig ist der Zeitplan für die Überarbeitung der Leistungsgruppen durch den Ausschuss bis März 2025 extrem ambitioniert, was zumindest an der notwendigen Tiefe der Reform in der klinischen Geburtshilfe zweifeln lässt. Der DHV betont ausdrücklich, dass die notwendige Weiterentwicklung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der klinischen Geburtshilfe eine kontinuierliche Aufgabe darstellen muss, da erhebliche strukturelle Fehlanreize sowie eklatante Lücken in der Qualitätssicherung behoben werden müssen. Wir haben die entsprechenden Instrumente zur Qualitätsmessung, diese müssen zur praktischen Anwendung gebracht werden.

Die Zeit drängt. Die entstehende zeitliche Verzögerung der notwendigen Reformen wird für den Bereich der klinischen Geburtshilfe kritische Auswirkungen haben, da im vorliegenden Gesetzentwurf die finanziellen Fehlanreize fortgeführt werden. Die geplanten Vorhaltepauschalen sowie der Sicherstellungszuschlag können die weiter bestehenden grundlegenden Fehlanreize nicht ausgleichen.

Für die in Anlage 2 vorgelegte Leistungsgruppe 42 "Geburten" braucht es daher eine grundlegende Überarbeitung und Ergänzung, bis hin zur Reform der DRGs und Qualitätsparameter für die klinische Geburtshilfe. Der DHV hatte frühzeitig eine ergänzende Leistungsgruppe hebammengeleitete Geburtshilfe empfohlen, um sowohl der Regel- wie auch der Maximalversorgung gerecht werden zu können. Es bleibt dabei: egal ob in einer oder in zwei Leistungsgruppen, die Anforderungen der physiologischen Geburtshilfe müssen innerhalb der klinischen Strukturen und Prozesse zukünftig berücksichtigt werden.

**Für den §135e empfiehlt der DHV deswegen dringend, zwei wesentliche Ergänzungen aufzunehmen, um die gewollte Reform der klinischen Geburtshilfe abzusichern:**

**Zum einen gilt es, für die Geburtshilfe - ergänzend zum Facharztstandard - einen Standard für hebammengeleitete Geburtshilfe zu verankern. Dies kann über die Aufnahme des Hebammenkreißsaals im §135e Abs. 4 erfolgen. Zum anderen muss im Ausschuss nach Absatz 3 für die Leistungsgruppe Geburt die Beteiligung der Hebammenvertretung ergänzt werden.**

Die Ausgestaltung dieser Ergänzungen wird im Folgenden erläutert:

### **1. Zusammensetzung des Ausschuss für die Leistungsgruppe Geburt erweitern:**

Der DHV begrüßt die Begleitung des BMG bei der Überarbeitung und Entwicklung von Leistungsgruppen durch einen paritätisch besetzten Ausschuss, verbunden mit der strukturellen Einbindung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Es bedeutet einen wichtigen qualitativen Fortschritt, hier nicht nur Krankenkassen und Ärzt\*innen beraten zu lassen, sondern auch die wichtige Perspektive der Pflege im Ausschuss vertreten zu haben. Der DHV unterstützt dies ausdrücklich als einen wichtigen Schritt in Richtung der professionsübergreifenden Verbesserung der Prozesse und Strukturen in der Kliniklandschaft.

Die inhaltliche Reform der Krankenhauslandschaft wird in den nächsten Jahren kontinuierlich weitergeführt werden müssen. Insbesondere vor dem Hintergrund der gewünschten engeren Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors. Dazu ist es jedoch auch erforderlich, die Zusammensetzung dieses Gremiums in bestimmten Bereichen zu erweitern, da es Sonderfälle wie die Geburtshilfe gibt, bei der die Berufsgruppe der Hebammen stärker noch als die Pflege eine entscheidende Rolle spielt.

Für die notwendige Reform der klinischen Geburtshilfe, insbesondere für die gewünschte und notwendige Stärkung der physiologischen Geburtshilfe, ist es notwendig, die Beteiligung von Hebammen im Ausschuss zur Überarbeitung der Leistungsgruppen für die Leistungsgruppe Geburt gesetzlich zu regeln. Der DHV betont ausdrücklich: Hebammen müssen im Ausschuss nach §135e stimmberechtigt an den Ausgestaltungen der Leistungsgruppe Geburt (zusätzlich zur Pflege) beteiligt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die physiologische Geburt bei zukünftigen

Qualitätskriterien, Parametern und Prozessen, bis hin zu anhängenden Überarbeitungen der DRGs sinnvoll abgebildet wird. Ebenso würde damit dem Umstand Rechnung getragen, dass es eine gesetzlich geregelte Hinzuziehungspflicht von Hebammen zur Geburt gibt - was ein wichtiges Alleinstellungsmerkmal der Berufsgruppe ist. Hebammen haben laut Hebammengesetz die Kompetenzen und die Aufgabe, Mutter und Kind im gesamten Betreuungsbogen (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit) eigenständig und nicht weisungsgebunden zu betreuen.

**Hintergrund:** *Nach § 4 Abs. 3 Hebammengesetz ist zu jeder Geburt zwingend eine Hebamme hinzuziehen. Diese Hinzuziehungspflicht setzt der aktuelle Gesetzesentwurf nicht um. Der Gesetzesentwurf in seiner jetzigen Ausgestaltung weist mithin rechtliche Fehler auf, da er zwingende gesetzliche Vorgaben auf Bundesebene nicht umsetzt. An keiner Stelle ist die Berufsgruppe der Hebammen als notwendige personelle Ausstattung eines Kreißsaals bedacht - die Hinzuziehungspflicht des Hebammengesetzes würde aktuell in der Leistungsgruppe 42 "Geburten" nicht erfüllt werden. Dabei geht diese spezialgesetzliche Vorgabe auch dem KHVVG vor. Diesem Verstoß gegen bundesrechtliche Vorgaben muss entgegengetreten werden, um das geplante Gesetz nicht bereits aus diesem Grunde angreifbar zu machen. Ein Verstoß gegen bereits bestehende spezialgesetzliche Vorgaben kann nicht anders bewertet werden, als die Annahme der Rechtswidrigkeit des neuen Gesetzes in diesem Punkt.*

*Im Hinblick auf die Pflicht des parlamentarischen Gesetzgebers, wesentliche Entscheidungen selbst zu treffen, kann die Schließung dieser Gesetzeslücke auch nicht erst durch die geplante Verordnung, und damit durch eine Entscheidung der Exekutive, erfolgen. Hierin läge unstreitig ein Verstoß gegen den Wesentlichkeitsgrundsatz, der zu vermeiden nur dringend angeraten werden kann, soll das Gesetz den verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen genügen.*

Es wäre also rechtlich fragwürdig, wenn Hebammen im regelnden Ausschuss zur Leistungsgruppe Geburt nicht mit Stimmrecht vertreten wären. Konkret empfiehlt der DHV folgende Ergänzung:

### **§ 135e, Absatz 3 wird nach Satz fünf wie folgt ergänzt:**

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beschließt. (...) Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. **Für die Leistungsgruppe Geburt ist zusätzlich die maßgebliche Berufsorganisation der Hebammen mit Stimmrecht zu beteiligen.** Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. (...)

## **2. Gesetzliche Verankerung des Hebammenkreißsaals**

Wie oben ausgeführt ist es notwendig, unmittelbar greifende Maßnahmen zur Absicherung der physiologischen Geburtshilfe zu treffen um Kliniken einen Anreiz zu setzen, Geburtshilfe weiterhin anzubieten und die im Koalitionsvertrag und nationalen Gesundheitsziel festgesetzten Ziele wie die Eins-zu-eins-Betreuung umzusetzen.

Der DHV fordert, in den Übergangsregelungen nach §135e Absatz 4 den geprüften Hebammenkreißsaal zu verankern und die Personalvorgaben anzupassen. Dabei sollten, im Sinne einer modernen Geburtshilfe, die Kompetenzen aller Berufsgruppen voll ausgeschöpft werden. Die gesetzliche Verankerung des Hebammenkreißsaal in den Übergangsregelungen der Leistungsgruppen wäre der dringend benötigte Türöffner - sowohl für die Stärkung der physiologischen Geburtshilfe mit belastbaren Qualitätskriterien, als auch für die Eins-zu-eins-Betreuung, die dort strukturell sichergestellt ist. Zusammen mit der bereits

beschlossenen Refinanzierung der Hebammenstellen über das Pflegebudget würde ein großer Anreiz für die Kliniken gesetzt, ein passendes Personal-Bemessungsmodell für die Sicherstellung der Eins-zu-eins-Betreuung für die gesamte Geburtshilfe zeitnah einzuführen.

Der Hebammenkreißaal ist ein seit Jahren in der Praxis erprobtes *interprofessionelles* und interdisziplinäres Versorgungsmodell. Seit März diesen Jahres können sich Hebammenkreißäle risikoauditieren lassen. Dies geschieht in Zusammenarbeit des DHV mit den deutschlandweit größten Haftpflichtversicherern für Krankenhäuser. Im Anschluss an den durchlaufenen Risikoauditierungsprozess erhalten die Kliniken vom DHV das Zertifikat HKS+. Sowohl das Bürgerhospital Frankfurt, als geburtenstärkste Geburtsklinik Deutschlands, als auch das Skt. Elisabeth-Krankenhaus in Halle wenden den hinterlegten Anforderungskatalog des Hebammenkreißaals an und sind erfolgreich zertifiziert worden, weitere sind im Zertifizierungsprozess. Der Anforderungskatalog ist auf der Website des DHV zu finden sowie unter folgender DOI veröffentlicht: <https://doi.org/10.61047/hf525-1>

Das Zertifikat wurde zudem auf Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) bereits beim IQTIG registriert.

Vor dem Hintergrund des stetig wachsenden Fachkräftemangels, vor allem bei den Fachärzten, kann der Hebammenkreißaal zusätzlich eine echte Entlastung für den Dienstplan sein. Zu oft schließen die Stationen nicht aus Hebammen-, sondern aus Fachärztemangel. Diese Ergänzung im Referentenentwurf kann unmittelbare Wirkung entfalten und einen Teil der existierenden finanziellen und qualitativen Fehlanreize adressieren. Die positiven Auswirkungen würden sowohl für kleine Häuser in strukturschwachen Regionen, als auch für Maximalversorger in Metropolen gleichermaßen spürbar sein.

Der DHV möchte jedoch auch zu bedenken geben, dass eine ausschließliche Abdeckung der fachärztlichen Geburtshelfer über den Rufbereitschaftsdienst nicht zielführend ist, da es für die Ärztinnen und Ärzte eine enorme Belastung darstellt. Eine Rufbereitschaft bedeutet für die betroffene Person eine unberechenbare Verfügbarkeit, ohne dass diese auf das Arbeitszeitkonto angerechnet wird. Das ist für Frauen und Männer in der Familienphase schlicht nicht zu leisten und senkt die Attraktivität der Arbeit in der klinischen Geburtshilfe erheblich. In diesem Zusammenhang verweisen wir auch auf die Stellungnahme der DGGG.

Unabhängig vom Umfang der ärztlichen Rufbereitschaft ist es essentiell, dass dabei der geprüfte Hebammenkreißaal verpflichtend eingeführt wird, um qualitativ hochwertige Abläufe zu garantieren. Beim geprüften Hebammenkreißaal sind alle notwendigen Szenarien, Überleitungskonzepte, Konsultationen bis hin zur telemedizinischen Anbindung bereits angelegt und erprobt. Hebammen sind aufgrund ihrer Ausbildung befähigt, eigenständig den Kreißaal zu betreuen - dazu braucht es jedoch eine ausreichende Personalausstattung, die eine Eins-zu-eins-Betreuung unter der Geburt sicherstellt. Nur wenn die notwendigen strukturellen Anforderungen garantiert sind, ist die Patientinnensicherheit so gewährleistet, dass Ärzte entlastet werden und in Rufbereitschaft nur zu Geburtsverläufen mit erhöhtem Risiko hinzugezogen werden können.

Konkret empfiehlt der DHV folgende Ergänzung:

#### **§ 135e Absatz 4 Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung**

(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind maßgeblich im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe der Sätze 2 und 3. Hinsichtlich der Erfüllung der für eine Leistungsgruppe in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gilt,

1. (...)

6. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“ genannten Facharztbezeichnungen als erfüllt anzusehen sind, wenn der jeweilige Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der entsprechenden Facharztbezeichnung berechtigt ist, *Vorgaben zu anderen Berufsgruppen richten sich nach den in den Berufsgesetzen festgelegten Regelungen,*

7. (...)

*7a. dass für die Leistungsgruppe 42 Geburten die Eins-zu-eins-Betreuung in der aktiven Phase der Geburt durch die personelle Ausstattung sicherzustellen ist und dazu im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“*

- a) in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ Hebammen im vorgesehenen personellen und zeitlichen Umfang für eine Eins-zu-eins-Betreuung in der aktiven Phase der Geburt vorzuhalten sind, dabei entspricht eine Hebamme einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden*
- b) im geprüften Hebammenkreißaal im Hinblick auf die personelle Ausstattung nach Anlage 1 **ausschließlich die Vorgaben zur Verfügbarkeit von Hebammen vollständig** zu erfüllen sind;*
- c) **hinsichtlich der Vorgaben zu den Fachärzten** der geprüften Hebammenkreißaal als Äquivalent zu einem Facharzt angerechnet werden kann, sofern die durchgehende Rufbereitschaft gesichert ist.*

8. (...) Abweichend von Satz 2 Nummer 8 Buchstabe b gilt in Bezug auf die Erfüllung der in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“, dass Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, diese Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde festgestellt hat, dass dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. *Für die Leistungsgruppe 42 Geburten können im geprüften Hebammenkreißaal die Anforderungen an die personelle Ausstattung **im Hinblick auf die Fachärzte** durch Kooperationen mit anderen Kliniken im Sinne des Absatz 4 Nr. 8 erfüllt werden.*

**Änderungsvorschläge Anlage 1, Qualitätskriterien für bestimmte Leistungsgruppen:**

Leistungsgruppen Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
42	Geburten	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe  Hebamme	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: jederzeit  mindestens 1 VZÄ Hebamme auf 60 Geburten pro Jahr,  mindestens 1 VZÄ Hebamme auf 35 Geburten pro Jahr im Hebammenkreißaal	<del>staatlich geprüfter Hebammenkreißaal</del> <del>Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonalluntergrenzen</del>
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin			FA Frauenheilkunde	täglich rund um die Uhr	Kooperationen mit

			LG Kinder- und Jugendchirurgie			und Geburtshilfe mit SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	fachärztliche Anwesenheit	Angeboten der außerklinischen Geburtshilfe
--	--	--	--------------------------------	--	--	---	---------------------------	--

Der DHV empfiehlt bei den Auswahlkriterien die "Kooperation mit Angeboten der außerklinischen Geburtshilfe" aufzunehmen, um die Schnittstellen zwischen der klinischen und außerklinischen Versorgung zu verbessern und Kliniken zu fördern, die diese Aufgabe durch Kooperationen, z.B. mit Hebammenpraxen oder Geburtshäusern, aktiv wahrnehmen. Diese Art der Kooperation sollte grundsätzlich, aber gerade auch in strukturschwachen Regionen vom Gesetzgeber gefördert werden.

## § 135f Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Für den Bereich der Geburtshilfe ist festzustellen, dass Mindestvorhaltezahlen keinen bewiesenen Nutzen<sup>1</sup> mit sich bringen, da sie keine Qualitätssicherung bedeuten und wirtschaftlich fragwürdig sind. Deswegen plädiert der DHV dafür, die Geburtshilfe aus den Mindestvorhaltezahlen auszunehmen und begründet dies wie nachstehend.

Die Qualität der Geburtshilfe hängt nicht mit der Anzahl der Geburten zusammen, sondern wird maßgeblich von anderen Faktoren, wie der Betreuungsrelation, der Häufigkeit und passgenauen Anwendung von Interventionen, sowie von internen Maßnahmen wie regelmäßigen interprofessionellen Notfalltrainings und Kommunikationsschulungen bestimmt.

In Flächenländern, wie z.B. Niedersachsen, werden derzeit mehr als 50% der Geburten in Level 3 und 4 Häusern betreut. Fallen jetzt Teile dieser Standorte aufgrund der Mindestvorhaltezahlen weg, werden große Lücken in das Versorgungsnetz gerissen. In NRW ist diese negative Auswirkung auf die geburtshilfliche Versorgung bei der Zuteilung der Leistungsgruppen bereits zu beobachten.

Der DHV warnt ausdrücklich: Es ist nicht sichergestellt, dass die verbleibenden Standorte die Versorgungslücken schließen können. Ohne bedarfsgerechte Planung sind auch größere Kliniken häufig weder räumlich noch personell ausreichend darauf vorbereitet. Insbesondere bezüglich des geburtshilflichen Personals kann nicht davon ausgegangen werden, dass dieses an den neuen Standort migriert und dort weiterhin zur Verfügung steht.

Die Geburten, welche zuvor in den im Zuge der Reform geschlossenen Abteilungen stattgefunden haben, werden zwangsläufig in größeren Kliniken, bis hin zu Maximalversorgern, betreut werden müssen. Dies stellt für einen erheblichen Anteil der primär gesunden Frauen und Kinder eine Über- oder Fehlversorgung dar, die mittelbare und unmittelbare Kosten verursacht, ohne das Outcome von Mutter oder Kind zu verbessern. Sowohl qualitativ als auch wirtschaftlich ist dies fragwürdig.

Besser wäre es, wie vorgeschlagen, die Leistungsgruppe Geburt komplett aus den Mindestmengenvorgaben auszunehmen und stattdessen z.B. Vorgaben zur telemedizinischen Anbindung an Maximalversorgungszentren vorzusehen.

Der DHV weist zudem ausdrücklich auf das Problem hin, dass der Prozess der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen zeitgleich oder vorgelagert zur Überarbeitung der Leistungsgruppe Geburten erfolgen würde, da der zuständige Ausschuss seine Arbeit erst nach Verabschiedung des Gesetzes aufnehmen wird. Das würde bedeuten, dass die Mindestvorhaltezahlen, auf deren Basis die Krankenhauslandschaft umstrukturiert werden soll, auf veralteten Standards und Vorgaben beruhen würde.

## § 221 und 271

Der DHV sieht die Notwendigkeit, die Transformationskosten der Reform finanziell verlässlich abzusichern. Es bleibt inständig zu hoffen, dass der geplante Transformationsfonds diese Wirkung entfalten kann. Keine umfassende Reform kann ohne Ausgleich der entstehenden Transformationskosten erfolgreich umgesetzt werden.

**Ganz grundsätzlich ist es von enormer Wichtigkeit, eine geburtshilfliche Versorgungsplanung unabhängig von wirtschaftlichem Druck vornehmen zu können. Geburtshilfe ist Daseinsvorsorge und muss für Frauen und Familien wohnortnah erreichbar sein.** Dieser Bereich wird im Gesundheitssystem bislang jedoch systematisch unter- bzw. fehlfinanziert: Leider ist gerade die Geburtshilfe für Klinikträger noch immer in der Regel keine ökonomische Stütze und daher nicht entscheidend für den wirtschaftlichen Erfolg. Im Gegenteil: eine leitlinienkonforme, möglichst interventionsarme Geburtshilfe kann derzeit nicht kostendeckend arbeiten. Das hat zur Folge, dass

---

<sup>1</sup> IGES Gutachten: Stationäre Hebammenversorgung. 2019. S.42 ff

auch regional notwendige geburtshilfliche Versorgung aufgrund der wirtschaftlich prekären Gesamtsituation der Kliniken wegfallen, ohne dass für ausreichende Ersatzangebote gesorgt wird. Hier sei der Klinikverbund Südwest mit dem sehr erfolgreich implementierten Hebammenkreißaal genannt, der trotz nachgewiesener Qualität aufgrund der Insolvenz und internen Umstrukturierung des Trägers schließen musste.

**Daher fordert der DHV für die Zukunft: Ziel muss sein, die physiologische Geburtshilfe so auszustatten, dass sie zur Standortrettung beiträgt und diese nicht erschwert. Geburt ist Teil der Daseinsvorsorge und muss von ökonomischen Erwägungen der Klinikträger entkoppelt werden.**

#### § 427 Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

Der DHV hat weiterhin große Sorge, dass die gewählten Zeiträume zu lang sind, um den umfangreichen Reformprozess und die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft zu beurteilen und bei Bedarf nachzusteuern.

Der DHV plädiert dafür, den Prozess in den kommenden Jahren kontinuierlich intensiv zu begleiten und über Zwischenberichte zu dokumentieren, damit bei Bedarf steuernd eingegriffen werden kann. Eine wissenschaftliche Bewertung der Umsetzung und Auswirkungen erscheint unumgänglich.

Besonders für die Versorgung mit klinischer Geburtshilfe ist die engmaschige Begleitung wichtig, um bei Fehlentwicklungen oder Fehlanreizen zeitnah und adäquat zur Sicherheit und Zufriedenheit der werdenden Eltern reagieren zu können. Hierbei ist die regelmäßige Erhebung relevanter Qualitätskriterien ein entscheidendes Steuerungselement, flankiert von einer Erhebung des Versorgungsbedarfs auf Grundlage der regionalen Bevölkerungskollektive.

**In diesem Zusammenhang verweisen wir ausdrücklich auf die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) zur Verbändeanhörung. Es wird entscheidend sein, die Hebammenwissenschaft eng in das Monitoring der Entwicklung der klinischen Geburtshilfe sowie die Entwicklung weiterführenden Qualitätskriterien einzubeziehen, um bestehende Fehlanreize beheben zu können.**

Der DHV unterstützt desweiteren die Analysen und Forderungen des Bundesrates, des GKV und der DKG zu diesen Aspekten.

#### Artikel 2, Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

##### § 6a Zuweisung von Leistungsgruppen

Der DHV gibt zu bedenken, dass für die Geburtshilfe die festgelegten 40 Minuten PKW-Fahrzeit kein geeignetes Kriterium für die Zuweisung von Leistungsgruppen sind und fordert als ersten Schritt, die Distanz - analog zur Inneren Medizin und Chirurgie - auf 30 Minuten Fahrtzeit abzusenken.

Mittelfristig sind für die Geburtshilfe geeignetere Kriterien festzulegen, die sich auf die tatsächliche Zusammensetzung und Bedarfe der Bevölkerungsgruppen - hier im gebärfähigen Alter - der einzelnen Regionen beziehen und nicht allein über Fahrminuten pauschalisiert werden. Anders kann eine Unter- oder auch Überversorgung nicht vermieden und eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung für die Geburtshilfe nicht sichergestellt werden.

Konkret schlagen wir folgende Änderung vor:

## § 6a, Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

*Die maßgebliche Fahrzeit beträgt*

- 1. hinsichtlich der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin, **Geburten** und Allgemeine Chirurgie: 30 Minuten,*
- 2. hinsichtlich der übrigen Leistungsgruppen: 40 Minuten.*

Für die Geburtshilfe liegt keine Evidenz vor, durch die sich eine Fahrzeit von 40 Minuten begründen lassen würde. Im Gegenteil, der Zeitraum der 40 PKW-Fahrzeitminuten ist für eine bedarfsgerechte und medizinisch sichere geburtshilfliche Versorgung nicht angemessen, denn er gibt keinen Aufschluss auf die dann verfügbaren geburtshilflichen räumlichen und personellen Kapazitäten. In diesem Zusammenhang verweisen wir auch auf die Stellungnahme der DGHWi.

Weitere Wege zum nächsten geburtshilflichen Versorgungsangebot gefährden die Sicherheit von Kind und Mutter<sup>2</sup>. Weite Wege unter Wehen stören den Prozess der Geburt. Dies ist nicht nur ein Kriterium der Zugangsgerechtigkeit, sondern insbesondere der Sicherheit. Die Familien sind auf ihrer Fahrt zum Kreißsaal in der Regel ohne fachliche Begleitung auf sich allein gestellt. Es besteht die Gefahr, dass Abweichungen vom normalen Geburtsverlauf nicht oder zu spät erkannt werden und in Notfällen zu spät reagiert werden kann. Darüber hinaus ist durch lange Anfahrtswege davon auszugehen, dass Schwangere zur Geburt vermehrt zu früh aufgenommen werden und als Folge häufiger Interventionen erleben und Komplikationen daraus entstehen. Daher fordern Hebammen und Elternverbände, dass die Gebärende eine geburtshilfliche Abteilung dann zeitnah aufsuchen können muss, wenn sie es braucht. Zudem braucht sie die Sicherheit, bei ihrem gewählten Geburtsort nicht aus Kapazitätsmangel abgewiesen zu werden. Gerade Frauen, die ihr zweites oder drittes Kind erwarten, laufen sonst Gefahr, bei zu langen Fahrzeiten oder bei Abweisung aus Kapazitätsmangel eine aufnahmebereite Klinik nicht mehr vor der Geburt zu erreichen.

## § 39 Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin

Auch wenn es ungewöhnlich erscheinen mag, als Berufsverband die Gewährung zusätzlicher Mittel für die Sicherstellung der Geburtshilfe zu kritisieren, kommt der DHV nicht umhin folgende grundlegende Konstruktionsfehler anzumerken.

Die Tatsache, dass es für die Erhaltung geburtshilflicher Stationen zusätzliche Mittel braucht, da sie im regulären Entgeltsystem nicht wirtschaftlich arbeiten können, spricht für sich. Es ist positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber die Notwendigkeit zusätzlicher Mittel erkannt hat, da es impliziert, dass das Grundproblem erkannt wurde.

Es ist jedoch für alle Beteiligten, sowohl das Gesundheitspersonal, die Krankenhausbetreiber und die betroffenen Frauen und Familien frustrierend, dass im Rahmen der vorliegenden Reform wieder keine Anpassung des Finanzierungssystems geplant ist, um die Wirtschaftlichkeit - und damit auch die Attraktivität - von klinischer Geburtshilfe im regulären System sicherzustellen. Seit Jahren werden die existierenden Fehlanreize von allen beteiligten Berufsgruppen sowie den Kliniken beharrlich moniert. Es ist dringend geboten, die Ursachen für die Finanzierungslücken und wirtschaftlichen Fehlanreize zu beheben, anstatt zu versuchen, mit 120 Mio € die strukturellen Fehler weiter zu überdecken.

Es reicht nicht, zusätzliche Summen in ein dysfunktionales System zu geben, um weitere Kreißsaalschließungen in unterversorgten Regionen zu verhindern. Ein positiver Effekt der bereits

---

<sup>2</sup> vgl.: Association between travel time to delivery unit and unplanned out-of-hospital birth, infant morbidity and mortality: A population-based cohort study - Örtqvist - 2021 - Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica - Wiley Online Library

verausgabten Mittel kann seitens des Verbandes nicht festgestellt werden, was auch daran liegt, dass die Mittel weder ausreichend an Qualitätskriterien gebunden sind noch deren Einsatz und Auswirkungen ausreichend evaluiert wurden. Wenn nun also weiterhin über Fördermittel finanziert wird, sollte dies unbedingt erfolgen.

Der DHV mahnt an, dass jetzt mindestens ein belastbarer Zeitrahmen gesetzt werden muss, innerhalb dessen die Regelfinanzierung so modernisiert wird, dass zusätzliche Förderbeträge überflüssig werden. Ansonsten kann keine nachhaltige Verbesserung der Situation in der Geburtshilfe erzielt werden.

### Artikel 3, Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

#### § 6b Vergütung eines Vorhaltebudgets

Für den Bereich der Geburtshilfe bewertet der DHV die Einführung einer Vorhaltevergütung grundsätzlich positiv, sofern sie *bedarfsgerecht und unabhängig von Fallzahlen* erfolgt. Denn Geburtshilfe ist Daseinsvorsorge und muss wohnortnah angeboten werden. Deswegen müssen die Vorhaltekosten unabhängig von der Menge an Geburten abgesichert werden, da ansonsten erneut wirtschaftliche Fehlanreize entstehen. Solange Hebammen über das Pflegebudget refinanziert werden, ist diese fallunabhängige Vorhaltevergütung auch nicht überfordernd, da sie an passenden strukturellen Rahmendaten ausgerichtet werden kann.

**Im vorliegenden Gesetzesentwurf sind die Vorhaltepauschalen jedoch untrennbar mit den existierenden Geburtshilfe-DRG und damit mit den Fallzahlen der vorausgehenden Jahre verknüpft. Die wirtschaftlichen Fehlanreize werden fortgeführt. Der DHV betont: Diese Art der Finanzierung wird die strukturellen Probleme der Finanzierung der klinischen Geburtshilfe nicht lösen oder abmildern, sondern zementieren. Ein falscher Ausgangspunkt bedeutet immer auch ein falsches Ergebnis!**

Für die grundsätzliche Bewertung der Auswirkungen der Regelungen zur Vorhaltevergütung auf das Gesamtsystem Krankenhaus schließt der DHV sich der Analyse der Deutschen Krankenhausgesellschaft an.

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit mehr als 22.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer\*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler\*innen, Hebammen in den Frühen Hilfen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebamenschüler\*innen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.