



## **Stellungnahme des Deutschen Hebammenverband e. V.**

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der  
Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und  
Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass das Bundesministerium für Gesundheit Handlungsbedarf in der klinischen Geburtshilfe sieht. Notwendig ist mindestens perspektivisch eine 1:1 Betreuung bzw. eine Personalbemessung, die individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen Krankenhäuser zugeschnitten ist. Als *erster* Schritt in die richtige Richtung muss mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm mindestens eine 1:2 Betreuung umgesetzt werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf ignoriert jedoch leider die strukturellen Probleme in der Geburtshilfe. Der durch die Arbeitsbedingungen ausgelöste strukturelle Hebammenmangel und die daraus resultierende Unterversorgung in der klinischen Geburtshilfe werden unzureichend adressiert. Die Finanzierung des geburtshilflichen Personals in Deutschland muss grundsätzlich reorganisiert werden. Der Deutsche Hebammenverband kann in den bisherigen Vorschlägen der Bundesregierung keine wirksamen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Geburtshilfe erkennen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bleibt damit weit hinter den eigenen Zielen und Ankündigungen zurück. Nicht nur das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“, sondern auch das vom Ministerium selbst in Auftrag gegebene IGES-Gutachten zur Beschäftigungs- und Arbeitssituation von Hebammen werden schlicht ignoriert.

Dieses Gutachten hat u.a. ergeben, dass im Durchschnitt *je Schicht* 0,8 Hebammen auf 500 Geburten fehlen<sup>1</sup>. Legt man diese Zahl zugrunde, müssten *je Krankenhaus* mindestens 3 x 0,8 (zzgl. 22 % Ausfallzeiten) = insgesamt *2,9 Vollkraftstellen (VK) auf 500 Geburten* in drei Jahren zusätzlich geschaffen werden. Schon das macht deutlich, dass der vorgeschlagene Umfang von 0,5 Stellen je Krankenhaus / 500 Geburten viel zu niedrig bemessen ist. Selbst das wird durch die Details der Regelung nicht erreicht, so dass die *tatsächlich* mögliche Förderung *noch niedriger* ist (siehe dazu unten).

Insbesondere aber die klare Empfehlung des IGES-Gutachtens zur Erhöhung der Vergütungen bzw. Löhne und Gehälter der Hebammen, die ähnlich wie im PpSG durch eine verbesserte Refinanzierung der Aufwendungen des Krankenhauses befördert werden müsste, findet keine Beachtung. IGES: „Diese würden sowohl zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Hebammen beitragen als auch zum Anstieg der Opportunitätskosten ihres nicht qualifikationsgerechten Einsatzes für den Arbeitgeber. Beides dürfte mittelbar auch zu einer Steigerung des Arbeitsangebots beitragen“<sup>2</sup>.

Die geplanten Maßnahmen sind daher in dieser Form *nicht* geeignet, die Arbeitsbedingungen und damit auch die Situation in der Geburtshilfe für die Frauen in Deutschland nachhaltig und merklich zu verbessern. Sie könnten lediglich in deutlich überarbeiteter Version als erster Teil eines notwendigen großen Maßnahmenpaketes verstanden werden. Es bedarf daher – auch bei Umsetzung des hier geplanten „Hebammenstellen-Förderprogramms“ – weiterhin dringend eines umfassenderen Geburtshilfe-Stärkungsgesetzes.

---

<sup>1</sup> IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 178 u. 176 Tab.35

<sup>2</sup> IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 252

## Zu den Maßnahmen im Einzelnen:

### Finanzierung von 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten

Die geplante Förderung von 0,5 Stellen je Krankenhausstandort pro 500 Geburten ist so niedrig angesetzt, dass dies noch nicht einmal als erstes positives Signal gewertet werden kann. Durch 0,5 zusätzliche Stellen jährlich pro 500 Geburten können sich die Arbeitsbedingungen in den Kreißsälen nicht spürbar verbessern. Das IGES-Gutachten nennt einen durchschnittlichen Mangel von 0,8 Hebammen-VK / 500 Geburten je Schicht. In einer überdurchschnittlich belasteten Schicht liegt die Betreuungsrelation sogar bei 1:4<sup>3</sup>.

Laut Begründung strebt der Gesetzentwurf eine Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen zu Schwangeren an, die „im Regelfall bei 1:2 und unter optimalen Bedingungen bei 1:1 liegen sollte“. Mit der geplanten Förderung von 0,5 Stellen je Krankenhausstandort pro 500 Geburten kann dieses Ziel auch nicht annähernd erreicht werden, wie auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf dieses Gesetzes angemerkt hat:

- a) *„Die Eingrenzung auf mehr als 500 Geburten pro Jahr schließt mindestens 20 Prozent der Geburtskliniken in Deutschland ganz von der Förderung aus, da sie diese hohe Mindestfallzahl nicht erreichen.*
- b) *Der Verteilungsmechanismus von 0,5 VK pro 500 Geburten würde zu einer massiven Ungleichverteilung von Fördermitteln führen, da eine Geburtsklinik mit 500 Geburten genauso viele geförderte Stellen erhielte wie eine Geburtsklinik mit 950 Geburten.“*

Erst durch eine ernsthaft angestrebte und verbindliche Umsetzung eines optimalen Betreuungsschlüssels kann es gelingen, Hebammen aus der stillen Reserve wieder für die Arbeit im Kreißaal zurück zu gewinnen und in Teilzeit arbeitende Hebammen zu motivieren, ihre Arbeitszeit – im Gegensatz zu den bereits jetzt durchschnittlich mehr als zwölf geleisteten Überstunden im Monat<sup>4</sup> – aufzustocken. Laut IGES Gutachten zur stationären Hebammenversorgung kommt immerhin für ein Drittel der Hebammen eine „Erhöhung der Arbeitszeit infrage, aber dies überwiegend nur dann, wenn sich die Arbeitsbedingungen und die Vergütung wesentlich verbessern“<sup>5</sup>.

Wir benötigen *progredivente Stellenaufstockungen in den geburtshilflichen Abteilungen bis eine Eins-zu-Eins-Betreuung* umgesetzt ist. Dazu ist eine vorhaltende Personalplanung erforderlich, die auf die Auslastungsspitzen der Geburtshilfe ausgerichtet ist, und die perspektivisch eine 1:1 Betreuung jeder gebärenden Frau gewährleistet. Zukünftig stünde damit im Regelfall (abseits von sehr wenigen Belastungsspitzen einer Maximalauslastung der Abteilung) jeder gebärenden Frau und damit auch dem Kind oder den Kindern und der Familie mindestens eine Hebamme während der Geburt zur Seite. Andere Länder haben zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, frauenzentrierten und zugewandten Geburtshilfe zusätzlich verbindliche Betreuungsobergrenzen eingeführt. Die Mindestbesetzung jedes Gebärraums mit einer Hebamme muss auch in Deutschland

---

<sup>3</sup> IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 175

<sup>4</sup> Vgl. IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 162

<sup>5</sup> IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 208

gewährleistet und eingeplant sein, um eine sichere Geburtshilfe zu ermöglichen. Die Abbildung einer Relation von Vollkraftstellen (VK) Hebammenäquivalenten zu Geburten pro Jahr wäre ein erster vorbereitender Schritt in Richtung einer klar bemessenen 1:1 Lösung. Dabei sind die Strukturen in der Geburtshilfe (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL) mit dem erhöhten Betreuungsbedarf in den Perinatalzentren noch zu berücksichtigen.

**Der Deutsche Hebammenverband fordert als absolutes Minimum die Abbildung einer gleitenden und höheren Relation von Hebammen-Vollkraftstellen zu Geburten in Form einer Refinanzierung von 0,2 VK je 100 Geburten. Der Bundesrat geht in seiner Stellungnahme zum vorliegenden Gesetzentwurf noch darüber hinaus und fordert eine Refinanzierung der Kosten bis zur „Erreichung einer 1:1 Betreuung von Hebammen zu Gebärenden“<sup>6</sup>.**

#### Finanzierung von assistierendem medizinischem Fachpersonal

Auch die Förderung von assistierenden Personalstellen von bis zu 10% der in Vollzeitstellen umgerechneten Gesamtzahl der zum 1. Januar 2020 beschäftigten Hebammen ist ebenfalls viel zu niedrig, um die Arbeitssituation spürbar zu verbessern. Im IGES-Gutachten für das BMG gaben die befragten Hebammen an, dass sie rund ein Drittel der Zeit mit anderen Tätigkeiten als der eigentlichen Geburtshilfe im Kreißaal verbringen. Hilfspersonal im Kreißaal (z. B. für das Reinigen und Befüllen des Kreißaals mit Pflegeprodukten etc.) stand demnach lediglich 2% der Hebammen zur Verfügung. 56% der Hebammen gaben an, dass ihnen kein Assistenzpersonal für administrative Aufgaben zur Verfügung steht. Des Weiteren gaben 64% der befragten Hebammen an, dass ihnen nur teilweise oder kein Reinigungsdienst zur Verfügung steht.<sup>7</sup>

Es ist nicht nachvollziehbar, wie die Förderung von assistierenden Personalstellen durch MFA von bis zu lediglich 10% der in Vollzeitstellen umgerechneten Gesamtzahl beschäftigten Hebammen zu einer wirksamen Entlastung führen soll. Pro VK Hebamme werden 0,25 VK assistierendes Hilfspersonal benötigt. Dies beinhaltet den gesamten Bedarf an assistierendem Personal des Kreißaals, z.B. Kreißaalsekretariat, Versorgungsassistenz, und medizinische Fachangestellte. Ebenfalls sollte sich die Anzahl der assistierenden Personalstellen *nicht* an der niedrigen Relation vom Stand zum 1. Januar 2020 orientieren, sondern an dem jeweils *aktuellen* Stand der Vollzeitäquivalente der beschäftigten Hebammen.

Die Entlastung der Hebammen muss sich auf fachfremde Tätigkeiten beziehen. Ausgebildete Pflegefachkräfte sind hierfür überqualifiziert und sollten hinsichtlich des eigenen Personalmangels priorisiert in anderen Bereichen eingesetzt werden. Darüber

---

<sup>6</sup> Vgl. Bundesrat, Stellungnahme des Bundesrates, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz - GPVG) Drucksache 561/20 (Beschluss), S. 4.

<sup>7</sup> Vgl. IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 180 ff.  
Stellungnahme 09.11.2020

hinaus ist die Refinanzierung von Pflegefachkräften bereits über das PpSG gesetzlich sichergestellt.

**Der DHV fordert daher pro VK Hebamme 0,25 VK assistierendes Hilfspersonal.** Auch diese Forderung wird von der Stellungnahme des Bundesrates unterstützt.



**Änderungsvorschlag zum Gesetzentwurf, Artikel 2 Nummer 1/**  
Ergänzung (in *kursiv/rot*):

„Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Die Personalkosten, die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5 Absatz 1 auch in Verbindung mit den §§ 73 und 74 Absatz 1 des Hebammengesetzes in der Versorgung von Schwangeren in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie von Krankenhäusern in den Jahren 2021, 2022 und 2023 zusätzlich entstehen, werden bis ~~zur Höhe der Kosten für 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus zur Erreichung einer 1:1 Betreuung von Hebammen zu Gebärenden~~ finanziert. Die Anzahl der Geburten wird für jedes Krankenhaus einmalig auf Grundlage der durchschnittlichen Anzahl an jährlichen Geburten in den Jahren 2017 bis 2019 bestimmt. Zur Entlastung von Hebammen werden die Personalkosten, die für zusätzliche Personalstellen für Hebammen unterstützendes Fachpersonal in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Jahren 2021, 2022 und 2023 entstehen, finanziert, wobei die Gesamtzahl der geförderten Personalstellen für Hebammen ~~unterstützendes assistierendes FachPersonal~~ auf ~~1025~~ Prozent der in Vollzeitkräfte umgerechneten Gesamtzahl der zum 1. Januar ~~2020 des Vorjahres~~ beschäftigten Hebammen begrenzt ist. Zum Hebammen~~unterstützenden assistierenden FachPersonal~~ gehören

1. medizinische Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten abgeschlossen haben,
2. Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste/zur Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste in der Fachrichtung Medizinische Dokumentation abgeschlossen haben,
- ~~3. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Pflegeberufgesetzes,~~
- ~~4. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes,~~
- ~~5. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufgesetzes,~~
- ~~6. Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nach dem Pflegeberufgesetz.~~

Zur Umsetzung der Sätze 1 und 3 vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag. Voraussetzung für die Finanzierung ist, dass im Vergleich zum 1. Januar ~~2020~~ *des Vorjahres* zusätzliche Stellen für Hebammen oder für Hebammen ~~unterstützendes assistierendes Fach~~ **Personal** geschaffen oder dass entsprechende Teilzeitstellen aufgestockt werden. Die Schaffung neuer Stellen im Sinne von Satz 6 hat das Krankenhaus durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zu belegen. Zudem ist zu belegen, dass das neue oder aufgestockte Personal entsprechend der schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung beschäftigt wird und nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 5 und 6 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und auf die Zu-satzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des nach Satz 5 für die Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbarten Betrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Bei der Vereinbarung sind nur Löhne und Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen zu berücksichtigen; Maßstab für die Ermittlung ist jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem Krankenhaus für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen nicht in der Versorgung von Schwangeren in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; wird die zum 1. Januar ~~2020~~ *des Vorjahres* festgestellte Stellenbesetzung in dem nach Satz 1 geförderten Bereich gemindert, ist der zusätzliche Betrag entsprechend dem darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern. Für die Prüfung einer notwendigen Rückzahlung oder Minderung hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien folgende Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers vorzulegen:

1. einmalig eine Bestätigung über die Anzahl der Geburten in den Jahren 2017 bis 2019,
2. einmalig eine Bestätigung über die zum 1. Januar ~~2020~~ *des Vorjahres* festgestellte Stellenbesetzung auf Stationen für Geburtshilfe insgesamt und unterteilt nach Hebammen und den in Satz 4 genannten Berufsgruppen, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte,
3. eine Bestätigung über die im jeweiligen Förderjahr zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung auf Stationen für Geburtshilfe unterteilt nach Hebammen und den in Satz 4 benannten Berufsgruppen, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte, und
4. eine Bestätigung über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.

Werden die Bestätigungen nach Satz 14 nicht oder nicht vollständig vorgelegt, ist der zusätzliche Betrag vollständig zurückzuzahlen. Die Vorlage der Bestätigungen nach Satz 14 hat durch das Krankenhaus gegenüber den Vertragspartnern bis zum 28. Februar des jeweiligen Folgejahres zu erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2022 über die Zahl der Vollzeitkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen gesondert für Hebammen und für das Hebammen ~~unterstützende~~—~~assistierende~~ ~~Fach~~Personal, die auf Grund der Finanzierung nach den Sätzen 1 und 3 in den Jahren 2021, 2022 und 2023 neu eingestellt oder deren vorhandene Teilzeitstellen aufgestockt wurden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für die Berichterstattung nach Satz 17 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von nach den Sätzen 1 und 3 finanziertem Personal zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt das Verfahren für die Übermittlung fest.“

#### Fazit:

IGES: „Problematisch ist, dass sich unter den Hebammen tendenziell eine weitere Verknappung ihres Arbeitsangebots abzeichnet, während 70 % der Geburtskliniken einen steigenden Hebammenbedarf in den nächsten fünf Jahren – vor allem in den städtischen Regionen – erwarten“<sup>8</sup>.

Seit Jahrzehnten gibt es ausreichend Bewerberinnen für Hebammenausbildung – und Studium. Die Zahl ausgebildeter Hebammen war noch nie so hoch wie heute. Daher ist die **konstant zu hohe Arbeitsbelastung** im Kreißaal, sowie die **hebammenfremden Tätigkeiten** und die **niedrige Bezahlung** der Grund für viele vakante Stellen in der klinischen Geburtshilfe.

Gleichzeitig **fehlen** zur Erreichung einer optimalen Betreuungsrelation von 1:1 **Hebammenstellen** in den Kreißsälen. Laut IGES Gutachten denken aktuell 43% aller klinisch tätigen Hebammen darüber nach, ihre klinische Tätigkeit innerhalb des nächsten Jahres weiter zu reduzieren oder sogar ganz aufzugeben.

Wir fordern daher, endlich nachhaltige effektive Maßnahmen zu implementieren, die zumindest einen klaren politischen Willen zur **perspektivischen** Verbesserung der unwürdigen Situation in den Kreißsälen zeigen. Der vorliegende Gesetzentwurf ist so **nicht** geeignet, das strukturelle Problem der Arbeitsbedingungen und Entlohnung und die dadurch bestehende personelle Unterversorgung in den Kreißsälen Deutschlands zu lösen.

Es bedarf einer angemessenen Erhöhung der Hebammenstellen in Form einer Anpassung der Hebammenstellen an die benötigte Betreuungsrelation. Hier sind die unterschiedlichen Versorgungsstufen im Rahmen der qualitativen Strukturierung (QFR-RL) zu berücksichtigen, außerdem einer hier ausgeführten Verbesserung der Arbeitsbedingungen und

---

<sup>8</sup> IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 247  
Stellungnahme 09.11.2020

Stellenfinanzierung sowie einer grundlegenden Veränderung in der Finanzierung und Strukturierung der deutschen Geburtshilfe, um wirkliche Veränderungen herbeizuführen.

Berlin, den 09.11.2020

*U. Geppert-Orthofer*

Ulrike Geppert-Orthofer  
Präsidentin



Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit mehr als 20.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrerinnen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftlerinnen, Familienhebammen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschülerinnen 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.