



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

Berlin, den 29.04.2024

**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

Vorbemerkung

Der DHV begrüßt 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 die Zahl der Geburtshilfestationen und Kreißsäle bundesweit in einem ungesteuerten Prozess ab. Die verbleibenden leiden unter Überlastung und dem daraus resultierenden Personalschwund. Beides liegt an grundlegenden strukturellen Problemen, die 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 und regelmäßigen Abweisungen an den Kreißsälen, als auch in hohen Interventionsraten und traumatisierenden Geburtserfahrungen wider. Das Nationale Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt" hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung grundlegend zu verbessern und stellt ebenfalls die hohen Interventionsraten infrage. Es identifiziert die interprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Berufsgruppen und Leistungserbringer*innen als Schlüsselement für eine angemessene Versorgung von Mutter und Kind.

Der Koalitionsvertrag benennt folgerichtig auch essentielle Ziele, 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 GVSG und die Reform der Notfallversorgung, gesetzt.

Der vorliegende Gesetzesentwurf entbehrt bislang jedoch 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. 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 zugrundegelegte Leistungsgruppe "Geburt" aus NRW befasst sich nicht mit den dafür notwendigen Voraussetzungen, sondern schreibt 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 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 zwei prioritäre Ergänzungen im Gesetzestext vor. Die gesetzliche Verankerung von Hebammenkreißsälen sowie die Beteiligung von Hebammen im Ausschuss für Leistungsgruppen.

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 in Paragraf 115 h zur medizinisch-pflegerischen Versorgungseinrichtungen fehlen Hebammenleistungen. In diesem Zusammenhang verweist der DHV auch auf die Stellungnahme des DPR, die wir unterstützen.

Der DHV empfiehlt, bei den sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten auch Hebammenpraxen mit aufzunehmen, um 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 Continuity of Care vor und nach der Geburt verbessert werden soll.

Vor dem Hintergrund, dass im Referentenentwurf des GVSG unter anderem auch die ursprünglich geplanten Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen gestrichen wurden, regt der DHV deswegen an, andere Wege zu finden, 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.

§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 und nicht Teil des vorliegenden Entwurfs ist, obwohl die neue Finanzierungsstruktur genau auf den neu zu schaffenden Qualitätskriterien aufbaut. Der erkennbare Nutzen für die Verbesserung der Qualität fällt dadurch vorerst sehr gering aus.

Der DHV betont erneut: Die entstehende zeitliche Verzögerung der notwendigen Reformen wird für den Bereich der klinischen Geburtshilfe kritische Auswirkungen haben, da im vorliegenden Entwurf die finanziellen Fehlanreize fortgeführt werden. Die geplanten Vorhaltepauschalen sowie der

Sicherstellungszuschlag können die weiter bestehenden grundlegenden Fehlanreize nicht ausgleichen.

Für die Leistungsgruppe Geburt aus NRW kann der DHV klar formulieren, dass sie für die notwendige qualitative Reform der klinischen Geburtshilfe nicht geeignet ist. Hier braucht es 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 innerhalb der klinischen Strukturen und Prozesse müssen 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 großen 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.

Insbesondere für die gewünschte Stärkung der physiologischen Geburtshilfe ist es notwendig, die Beteiligung von Hebammen im Ausschuss zur Überarbeitung der Leistungsgruppen für die Leistungsgruppe Geburt gesetzlich zu regeln. Um die notwendige Reform der klinischen Geburtshilfe sowie die Stärkung der Physiologie mittel- und langfristig weiter voranzutreiben, müssten Hebammen im Ausschuss nach §135e stimmberechtigt beteiligt werden.

Nur mit der stimmberechtigten Beteiligung der Hebammenvertretung bei der Leistungsgruppe Geburt im Ausschuss (zusätzlich zur Pflege) 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 dem Umstand Rechnung getragen, dass es eine gesetzlich geregelte Hinzuziehungspflicht von Hebammen zur Geburt gibt - was ein wichtiges Alleinstellungsmerkmal der Berufsgruppe ist. Es wäre rechtlich fragwürdig, wenn Hebammen im regelnden Ausschuss zur Leistungsgruppe Geburt nicht mit Stimmrecht vertreten wären, da sie in diesem Bereich deutlich mehr Verantwortung als die Pflege tragen. Hebammen versorgen Mutter und Kind in Geburt und Wochenbett in vielen Bereichen eigenständig und nicht weisungsgebunden.

Konkret empfiehlt der DHV folgende Ergänzung:

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

(3) ... Der Ausschuss ist in gleicher Zahl besetzt mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer 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 als Äquivalent für einen anrechenbaren Facharzt der Leistungsgruppe Geburt im Gesetz zu definieren. Dies ist eine optionale Regelung für die Kliniken.

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 Hebammenkreißsaal ist ein seit Jahren in der Praxis erprobtes *interprofessionelles* und interdisziplinäres Versorgungsmodell. Seit März diesen Jahres können sich Hebammenkreißsäle risikoauditieren lassen. Dies geschieht in Zusammenarbeit des DHV mit den beiden größten Haftpflichtversicherern für Krankenhäuser. Im Anschluss 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 Hebammenkreißsaals an und sind erfolgreich zertifiziert worden. 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 Hebammenkreißsaal 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.

Konkret empfiehlt der DHV folgende Ergänzung:

§ 135e, Absatz 4 wird wie folgt ergänzt:

(4) ... Am Krankenhausstandort beschäftigte Fachärzte können für die Erfüllung der Qualitätskriterien nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 3 für bis zu drei Leistungsgruppen, die an diesem Krankenhausstandort erbracht werden, angerechnet werden. *Für die Leistungsgruppe Geburten wird als Äquivalent zu einem Facharzt der geprüfte Hebammenkreißsaal angerechnet.*

§ 135f Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Für den Bereich der Geburtshilfe ist festzustellen, dass Mindestvorhaltezahlen keinen bewiesenen Nutzen¹ 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, also kleinen bis sehr kleinen Kliniken, betreut. Fallen jetzt Teile dieser Standorte aufgrund der Mindestvorhaltezahl weg, werden große Lücken in das Versorgungsnetz gerissen. Es ist nicht sichergestellt, dass die verbleibenden Standorte die Lücken 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 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 frühestens im Frühjahr 2025 aufnehmen wird. Das würde bedeuten, dass die Mindestvorhaltezahlen, auf deren Basis die Krankenhauslandschaft umstrukturiert werden soll, auf veralteten Standards und Vorgaben beruhen würde.

¹ IGES Gutachten: Stationäre Hebammenversorgung. 2019. S.42 ff

§ 221 und 271

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

Es ist von enormer Wichtigkeit, eine geburtshilfliche Versorgungsplanung unabhängig von wirtschaftlichem Druck vornehmen zu können. Gerade Geburtskliniken sind für Klinikträger in der Regel keine ökonomische Stütze und daher nicht entscheidend für den wirtschaftlichen Erfolg. Das hat zur Folge, dass auch 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 Hebammenkreißsaal genannt, der trotz nachgewiesener Qualität schließen musste, aufgrund der Umstrukturierung und Insolvenz des Trägers.

§ 426 Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

Der DHV hat große Sorge, dass die gewählten Zeiträume zu lang sind, um den umfangreichen Reformprozess und die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft zu beurteilen und bei Bedarf nachzusteuern. Die erstmalige Auswertung 2029 erscheint deutlich zu spät.

In diesem Zusammenhang verweisen wir auch auf die Stellungnahme der DGHWi.

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

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.

Artikel 3 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 2 wird wie folgt ergänzt:

Die PKW-Fahrtzeitminuten betragen:

- 1. für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin, **Geburt** und Allgemeine Chirurgie, 30 PKW-Fahrtzeitminuten,*
- 2. für die übrigen Leistungsgruppen 40 PKW-Fahrtzeitminuten.*

Für die Geburtshilfe liegt keine Evidenz vor, durch die sich eine Fahrtzeit von 40 Minuten begründen lassen würde. Im Gegenteil, der Zeitraum der 40 PKW-Fahrtzeitminuten 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 Mutter². 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 Kreißaal 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 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.

§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

Für den Bereich der Geburtshilfe bewertet der DHV die Einführung einer Vorhaltevergütung grundsätzlich sehr positiv, sofern sie bedarfsgerecht und unabhängig von Fallzahlen erfolgt. Wenn eine Geburtshilfestation für die Versorgung einer Region vorgehalten werden muss, müssen die Kosten 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 strukturellen Rahmendaten ausgerichtet werden kann.

Im vorliegenden Gesetzesentwurf sind die Vorhaltepauschalen jedoch untrennbar mit den DRG und damit mit den Fallzahlen der vorausgehenden Jahre verknüpft. Der DHV betont: Diese Art der Finanzierung wird die strukturellen Probleme der Finanzierung der klinischen Geburtshilfe nicht lösen oder abmildern, sondern zementieren.

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

§ 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

² 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

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 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 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Wie bereits in Artikel 3, § 17b ausgeführt, ist das System der Vorhaltefinanzierung für die Geburtshilfe nur dann sinnvoll, wenn die Berechnungsgrundlage der Vorhaltefinanzierung nicht nach den Kriterien von Mindestmengen und den jetzt gestalteten DRG Erlösen gestaltet wird. Geburtshilfe ist Daseinsvorsorge und muss den Kriterien der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit genügen. Die Vorhaltefinanzierung basiert im Grunde auf den Erlösen der vergangenen Jahre. Diese sind für die Geburtshilfe als Berechnungsgrundlage ungeeignet, denn die rechnerische Grundlage basiert auf dem jetzigen Anreizsystem, also aus den Erlösen der geburtshilflichen DRG's.

Eine Vorhaltefinanzierung ist grundsätzlich für die Geburtshilfe wünschenswert, allerdings muss die Berechnungsgrundlage der Vorhaltefinanzierung an den Bedarfen der Bevölkerung und an definierten Qualitätskriterien orientiert sein.

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 Hebammschüler*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.