

**Stellungnahme des Deutschen Hebammenverband e.V. zum Entwurf
eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
(Notfallgesetz – NotfallG)**

**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

Einleitung

Der DHV bedankt sich für die Möglichkeit, zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG) Stellung zu nehmen. Grundsätzlich begrüßt der DHV das Vorhaben, die Notfallversorgung zu reformieren.

Gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat bekräftigt der DHV, dass eine Reform der Notfallversorgung unbedingt von einer Reform der weiteren Versorgungsstrukturen und der Stärkung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe begleitet werden muss. Außerdem unterstützt der DHV in diesem Kontext die Forderung von verschiedenen Seiten, dass die Reform des Rettungsdienstes zeitgleich vorgenommen werden sollte, um die Notfallversorgung in ihrer Gänze sinnvoll zu reformieren.

Der DHV bekräftigt, dass es Defizite bei der effizienten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene gibt. Hierfür ist die Geburtshilfe ein beispielhafter Bereich, der bei der Zielsetzung dieser Reform unbedingt explizit mitgedacht und verbessert werden sollte. Das ist bisher leider nicht der Fall. Deshalb legt der DHV einen Vorschlag vor, wie die geburtshilfliche Versorgung in die Systematik der Integrierten Notfallzentren (INZ) eingebaut werden sollte.

Hintergrundinformationen zur Fehlsteuerung von Patientinnen in der geburtshilflichen Notfallversorgung

Schwangere suchen nicht nur im Falle einer bevorstehenden Geburt, sondern auch bei Beschwerden unterschiedlichen Grades oder für Routineuntersuchungen außerhalb von Sprechzeiten oft direkt den Kreißaal auf, gerade wenn sie keine für sie zuständige Hebamme haben oder erreichen können.

Die Personalausstattung und die Abrechnungsmöglichkeiten in den Kreißälen stehen mit der steigenden Last an eingehenden Fällen von Hilfeleistungen in keinem Verhältnis. Diese Aufgaben sind systematisch nicht vorgesehen, nehmen aber seit Jahren signifikant zu. Die Folgen sind eine Überlastung des Personals und weniger Zeit für die eigentlichen Aufgaben. Selbst gynäkologische Notfälle, die keinen geburtshilflichen Bezug aufweisen, aber auch Schwangere, die aufgrund anderer Beschwerden eine Klinik aufsuchen, werden in den Kreißälen vorstellig. Gleichzeitig sind auch Rettungsdienste und Notaufnahmen mit der steigenden Zahl von geburtshilflichen Notfällen konfrontiert. Sowohl in den Kreißälen als auch für die Rettungsdienste und Notaufnahmen würde eine Einbindung geburtshilflicher Fachkräfte in die INZ Entlastung bringen.

Es ist weder effizient noch im Sinne der Qualitätssicherung, dass die Kreißäle die Funktion der akuten Notfallversorgung übernehmen, ohne das entsprechende Personal vorzuhalten oder die Fälle angemessen abrechnen zu können. Es ist nicht haltbar, dass die Krankenhäuser hier gezwungen sind, die Abrechnung der tatsächlich stattfindenden Versorgung je nach Standort zu improvisieren. Hebammen übernehmen in der Praxis einen Großteil der Arbeit und sind meist die ersten Ansprechpartner*innen für einkommende Patient*innen. Dieser Einsatz von Hebammen müsste dann auch im System geregelt werden, sowohl in Verbindung mit der im Krankenhaus geregelten Notfallversorgung sowie an der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung.

Durch die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren ist eine weitere Konzentration von Notfällen auf die entsprechenden Standorte zu erwarten. Umso entscheidender wird sein, dass die eingehenden Notfälle bestmöglich gesteuert werden. Die Einrichtung einer zentralen Ersteinschätzungsstelle ist sicher sinnvoll. Für die Geburtshilfe würde das aber mit höchster Wahrscheinlichkeit bedeuten, dass alle Notfälle mit geburtshilflichem Bezug weiterhin in den Kreißaal überwiesen werden - und das bereits beschriebene Problem der Kreißäle sich weiter verschärft.

Hier dringt der DHV entschieden darauf, der Realität Rechnung zu tragen und den Kreißälen im Rahmen der Integrierten Notfallzentren flächendeckend geburtshilfliche Ambulanzen vorzuschalten, die eine Triagefunktion übernehmen, einen Teil der Fälle direkt versorgen können und nur bei einem tatsächlichen Notfall oder tatsächlich bevorstehender Geburt die Fälle in den Kreißaal oder zur stationären Aufnahme weiterleiten. Der DHV geht davon aus, dass über die Hälfte der zu

versorgenden Fälle im Kreißaal sog. Hilfeleistungen im Akutfall sind. Davon wäre es wiederum möglich, ca. die Hälfte in einer geburtshilflichen Ambulanz zu versorgen, sodass sie gar nicht erst die Arbeit im Kreißaal unterbrechen würden.

Aktuell umsetzbar sind für die Einrichtung geburtshilflicher Ambulanzen aus Sicht des DHV zwei Modelle:

Zwei Modelle zur Integration geburtshilflicher Ambulanzen in Integrierte Notfallzentren

Modell 1: Hebammengeleitete Portalpraxen

Einkommende Fälle mit geburtshilflichem Hintergrund werden zunächst in eine am Standort des INZ angesiedelte hebammengeleitete Portalpraxis überwiesen. Hier wird triagiert und, wenn möglich, direkt die Versorgung übernommen. Abgerechnet wird von freiberuflich tätigen Hebammen über den Hebammenhilfevertrag. Bei Bedarf eines ärztlichen Konsils wird die Versicherte in die ärztliche Versorgung übergeleitet und nachfolgend bei ambulanten Notfallbehandlungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) oder stationär über die DRGs abgerechnet. Teilweise existieren solche hebammengeleitete Portalpraxen bereits im Umfeld geburtshilflicher Kliniken und sind in der Regel durch Beleghebammen besetzt. Vorstellbar wäre jedoch auch eine Besetzung in anderen Konstellationen.

Modell 2: Interdisziplinäre geburtshilfliche Ambulanzen:

In diesen Ambulanzen/Portalpraxen findet die Triage durch angestellte, geburtshilfliche Fachkräfte statt. Fälle, die ambulant geklärt werden können, werden dort behandelt und unterbrechen die Arbeit im Kreißaal nicht. Aktuell existierende geburtshilfliche Ambulanzen rechnen allerdings bisher über die EBM-Nummern ab und gehören somit der ärztlichen Abrechnungslogik und Versorgung an. Die Hebammenleistungen werden hier nicht abgebildet, obwohl sie in der Praxis einen wichtigen Teil der Versorgung darstellen.

→ **Der EBM-Katalog müsste so angepasst werden, dass die Personalkosten der Hebammenleistungen abbildbar werden. Nur so kann eine reibungslose, interdisziplinäre Zusammenarbeit gewährleistet werden.**

Notwendige Änderungen könnten im Zuge der Neubewertung und Anpassung des EBM zu den Hybrid-DRGS der AOP zeitnah realisiert werden.¹

Beide Modelle sollten bei der Reform der Notfallversorgung ermöglicht werden, da Kliniken regional sehr unterschiedlich aufgestellt sind und auch die Personalsituation sich je nach Region sehr unterschiedlich darstellen kann.

Umsetzung geburtshilflicher Ambulanzen in Integrierten Notfallzentren im vorliegenden Gesetzentwurf

Der DHV fordert im Rahmen der Etablierung Integrierter Notfallzentren eine flächendeckende Einführung von geburtshilflichen Ambulanzen (interdisziplinäre, geburtshilfliche Ambulanzen oder hebammengeleitete Portalpraxen). Dazu muss das Gesetz wie folgt angepasst werden:

§ 123 Integrierte Notfallzentren

- (1) (...) *Für die Versorgung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen geeignete, im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren (Kooperationspraxen) mit in die Kooperation einbinden. Für die Versorgung von Akutfällen mit geburtshilflichen Bezug werden an jedem Integrierten Notfallzentrum geburtshilfliche Ambulanzen (interdisziplinäre geburtshilfliche Ambulanzen*

¹ https://www.kbv.de/html/1150_68194.php

oder Hebammengeleitete Portalpraxen) eingerichtet. Eine Kooperationspraxis oder geburtshilfliche Ambulanz muss so mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe in einem Datenformat nach Satz 5 sichergestellt ist.

Die geburtshilflichen Ambulanzen können je nach Ausgangslage nach einem der oben genannten Modelle realisiert werden. Je nachdem, ob in der Klinik die Kapazitäten vorhanden sind, könnte die geburtshilfliche Ambulanz in diese integriert sein oder durch eine Kooperation einer in unmittelbarer Nähe des INZ gelegenen Hebammengeleiteten Einrichtung (Geburtshaus oder Hebammenpraxis) umgesetzt werden.

Anmerkung zur Steuerung von Hilfesuchenden in den Versorgungsebenen - §75

Im vorliegenden Gesetzentwurf wird in § 75 die Steuerung von Patient*innen sowie die akute Notfallversorgung neu aufgestellt. Im Schwerpunkt werden die Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen im Hinblick auf Terminvermittlung und die akute Notfallversorgung neu geregelt. Perspektivisch wäre es sinnvoll, auch hier die Schnittstellen zu den weiteren Gesundheitsfachberufen konkreter und nachhaltiger zu normieren, damit die haus- und fachärztliche Versorgung entlastet wird, alle Fachkräfte bestmöglich eingesetzt und Patient*innen tatsächlich passgenau versorgt werden.

Insgesamt muss der Blick auf die Notfallversorgung stärker interdisziplinär gedacht und die einzelnen Berufsgruppen gestärkt werden. Der DHV verweist an dieser Stelle auch auf die Stellungnahme des DPR im Bezug auf Stärkung der Handlungsautonomie für die Pflegeprofession, v.a. betreffend des Einbezugs pflegerischer Kompetenzen in der Notfallversorgung in Deutschland.

Hinweise zur Reform des Rettungsdienstes

Der DHV teilt die Ansicht, dass eine Reform des Rettungsdienstes in Verbindung mit der Reform der Notfallversorgung wichtig und richtig wäre. Sollte im parlamentarischen Verfahren zur Reform der Notfallversorgung auch die Reform des Rettungsdienstes adressiert werden, sollte auch hier die Geburtshilfe mitgedacht werden.

Bei geburtshilflichen Notfällen mit kurz bevorstehender Geburt ist es gerade bei einer weiteren Zentralisierung der Krankenhauslandschaft und potentiell weiteren Wegen zur nächsten geburtshilflichen Einrichtung elementar, die Sicherheit für Mutter und Kind zu erhöhen und der Hinzuziehungspflicht von Hebammen Rechnung zu tragen. Hier könnte in Anlehnung an ein Projekt des Rettungsdienstes in Hessen Hebammen über Notfall-Apps für die Versorgung dieser Fälle alarmiert und somit in die Struktur des Rettungsdienstes einbezogen werden.

In den Rettungsleitstellen müsste die Zu- und Einordnung der geburtshilflichen Notfälle verbessert werden. Notfälle oder Weiterleitungen aus Kapazitätsgründen müssen in die für den vorliegenden Fall passende Klinik vermittelt werden, die die entsprechende Versorgung bereithält und außerdem noch Kapazitäten zur Verfügung hat. Hier könnten, in Anlehnung an ein Projekt des Rettungsdienstes in Bremen, eine zentrale Dispositionsstruktur über die Rettungsleitstellen geschaffen werden, die eine zentrale Kommunikation zwischen Rettungsdienst, Kreißsälen und außerklinisch tätigen Hebammen schafft. Aktuelle Protokolle und Algorithmen erfassen die verschiedenen Notwendigkeiten der Geburtshilfe momentan nicht ausreichend. Sie sollten in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Berufsgruppen überarbeitet werden, damit die passende und sichere Versorgung von Mutter und Kind reibungslos angesteuert werden kann. Darüber hinaus könnten aufsuchende Ersteinschätzungen und/oder geburtshilfliche Versorgungen durch eine mitfahrende Hebamme im Rettungsdienst entwickelt werden.

Zu den hier aufgeführten Ansätzen liegen praxiserprobte Konzepte vor, die der DHV gerne in den weiteren Reformprozess einspeisen kann.

Berlin, den 24.06.2024

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit mehr als 22.500 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.