

Stellungnahme zur Anhörung zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) im Gesundheitsausschuss am 17.12.2025



Deutscher
Hebammen
Verband

Der Deutsche Hebammenverband (DHV) begrüßt die Umsetzung und weitere Anpassung der Förderung von Hebammenkreißsälen. Darüber hinaus wurde im KHAG jedoch die Chance verpasst, die klinische Geburtshilfe entscheidend weiterzuentwickeln. Weitere Reformschritte wären aber sinnvoll. Im Folgenden nimmt der DHV zu einzelnen Aspekten Stellung:

Förderung und Weiterentwicklung Hebammenkreißsaal und Hebammenarbeit

Weitere Klarstellung Förderung Hebammenkreißsaal

Der DHV begrüßt zunächst ausdrücklich die Klarstellung in § 39 Abs. 2 KHG, die die Förderung eines Hebammenkreißsaals auch unter Leitung einer Beleghebamme sicherstellt. Eine Hebamme kann sowohl als Beleghebamme, als auch als angestellte Hebamme im Kreißsaal leitend tätig sein, ohne dass dies die Versorgungsqualität beeinflusst.

Unabhängig davon hält der DHV Sanktionen im Rahmen der vom G-BA zu erstellenden Richtlinie zur Förderung von Hebammenkreißsälen für nicht zielführend. Im Ursprung war die Richtlinie vom Gesetzgeber als Förderung von und Incentivierung zur Etablierung von mehr Hebammen-Kreißsälen in Deutschland gedacht. Die Einführung von Sanktionen bei Unterschreitung der G-BA-Richtlinie, die über den Wegfall der Fördermittel hinausgeht, würde einen hohen Bürokratieaufwand bedingen und die praxisnahe Umsetzung der Qualitätsrichtlinie erheblich erschweren.

Der DHV unterstützt in diesem Sinne die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft angeführte Argumentation, dass es folgerichtig wäre, eine Festlegung von Mindestanforderungen und dem damit potentiell einhergehenden Vergütungswegfall in der Richtlinie ausdrücklich nicht vorzusehen. Der DHV teilt die Einschätzung der DKG, dass sich weder juristisch aus der vorgenommenen Verweisanpassung noch aus der Begründung eindeutig ergibt, ob eine Festlegung von Mindestanforderungen in der G-BA-Richtlinie nicht erfolgen muss, oder nicht erfolgen darf. Eine weitere Klarstellung wäre wünschenswert und für die Bearbeitung des gesetzlichen Auftrags im G-BA hilfreich.

Flächendeckende Umsetzung Hebammenkreißsaal

Die Förderung von Hebammenkreißsälen (HKS), die im Rahmen der Krankenhausreform etabliert und im KHAG genauer definiert wird, ist ein erster wichtiger Schritt. Der konsequente nächste Schritt unter Qualitätsaspekten wäre die flächendeckende Umsetzung von Hebammenkreißsälen.

Der HKS ergänzt als ein hebammengeleitetes klinisch-geburtshilfliches Betreuungskonzept das geburtshilfliche Angebot und stärkt das Recht auf die freie Wahl des Geburtsorts. Die Etablierung des HKS im Rahmen der Krankenhausreform ist eine folgerichtige und ressourcenorientierte Entwicklung in der klinischen Geburtshilfe, die die Physiologie der Geburt in den Vordergrund stellt und hohe Folgekosten, die durch negative Geburtserlebnisse entstehen können, weitgehend vermeidet.

Während das Konzept hebammengeleiteter Geburtshilfe in Deutschland in den letzten 20 Jahren sehr langsam Verbreitung findet, ist es in anderen europäischen Ländern langjährig etabliert und selbstverständlicher Bestandteil geburtshilflicher Konzepte.¹ Hebammengeleitete Geburtshilfe ist

¹ <https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/preparing-for-the-birth/where-to-give-birth-the-options/>

sicher, interventionsarm, effektiv und hat langfristig einen guten Effekt auf die Gesundheit von Mutter und Kind.²

Hebammengeleitete Geburtshilfe zu fördern ist ein Teilziel des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit Rund um die Geburt“. Hier heißt es: „Ziel 2: Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert. (...) Das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe mit dem Konzept Frauenzentrierte Betreuung und Betreuungsprinzipien wie Kontinuität, partnerschaftliche Betreuung und Einbezug in Entscheidungen begünstigt die Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen. Es führt zu einem geringeren Einsatz medizinischer Interventionen im Geburtsverlauf und somit zu einer Förderung der physiologischen Geburt unter Einbezug der Ressourcen der Gebärenden. (Dunkley, 2003; Kehrbach, Krahl, Bauer, & zu Sayn-Wittgenstein, 2007; Bauer, 2011; Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2025; zu Sayn-Wittgenstein, 2007).“

Ausweitung der Beratungs- und Aufklärungskompetenz zu Geburtsverlauf und geburtshilflichen Maßnahmen

Im Sinne der Effizienz und mit Hinsicht auf den akuten Fachkräftemangel wäre es sinnvoll, Tätigkeiten, die Hebammen auf Grund ihrer Ausbildung bereits durchführen können, auch für den klinischen Kontext nutzbar zu machen. Berufegesetz und Krankenhausgesetz müssen dahingehend verändert werden, dass Hebammen zu allen möglichen Geburtsverläufen grundsätzlich aufklären dürfen. Außerdem muss es Hebammen, analog zu außerklinisch tätigen Hebammen, möglich sein, eine Schwangere ohne ärztliche Delegation oder Anwesenheit vollständig zu betreuen, wenn kein medizinischer Faktor dagegenspricht. Hebammen sind Expertinnen in der Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, unabhängig vom Geburtsort.

In diesem Sinne wäre auch eine Erweiterung des OPS-Katalogs sinnvoll, um die Überwachung und Leitung einer normalen Geburt im zertifizierten Hebammenkreißsaal abzubilden und zu vergüten. Der DHV hat dazu einen konkreten Vorschlag eingereicht.

Weiterentwicklung Leistungsgruppen & Mitwirkung im Leistungsgruppenausschuss

Qualitätskriterien nicht ausschließlich auf Basis der ärztlichen Versorgung

Grundsätzlich weist der DHV darauf hin, dass es unerlässlich ist, für die Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen nicht nur Bezug auf die ärztliche Versorgung zu nehmen, sondern dass auch Regelungen für die weiteren Berufsgruppen getroffen werden müssen. Für die Geburtshilfe ist die Personalausstattung mit Hebammen, als Expert*innen für physiologische Prozesse und in Bezugnahme auf die Hinzuziehungspflicht unerlässlich.

Schon jetzt wäre es möglich, dass geprüfte Hebammenkreißäle – mit Zertifikat nach den Qualitätsstandards z. B. des DHV – als gleichwertiger Qualitätsnachweis für die Geburtshilfe gelten. Wenn sich das in der Zuweisung und Bewertung von Leistungsgruppen widerspiegelt, schafft es den nötigen Anreiz für Kliniken, hebammengeleitete Versorgungsmodelle einzuführen.

Zur Streichung der PpUGV als Qualitätskriterium und dessen Bedeutung für die Versorgungsqualität in der Pflege verweist der DHV auf die Stellungnahme des DPR, die wir volumnfähig unterstützen. Für den Bereich der klinischen Geburtshilfe sind unabhängig davon explizit andere Qualitätskriterien als die PpUGV notwendig. Geburtshilfe braucht passgenaue Personalbedarfsinstrumente, die vor allem auf die Besonderheiten der Bedarfe von gesunden Frauen und Neugeborenen abstellt. Dazu ist die PPUGV nicht geeignet.

Der DHV betont ausdrücklich: Es bleibt zwingend notwendig, schnellstmöglich ein verbindliches Personalbemessungsinstrument für den Funktionsbereich der Geburtshilfe einzuführen und in einer eigenen Verordnung zu regeln. Nur so kann den unterschiedlichen Leistungsparametern, Bedarfen

² Sandall et all. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep 15;(9):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub4.

sowie dem passgenauen Einsatz der beteiligten unterschiedlichen Berufsgruppen Rechnung getragen werden. Dies wäre ein wichtiger Schritt für die Qualität in der Geburtshilfe und ein weiterer Schritt um eine 1:1-Betreuung unter der Geburt flächendeckend zu ermöglichen. Hebammenleistungen werden in aktuellen Regelungen z.B. unter der PPBV oder PpUGV subsumiert und diese sind in diesem Fall nicht geeignet.

Beteiligung Leistungsgruppenausschuss

Der Deutsche Hebammenverband fordert eine gesetzlich garantierte, stimmberechtigte Vertretung der Hebammen im Ausschuss für die Festlegung der Qualitätskriterien von Leistungsgruppen, die speziell der Geburtshilfe anhängig sind. Nur so kann die besondere Fachkompetenz der Hebammen zur Stärkung der physiologischen Geburt sachgerecht eingebracht werden. Geburtshilfe ist, anders als andere Krankenhausfälle, in der Regel ein physiologisches Geschehen, dass eine spezielle Perspektive und Expertise benötigt, die ausschließlich von Hebammen eingebracht werden kann. Diese Mitbestimmung ist für eine bedarfsgerechte, sektorenübergreifende und berufsgruppenübergreifende Versorgungsplanung unerlässlich.

Physiologische Geburt in den Leistungsgruppen abbilden

Darüber hinaus sieht der DHV weiterhin grundlegenden Überarbeitungsbedarf und Ergänzungsbedarf im Bereich der Leistungsgruppe 42 "Geburten", bis hin zur Reform der DRGs und Qualitätsparameter für die klinische Geburtshilfe. Der DHV hatte frühzeitig im Reformprozess eine ergänzende Leistungsgruppe hebammengeleitete Geburtshilfe empfohlen, um sowohl der Regel- wie auch der Maximalversorgung gerecht werden zu können. Klar ist: egal ob in einer oder in zwei Leistungsgruppen, die Anforderungen der *physiologischen* Geburtshilfe und die Personalausstattung im Bereich der Hebammen müssen innerhalb der klinischen Strukturen und Prozesse zukünftig berücksichtigt werden.

Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien, Mindestzahlen und Erreichbarkeit

Zu den u.a. in §9 SGB V geregelten Ausnahmeregelungen: Der DHV sieht grundsätzlich die Notwendigkeit, dass unter gewissen Bedingungen Ausnahmen von den Qualitätskriterien zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung möglich sein müssen. Bei der Geburtshilfe gilt dies für Vorgaben zu Mindestzahlen. Ausnahmeregelungen dürfen dabei aber nicht zu einer Gefährdung grundsätzlicher Qualitätsstandards führen.

Ziel muss es sein, ein flächendeckendes Versorgungsnetz sicherzustellen, das die ambulanten Angebote in der Planung mit einbezieht. Dabei dürfen gewisse Anfahrtszeiten nicht unterschritten werden. Die bisherige Regelung von 40 Minuten für die Geburtshilfe ist dabei absolut nicht ausreichend. Trotzdem braucht es Vorgaben, für welche Angebote welche Mindesterreichbarkeit notwendig ist.

Für die Geburtshilfe ist es unabdingbar, dass in der flächendeckenden Planung explizit auch Einrichtungen und Leistungen der Hebammen, wie hebammengeleitete Kreißäle, umfassend und rechtssicher einbezogen werden. Kooperationen sind dabei zur Sicherstellung eines flächendeckenden Versorgungsnetzes sinnvoll. Dies unterstützt die Anpassung an regionale Versorgungserfordernisse und schafft Planungssicherheit für geburtshilfliche Teams. Voraussetzung dafür ist eine zentrale Registrierung der Hebammen, um die jeweilig vorhandenen lokalen Ressourcen einzuschätzen und einzusetzen.

Die Vorgabe von Mindestmengen ist laut IGES-Gutachten des Bundesgesundheitsministeriums von 2019 (stationäre Hebammenversorgung) im Bereich Geburtshilfe nicht evidenzbasiert. Wir fordern daher, die Geburtshilfe künftig vollständig davon auszunehmen, um insbesondere in ländlichen Regionen Versorgungslücken zu verhindern. Die Qualität der Geburtshilfe wird maßgeblich durch Betreuungsschlüssel, Interventionshäufigkeit und Zusammenarbeit geprägt, nicht durch Fallzahlen.

Anstatt einer Mindestmengenregelung regt der DHV an, gesonderte Qualitätskriterien einzuführen und flächendeckend zu erheben, unter Einbezug der sogenannten Patient Reported Outcome Measurements (PROMS) und Patient-Reported Experience Measures (PREMS).

Vorhaltefinanzierung

Die geplante Vorhaltevergütung wurde im Rahmen des vorliegenden Entwurfes des KHAG nicht entscheidend angepasst, was von vielen Akteuren kritisiert wird. Das verfehlt das Ziel einer fallzahlunabhängigen Vergütung.

Der Bereich Geburtshilfe müsste sich konsequent an den realen Versorgungsbedarfen und den tatsächlichen Kosten orientieren, nicht an Fallzahlen der Vorjahre. Nur eine von der Fallzahl entkoppelte Finanzierung kann die Qualität der Patientenversorgung, die Attraktivität und Wirtschaftlichkeit der geburtshilflichen Versorgung langfristig sichern und weitere Schließungen verhindern. Die Erlöse der Geburtshilfe werden durch Fehlanreize des aktuellen DRG-Systems nicht ausreichend qualitativ gesteuert und müssen eine Erweiterung erfahren, um physiologische Verläufe gleich und besser zu vergüten und das Anreizsystem zu verändern.

Berlin, den 15.12.2025

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 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 Hebammenschüler*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.

Kontakt

Deutscher Hebammenverband e.V.

Büro Berlin

Lietzenburger Straße 53

10719 Berlin

T. 030-39406770

referat-pol-strategie@hebammenverband.de

hebammenverband.de