

Bundesministerium für Gesundheit  
Herrn Minister Hermann Gröhe

Friedrichstr. 108

10117 Berlin

12.05.2014

### **Versorgung mit Hebammenhilfe**

Sehr geehrter Herr Bundesminister Gröhe,

wir bedanken uns für die Zusendung des Abschlussberichtes der IMAG und für die Erläuterung der politischen Maßnahmen, die Sie aus den Diskussionen abgeleitet haben und für den ersten Lösungsansatz, der bereits eine zeitnahe Umsetzung vorsieht. Das Maßnahmenpaket zur Verbesserung im Bereich der Vergütung ist insofern von besonderer Dringlichkeit, weil der Prämienkostenanstieg im Juli 2014 um 20% wie auch der zu erwartende Kostenanstieg im Juli 2015 um weitere 20%, von einer Vielzahl der freiberuflich tätigen Hebammen aus den aktuellen Vergütungssätzen nicht zu generieren ist.

Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass in der aktuellen strukturellen Umgebung alle Versicherer zu verstehen geben, dass sie im Juli 2016 **endgültig** aus dem Versicherungsgeschäft der Berufshaftpflicht für Hebammen aussteigen. Dies wurde Ihnen sicherlich ebenso von den Versicherungen zu verstehen gegeben.

Bereits im Juli 2015 beendet die Nürnberger Versicherung ihre Partizipation an dem noch bestehenden Konsortium. Die übernehmenden Haftpflichtversicherer werden sodann im Juli 2016 dieses Risiko ebenfalls nicht mehr zeichnen. Somit kann die Übernahme der Mikroanteile der Nürnberger Versicherung am Konsortium des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) durch die übrigen Versicherungsgesellschaften nur als kurzfristige Überbrückung verstanden werden; keineswegs bedeutet dies eine Dauerlösung.

Hebammen benötigen Planungssicherheit. Diese muss langfristig erhalten sein. Der DHV hat aus diesem Grund speziell solche Lösungsvorschläge in die IMAG eingebracht, die zwar – aufgrund ihrer strukturellen Veränderung – eine angemessene Zeit zur Umsetzung benötigen, aber eine langfristige Lösung der Problematik liefern können. Diese jedoch nicht zeitnah in Angriff zu nehmen, würde bedeuten, dass der Versorgungskollaps lediglich um zwei Jahre verschoben, jedoch dann unausweichlich sein wird. Daher begrüßt der DHV Ihren Ansatz in vollem Umfang, dass Sie kurzfristige Verbesserungen im Bereich der Vergütung sowie ein tragfähiges Lösungskonzept zur Stabilisierung der Haftpflichtprämien angekündigt haben.

Im Vordergrund steht der Wille zur Sicherstellung einer wohnortnahen Hebammenversorgung, die allen Schwangeren, Gebärenden und jungen Müttern sowie deren Säuglingen zur Verfügung gestellt wird. Die Berücksichtigung der Wahlfreiheit der Frau bezüglich des Ortes der Geburt ist eine wichtige Grundlage dieser Versorgung. Es genügt aber nicht, dass Frauen einen Anspruch auf Kostenübernahme der entsprechenden Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung haben, sie benötigen außerdem die Gewissheit, dass diese Hebammenleistungen in der Schwangerschaft, während der Geburt, im Wochenbett und der Säuglingszeit auch zu Verfügung stehen.

Wir möchten noch einmal darauf aufmerksam machen, dass nicht nur die außerklinische Hebammenhilfe gefährdet ist. Insbesondere im Bereich der Wochenbettbetreuung und den Kursen hatte bereits das IGES-Gutachten eine Leistungseinschränkung registriert und Mangelversorgungsgebiete aufzeigen müssen. In einer internen Umfrage des DHV zum Thema „abgesagte Betreuungen“ konnte festgestellt werden, dass insbesondere Anfragen nach einer Wochenbettbetreuung nicht erfüllt werden können (fast 75% der abgesagten Betreuungsleistungen betreffen die Wochenbettversorgung). Dies ist vor allen Dingen deshalb von planerischer Wichtigkeit, weil dieser Betreuungsbedarf bei allen Wöchnerinnen anfällt, unabhängig vom Geburtsort und der Geburtsart. Es muss deshalb das gesamte Spektrum der Hebammenleistungen im Betrachtungsfeld bleiben. Der Blick „nur“ auf die Geburtshilfe reicht nicht aus, um die Thematik umfassend zu beleuchten.

Zu den von Ihnen genannten Vorschlägen möchten wir im folgenden Stellung nehmen, obgleich nachfolgende Ausführungen eine detaillierte Stellungnahme zu geplanten Gesetzgebungsmaßnahmen nicht ersetzen. Wir bieten Ihnen hierfür unsere Fachexpertise ausdrücklich an.

## **1. Sicherstellung bei der Vergütung**

Die Verpflichtung der Krankenkassen zur Übernahme der Haftpflichtsteigerungskosten kann nur dann wirksam umgesetzt werden, wenn Krankenkassen diesen Auftrag als Übernahme des individuellen Kostenausgleichbedarfs der freiberuflichen Hebamme verstehen müssen. Bislang scheiterten zufriedenstellende Kostenausgleichsverhandlungen aus Sicht der Hebammen an der Vergütungssystematik der GKV. Die Kopplung der verpflichtenden und hohen Haftpflichtkosten an die Leistungsmenge, bei teilweise unzureichender Leistungsmöglichkeit und mangelhafter Datenlage, hat die Berechnung zu Ungunsten einer großen Hebammengruppe beeinflusst. Im Bereich der Hausgeburtshilfe konnte in den vergangenen Jahren – wenn auch in ungenügender Weise – immerhin ein geringer Ausgleich geschaffen werden; im Bereich der Beleggeburtshilfe in der 1:1-Betreuung ist dies weniger und im Bereich der Vorsorgeleistungen gar nicht gelungen: hier konnten keine Kostensteigerungen in diese Vergütungspositionen eingepreist werden.

Gefährdet von der Prämienhöhung ist nicht nur die außerklinische Geburtshilfe, sondern das komplette Leistungsspektrum der Hebammenhilfe. Insofern ist es nötig, dass die für alle Leistungsbereiche anstehende 20%ige-Steigerung, allen Hebammen, in allen Versorgungs-

einheiten zugeordnet wird. Wenn gleich die Haftpflichtkosten im nicht-geburtshilflichen Segment deutlich niedriger sind, so ist die prozentuale Steigerung identisch.

Die gleiche Problematik betrifft den Sicherstellungszuschlag. Wir begrüßen diesen Ansatz als kurzfristig wirksames Hilfsinstrument zur Abfederung von Kosten. Dieser kann die drohenden Berufsaufgaben im geburtshilflichen Bereich möglicherweise reduzieren. Allein die Tatsache, dass dieser erst nachträglich beantragbar sein wird, erhöht jedoch das Risiko, dass Hebammen, die nicht in Vorkasse gehen können, diesen nicht als Sicherheit in ihre berufliche Planung einkalkulieren. Die anderen Leistungsbereiche dürfen indes nicht vergessen werden.

Die Fokussierung des Sicherstellungszuschlags ausschließlich auf die Geburtshilfe ist auch aus dem Blickwinkel eines zeitnah umsetzbaren und wirkenden Lösungsansatzes zu kurz gegriffen. Frauen benötigen in allen Phasen des Mutterwerdens verlässlichen und niederschweligen Zugang zu Hebammenhilfe. Würde man diese Systematik auf die vertragsärztliche Versorgung übertragen, so würde dies bedeuten, dass nur ein Leistungsbereich des Arztes, bspw. die Krebsfrüherkennung, mit einem angemessenen Kostenausgleich bedacht werden würde, um dies als Anreizinstrument zur Niederlassung im ländlichen Gebiet zu benutzen. Es ist zweifelsohne auf den ersten Blick zu erkennen, dass dies ein unwirksamer und unlogischer Ansatz wäre. Im Bereich der Hebammenhilfe verhält sich die ähnlich. Wohl ist die Geburtshilfe das „Zentrum“ der Hebammenarbeit, aber sie ist nicht die Arbeitsleistung in der freiberuflichen Hebammen, die in der 1:1-Betreuung arbeiten, üblicherweise die meiste Arbeitszeit verbringen. Die meiste Arbeitszeit verbringen Hebammen in der Wochenbettbetreuung (ca. 50%). Aufgrund des Umfangs wird an dieser Stelle auf eine nähere Ausführung der Zahlen verzichtet. Die Arbeitszeitanalysen der Hebammentätigkeit stellen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ein Sicherstellungszuschlag ist ein verwaltungs- und verhandlungsaufwändiges Verfahren. Den gleichen Aufwand bietet eine Neustrukturierung der Vergütungssystematik, in dem die Haftpflichtkosten grundsätzlich aus der Leistungsvergütung extrahiert werden. Dies wäre einfach zu ermitteln, unaufwändig zu verhandeln und böte einen gerechten Ausgleich für alle Hebammen in allen Leistungsbereichen. Es trägt dem Leistungsangebot der Hebamme und nicht der tatsächlich erbrachten Leistung Rechnung und ist deshalb ein guter Ansatz aus dem Blickwinkel der Frau und der Sicherstellung des Angebotes ihres individuellen Betreuungsbedarfs, der auf die medizinische Verlaufssituation - ohne Kosteneinbußen der Hebammen - Rücksicht nimmt. Denn zu berücksichtigen in der Planung ist auch die Tatsache, dass im außerklinischen Bereich Geburten abgesagt werden. Dies geschieht aufgrund von medizinischen Befunden oft kurzfristig. Eine Geburtsbetreuung, die zur Abrechnung käme, ist damit nicht möglich, ein Anspruch auf den Sicherstellungszuschlag wäre nicht zu generieren. Die Versicherungskosten stehen jedoch dennoch an. Sie finden also weder innerhalb der Vergütung noch durch den Zuschlag eine Ausgleichszahlung.

Insgesamt ist – trotz Erhöhung durch die Schiedsstelle (die lediglich die Grundlohnsummensteigerung zuzüglich der zu erwartenden Kosten des Qualitätsnachweissystems ausgeglichen hat!) - das Vergütungsniveau so gering, dass auch „geringe“ Kostensteigerungen, die nicht

durch die Vergütung ausgeglichen werden, nicht durch weitere Mehrarbeit zu kompensieren sind und deshalb zwangsläufig zu weiteren Berufsaufgaben führen müssen. Dieser Tendenz kann ein retrospektiver Sicherungszuschlag, der nur einem Teilbereich der Leistung zuge-dacht ist, nicht entgegen wirken. Insbesondere auch vor dem Hintergrund nicht, dass ab 2016 ohnehin kein angemessenes Versicherungskonstrukt zur Verfügung stehen wird und dass die politische Beschränkung auf eine Kompensierung der Kosten den Hebammen keine unternehmensplanerische Alternative darstellen kann. Auch Hebammen sind Unternehmerinnen. In der unternehmerischen Planung sind Zwei-Jahres-Lösungen als große Risikofaktoren einzustufen.

## **2. Stabilisierung der Versicherungsprämien durch Verzicht auf eine Regressforderung**

Grundsätzlich begrüßt der DHV die geplante nähere Prüfung, inwieweit ein Regressverzicht der Kranken- und Pflegeversicherungsträger zu einer Stabilisierung der Haftpflichtprämien führen kann. Eine deutliche Kostenreduktion ist laut den Angaben des GDV allerdings nicht zu erwarten, obwohl die Regresse einen Anteil von 30% an der Kostensteigerung haben (für diese Berechnung lag auch die Einbeziehung eines Regressverzichtes der Rentenversicherung zugrunde). Ebenso stimmen wir darin überein, dass dies nicht zu einer Beschränkung der Rechte der betroffenen Personen führen darf.

Wir möchten dennoch erneut darauf hinweisen, dass neben diesem Ansatz zur Prämienstabilisierung eine langfristige Lösung weiterverfolgt werden muss. Insgesamt sind wir davon überzeugt, dass nur die kumulative Umsetzung der in der IMAG diskutierten Maßnahmen die Problematik im Berufshaftpflichtbereich zufriedenstellend zu lösen vermag. Insofern möchten wir nochmals auf die in der Arbeitsgruppe ebenfalls in verschiedenen Varianten diskutierte öffentlich-rechtliche Beteiligung am Haftungsrisiko der Geburtshelfer hinweisen. Ein Fonds, bei dessen Finanzierung die Hebammen öffentlich-rechtliche Unterstützung erhalten, ist aus unserer Sicht eine sinnvolle und effektive Lösung. Dieser kann durch den Regressverzicht der Sozialversicherungsträger finanziell entlastet werden. Insofern ist er ein gutes Hilfsmittel zur Finanzstabilität eines Fondmodells.

Selbstverständlich wäre als nächster Schritt die nähere Prüfung einer möglichen Ausgestaltung und Organisation eines solchen Fonds erforderlich. Wir sind davon überzeugt, dass eine Prüfung und Begutachtung der Art, wie sie letztlich jede Neuerung im normativen Bereich bedarf, ebenfalls zu dem Ergebnis kommen wird, dass ein durch die Hebammen nur teil-finanzierter Fonds eine erfolgversprechende Lösung darstellt.

Die von Ihnen angesprochenen verfassungs- und sozialrechtlichen Schwierigkeiten stellen unseres Erachtens möglicherweise eine juristische Herausforderung dar, können aber sehr wohl einer Lösung zugeführt werden. Wir bitten daher um eine nähere Konkretisierung der verfassungsrechtlichen Bedenken, um diese auch unsererseits einer näheren Prüfung unterziehen zu können.

In diesem Zusammenhang möchten wir ergänzend darauf hinweisen, dass wir den damals aufgeworfenen Ansatz der Zweckbindung der Regresseinnahmen nach erneuter, eingehender Prüfung der Rechtslage so nicht weiterverfolgen werden.

### **3. Qualitätssicherung**

Ihre Forderungen zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe bewertet der DHV positiv. Die Entwicklung von S 3 Leitlinien ist unabdingbar. Auch hier liegt nicht das Problem, wie im IMAG Bericht genannt, an der interdisziplinären Zusammenarbeit, sondern am finanziellen Aufwand für die Fachgesellschaften. Wir freuen uns, wenn hier das BMG unterstützend tätig ist und einen Auftrag vergibt. Dieser muss jedoch in der Unterstützung der Leitliniengestaltung liegen. Eine Qualitätsüberprüfung der Leitlinien ist insofern nicht zielführend, weil auch die erstellenden Fachgesellschaften wissen, dass ihnen evidenzbasierte Leitlinien fehlen. Diese sind als solche durch die Ausweisung als „S1-Leitlinie“ gekennzeichnet.

Qualitätskriterien für die Hebammenarbeit sind bereits heute im Vertrag mit der GKV festgelegt und vereinbart. Im Moment geht es in den Verhandlungen zur Qualitätssicherung mit dem GKV lediglich um eine vertragseinheitliche Festlegung des Nachweisverfahrens.

Der DHV unterstützt seit Jahren qualitätsverbessernde Maßnahmen. Wir bieten den freiberuflichen Hebammen ein zertifizierbares Qualitätsmanagementsystem (DIN EN ISO 9001:2008) sowie eine Vielzahl von Fortbildungen zu diesem Thema an, das sich im Aufbau an der GBA-Richtlinie für niedergelassene Ärzte orientiert. Gleichzeitig ist der DHV im Aktionsbündnis Patientensicherheit als Mitglied engagiert und hat sich u. a. bei der Entwicklung eines Simulationstrainings für Kreissaalteams engagiert (Projekt Simparteam). Schon vor über 10 Jahren gründete der DHV, gemeinsam mit dem BfHD, den unabhängigen Verein QUAG e. V. zur Sicherung der außerklinischen Geburtshilfe. QUAG arbeitet nicht nur unabhängig, sondern mit einem interdisziplinären Beirat, in dem u.a. auch Vertreter der DGGG und AQUA mitarbeiten. Er bietet eine solide Zahlengrundlage.

Die Schadenszahlen beweisen, dass Hebammen stetig weniger Fehler machen. Und dass das „Outcome“ von Mutter und Kind bei einer außerklinischen Geburt in Deutschland mindestens genauso gut ist wie bei einer Klinikgeburt, hat die vergleichende Auswertung von AQUA- und QUAG-Daten ergeben, die der GKV-SV veröffentlicht hat<sup>1</sup>. Bemerkenswert an der Studie ist, dass das zu Grunde gelegte Datenmaterial der Geburtshäuser aus einer Zeit stammt, in der es noch keine vertraglich vereinbarten Ausschlusskriterien für eine außerklinische Geburt gab. Hebammen haben also immer schon gründlich abgewogen und weder Frau noch Kind einer vermeidbaren Gefahr ausgesetzt.

Es gibt also nicht grundsätzlich ein Qualitätsproblem bei den Hebammen. Geburtshilfliche Notfälle sind nicht anhand von Fallzahlen beherrschbar, sondern aufgrund von Notfallfortbildungen. Diese werden von Seiten des DHV und seiner Landesverbände flächendeckend

---

<sup>1</sup> „PILOTPROJEKT zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit, 2011)

angeboten und von den Hebammen regelmäßig besucht. Mindestmengen mit Qualität zu verknüpfen entbehrt im Bereich der Geburtshilfe der notwendigen Evidenz, um diese begründen zu können. Dass im klinischen Bereich – aufgrund der niedrigen Budgets im Bereich der Geburtshilfe – möglicherweise häufiger Fehler auftreten, wird von den Haftpflichtversicherern diskutiert. Die Ursache aber liegt dort nicht in der Menge der zu behandelnden Fälle, sondern in der unterfinanzierten Organisationsstruktur. Dies zu evaluieren könnte von Interesse sein – kann im Hinblick auf die grundlegenden und drängenden Probleme jedoch keineswegs eine vordringliche Aufgabe sein.

#### **4. Datengrundlage**

Der Hebammenverband begrüßt auch, dass eine bessere Datengrundlage geschaffen werden soll. Über die Schadensursachen liegen bereits ausreichend Daten vor. Wir würden es daher präferieren, wenn sich das Gutachten zur Datenerhebung zusätzlich mit der tatsächlichen Versorgungssituation und dem Bedarf der Frauen an Hebammenhilfe befassen würde. Auch eine Erhebung durch den Mikrozensus ist unserer Meinung nach hierfür nicht ausreichend. Erst mit diesen Zahlen hätten wir und auch die Politik aktuelle und valide Informationen zur Versorgungslage sowie zur Planung und wir wüssten, wie viele Leistungserbringerinnen überhaupt zur Verfügung stehen.

In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass die Zugänglichkeit von Daten über Hebammen nur dann gewährleistet sein kann, wenn diese zentral registriert sind. Hierfür wäre die Einbindung in den Heilberufsausweis eine der zu prüfenden Möglichkeiten. Kein Gutachten, unabhängig von dessen Ausgangsfragestellung, wird eine umfassende Aussagekraft erreichen können, wenn weder die Anzahl der Hebammen noch deren Tätigkeitspektrum als Bezugsgrundlage hergestellt werden kann.

#### **Zusätzliche Themen**

Der Interministerielle Arbeitskreis hat sich mit weiteren Themenfeldern beschäftigt. Auch auf diese soll nachfolgend eingegangen werden:

##### **a) Versorgung in den Ländern**

Uns ist es ein Anliegen, zu den Versorgungsthemen, wie im IMAG-Bericht bereits aufgeführt, verstärkt in den Dialog mit den Ländern zu gehen. Hierzu von Ihnen Unterstützung zu erfahren, wird dieses Arbeitsfeld sicherlich befördern.

Zu den anliegenden Themenfeldern gehören u. a. die Einführung einer landesweiten Statistik, die Implementierung einer einheitlichen Berufsordnung, hebammengeleitete Versorgung in den Kliniken, das Ausloben von Modellprojekten für hebammengeleitete Geburtshilfe, die Sicherstellung der Geburtshilfe auch in alternativen Organisationsformen wie z.B. Hebammenzentren und/ oder interdisziplinären Vernetzungen. Diese sind nicht nur aufgrund der fortschreitenden Klinikschließungen notwendig. Neue Arbeitsorganisationsformen sind nötig, um den Familien eine wohnortnahe Versorgung mit Hebammenhilfe zur Verfügung stellen zu können. Klinikumstrukturierungen, gefördert durch z.B. einem Investi-



tionsfonds, – auch dies könnte die Sicherstellung der Hebammenversorgung finanziell unterstützen. Hebammen gehören, wie Hausärzte, in das Segment der vorzuhaltenden medizinischen Grundversorgung. Dafür, dass dies umsetzbar ist, muss der notwendige gesetzliche Rahmen geschaffen werden – parallel zur Umorganisation der klinischen Strukturen und nicht erst nachträglich, wenn selbst ohne valide Datenlage sichtbar wird, dass der geburts-hilfliche Betreuungsbedarf der Frauen nicht gedeckt werden kann. Die Umstrukturierung im klinischen Bereich ist bereits in vollem Gange – deshalb darf diese Anpassung nicht verschoben werden.

#### b) SGB V und EU Richtlinie zum Tätigkeitsspektrum der Hebamme

Der Tätigkeitsumfang der Hebammen hat sich in den letzten Jahren verändert. Dies kam unter anderem durch die Rückverlagerung der stationären Betreuung des Wochenbettes in das häusliche Umfeld und den Bedarf der Frauen, Hebammenleistung ihrem individuellen Bedarf entsprechend zu erhalten. Die europarechtlichen Vorgaben zum Mindesttätigkeits-spektrum von Hebammen (zuletzt in Art. 42 der RiLi 2005/36/EG vom 7.9.2005) nehmen darauf Rücksicht. Allerdings entspricht das Leistungsangebot, das die Krankenkassen davon ihren Versicherten zur Verfügung stellen, nach wie vor nicht dem vorgegebenen Rahmen. Hierzu bedarf es einer entsprechenden Anpassung des SGB V. In unserer Stellungnahme zur Überführung der Hebammenhilfe aus der RVO ins SGB V hat der DHV hierzu im Rahmen der IMAG ausführlich Stellung bezogen.

Der notwendige Änderungsbedarf bezieht sich im SGB V u. a. darauf, dass Frauen die Möglichkeit gegeben wird, die Beratungsleistung zur Familienplanung, die bislang nur im Rahmen der Wochenbettbetreuung von den Krankenkassen finanziert wird, auch außerhalb des Wo-chenbettes zu erhalten. Es ist fachlich nicht einleuchtend, weshalb die gleiche Leistung – abhängig von der Lebenssituation der Frau – einmal als Leistung der Krankenkasse und im anderen Fall lediglich als IgEL zur Verfügung stehen soll.

Die gesetzlich Versicherte hat während der Schwanger- und Mutterschaft einen direkten und gleichwertigen Anspruch auf Hebammenhilfe neben dem Anspruch auf ärztliche Betreuung. Das gilt insbesondere im Rahmen der Schwangerenvorsorge. Jedoch umfassen die durch die gesetzlichen Krankenversicherungen der Versicherten gebotenen hebammenhilflichen Leistungen immer noch nicht den gesamten erlaubten Tätigkeitsbereich einer freiberuflichen Hebamme. Gerade im Rahmen der Schwangerenvorsorge stellen die gesetzlichen Kranken-versicherungen ihren Versicherten nur einen Teil an Hebammenhilfe bereit, obwohl Hebam-men auch erweiterte Leistungen eigenverantwortlich erbringen dürfen. Insoweit kann für die gesetzlich Versicherte nicht tatsächlich von einem gleichwertigen Anspruch neben der ärzt-lichen Betreuung gesprochen werden. Wenn der Sozialgesetzgeber der gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Anspruch auf Hebammenhilfe neben ärztlicher Betreuung gewährt, so muss dieser auch umfänglich erfüllt werden. Die gesetzlichen Krankenversicherungen soll-ten in der Folge zum einen den erlaubten Rahmen der Hebammenhilfe anbieten und diesen zum anderen angemessen vergüten. Dabei muss der Umstand zurückstehen, dass es zu

Leistungsüberschneidungen mit ärztlichen Leistungserbringern kommen kann, wenn man von einer freien Betreuungswahl zwischen zwei eigenständigen Leistungserbringern ausgeht.

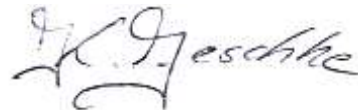
Damit Hebammenhilfe als medizinische Grundversorgung zur Verfügung stehen kann, muss sie in die allgemeine Versorgungsplanung einbezogen werden. Der Besonderheit, dass Schwangerschaft und Geburt keine Krankheit darstellen, muss dabei in der planerischen Ausgestaltung Rechnung getragen werden. Hebammenhilfe, als medizinischer, psychosozialer und edukativer Betreuungsansatz ist der richtige und wichtige Versorgungsansatz für diese spezielle Zeit. Dazu haben wir auch positiv zur Kenntnis genommen, dass sich der GKV-SV im IMAG-Bericht (S. 27) ebenfalls dafür ausspricht, die regelrechten Schwangerschaftsverläufe wieder vermehrt in die Hände von Hebammen zu legen.

Abschließend möchten wir uns ausdrücklich für Ihren Einsatz und die politische Unterstützung bedanken. Es ist uns bewusst, dass dieses komplexe Problem nur unter Überwindung politischer und gesetzlicher Hürden zu beheben ist. Dennoch möchten wir Sie darum bitten, eine grundsätzliche, langfristig tragfähige Lösung nicht aus dem Auge zu verlieren. Im Rahmen der Arbeitsgruppe wurden diverse Themen nur am Rande behandelt. Diese in weiteren Gesprächen und/ oder in Form einer Fortführung der Arbeitsgruppe zu bearbeiten, wäre wichtig, um die Versorgung ausgestalten und planen zu können. Deshalb würde der DHV es ausdrücklich befürworten, wenn die Themenfelder zur Versorgung im Rahmen einer längerfristig angelegten interministeriellen Arbeitsgruppe vertieft diskutiert und beleuchtet werden könnten.

Für weitere Informationen und Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.



Martina Klenk  
Präsidentin  
klenk@hebammenverband.de



Katharina Jeschke  
Beirätin und Verhandlungsführerin  
jeschke@hebammenverband.de

Unter Mitwirkung von Rechtsanwältin Dr. Ann-Kathrin Hirschmüller

*Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) ist mit über 18.500 Mitgliedern der größte Hebammenberufsverband von den drei im SGB V genannten Verbänden in Deutschland, die nach §134 a Leistungen verhandeln. Er vertritt die Interessen aller Hebammen: angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrerinnen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftlerinnen, Familienhebammen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebamenschülerinnen und Studierende. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt er sich auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.*