



Deutscher **Hebammen**Verband e.V.

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

## **Qualität in der freiberuflichen Hebammenarbeit Mindestmengen in der außerklinischen Geburtshilfe**

Deutscher Hebammenverband  
Gartenstraße 26, 76133 Karlsruhe  
[www.hebammenverband.de](http://www.hebammenverband.de)

## Inhalt

Deutscher Hebammenverband e.V.....	3
Qualität in der Hebammenarbeit.....	3
Hebammenhilfe – eine Besonderheit im Versorgungssystem der GKV .....	4
Qualitätsanforderungen aus dem Vertrag nach §134a SGBV .....	5
Unterstützung des DHV zur Gestaltung und Umsetzung eines Qualitätssystems.....	6
Die Zufriedenheit der Frauen in Bezug auf die Hebammenhilfe.....	9
Die Ursache der Kostensteigerung im Bereich der beruflichen Haftpflichtversicherung der Hebammen.....	9
Mindestmengen in der außerklinischen Geburtshilfe .....	11
<i>Organisatorische Aspekte zur Mindestmenge.....</i>	11
<i>Qualitätsaspekte zur Mindestmenge .....</i>	12
Weitere Qualitätssichernde Projekte, die durch den DHV unterstützt werden ...	13
<i>Juristische Aspekte zur Mindestmenge.....</i>	14
Die Haftpflichtproblematik betrifft Beleghebammen gleichermaßen.....	15
Fazit: Mindestmengen sind in der Praxis nicht realisierbar.....	16

## **Deutscher Hebammenverband e.V.**

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 18.500 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.

## **Qualität in der Hebammenarbeit**

In der öffentlichen Diskussion spielte in den vergangenen Jahren die Frage nach der Qualität in der Hebammenarbeit eine nachgeordnete Rolle. Erst die Debatte um die steigende Haftpflichtprämie rückte diese Frage in der Fokus der gesellschaftlichen Wahrnehmung. Denn, wenn Kosten der beruflichen Haftpflichtversicherung steigen liegt es nahe, die Ursache in einem erhöhten Schadensaufkommen zu suchen. Unterstützt wurde diese Vermutung regelmäßig durch die Argumentationskette des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV), dessen Aufgabe es ist, die steigenden Kosten im Rahmen der Hebammenvergütung aufzufangen und der sich konsequent, und seit 2009 nachhaltig, einer kostendeckenden Ausgleichsvergütung entzieht. Die Notwendigkeit einer Mindestgeburtenszahl, um die beruflichen Kosten zu refinanzieren, wird in der aktuellen Debatte häufiger mit einer Forderung nach Mindestmengen verknüpft, um vermeintlich die Qualität der Arbeit zu sichern. Laut GKV-SV sind Hebammen, die nur wenige Geburten pro Jahr betreuen „Gelegenheitshebammen“ und eine Qualitätssicherung könne nur durch die Festlegung einer Mindestmenge geschehen.<sup>1</sup>

Dass diese Diskussion vom eigentlichen Thema ablenkt – dem Unwillen der Krankenkassen, die Hebammenvergütung entsprechend ihrer Kosten und Verantwortungskompetenz zu kalkulieren – wird bei näherer Betrachtung deutlich und soll nachfolgend ausgeführt werden. Dass die Argumentation des GKV-Spitzenverbandes in letzter Konsequenz bedeutet, dass die Krankenkassen in den vergangenen Jahren ihren Versicherten eine Leistung bezahlt haben, deren Qualität sie wenigstens für fragwürdig halten, bedeutet entweder eine Vernachlässigung der Fürsorgepflicht der Krankenkassen gegenüber der Versichertengemeinschaft, oder, dass diese Argumente nur benutzt werden, um Politik und Gesellschaft von der zentralen Frage abzulenken, die sich mit dem Haftpflichtthema auf tut.

---

<sup>1</sup> Quelle: öffentliche Anhörung des Bundestagsausschuss für Gesundheit am 21.05.2014, Aussage J.- M. Frhr. von Stackelberg, GKV-SV, nachzuhören in der Mediathek des Deutschen Bundestages, [http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse18/a14/anhoerungen/gkv\\_fqwg\\_aenderungsantraege](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse18/a14/anhoerungen/gkv_fqwg_aenderungsantraege), abgerufen am 10.09.2014, 13.30 Uhr

Diese lautet: Welche Maßnahmen müssen ergriffen werden, um eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe langfristig allen jungen Müttern und Säuglingen zur Verfügung stellen zu können? Welche Hürden müssen abgebaut werden, welche strukturellen Voraussetzungen müssen dafür auf gesetzlichem Wege geschaffen werden?

Die Antwort kann – wenn dieses Ziel erreicht werden soll – nicht in einer weiteren Kosten- und Administrationsausweitung liegen; die Antwort darauf ist nicht damit gefunden, dass in plakativer Form die Arbeit der Hebammen auf unbegründete Weise herabgewürdigt wird. Es ist weder Hebammen, noch Eltern und Neugeborenen damit geholfen, wenn diese Debatte mit emotionalen und plakativen Thesen geführt wird.

### **Hebammenhilfe – eine Besonderheit im Versorgungssystem der GKV**

Hebammenhilfe ist in vielerlei Hinsicht eine Besonderheit, die sich nur annäherungsweise in das aktuell bestehende Definitionssystem der Krankenkassen einfügt.

Hebammen arbeiten vorwiegend im Bereich des „Gesunden“, denn Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind per se „normale Zustände“ im Kontext des biographischen Prozesses der Mutterschaft. Hebammen überwachen und begleiten diesen Prozess, leisten medizinische, psychosoziale und edukative Hilfestellung und grenzen gesunde von krankhaften Verläufen ab. Hebammenhilfe ist also weit mehr als eine Abfolge medizinischer Handlungsschritte; sie ist sowohl präventive wie auch kurative Leistung in diesem Bereich. Dennoch ist Hebammenhilfe nicht in der Präventionsgesetzgebung und damit nicht in den Präventionsrichtlinien der Krankenkassen berücksichtigt.

Obgleich die Vergütung der Hebammen aus dem Haushalt der Krankenkassen erfolgt, fühlen diese sich dennoch nur begrenzt für die Vergütung der inhaltlichen Arbeit der Hebamme zuständig, denn Krankenkassen legen ihren Schwerpunkt auf die Finanzierung der medizinisch-therapeutischen Behandlungsmethoden. Der psychosoziale Aspekt der Hebammenhilfe, der immer auch eine Schnittmenge zur Familienhilfe inkludiert und damit Berührungspunkte zu SGB-VIII-Leistungen hat, findet nur wenig Anerkennung bei den Krankenkassen, obwohl er elementarer und wichtiger Anteil der originären Hebammenhilfe ist.

Freiberuflich tätige Hebammen betreuen den gesamten Zeitraum von Schwangerschaft, über Geburt und Säuglingszeit und begleiten damit eine lange Lebensphase der Familie. In diesem Prozess ist die Zeitdauer der Geburt immer ein relativ kurzer Abschnitt und so wird verständlich, dass die reine geburtshilfliche Leistung nur einen kleinen Anteil der Arbeitszeit ausmachen kann. Hebammen, die Hausgeburten begleiten, verbringen laut einer Arbeitszeitanalyse<sup>2</sup> des Deutschen Hebammenverbandes weniger als 5% der Jahresarbeitszeit mit der Hausgeburts- hilfe. Dies ist nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, dass die eigentliche Geburtszeit nur durchschnittlich 11 Stunden in einem biographischen Prozess ist, der sich über 1,5

---

<sup>2</sup> „Die Probleme des Hebammenberufes - wirtschaftliche Betrachtung des Leistungsgeschehens und das Angebot der Krankenkassen 2012“, Stand Mai 2012



Jahre erstreckt. Die restliche Arbeitszeit verteilt sich entsprechend nachfolgender Tabelle<sup>3, 4</sup> auf die Betreuungsleistung in Schwangerschaft, Wochenbett und Säuglingszeit.

erbrachte Leistung der Hebammengruppe, die als geburtshilfliche Leistung ausschließlich Hausgeburten anbietet	Anzahl der abgerechneten Einheiten pro Hebamme	Stunden pro Jahr für erbrachte Leistung pro Hebamme	Anteil an Gesamtstd.-Zahl
Geburten	6,81	92,39	4,27%
Vorgespräch	45,29	22,64	1,25%
Vorsorge	40,56	40,56	2,24%
Hilfe bei Beschwerden	278,86	278,86	11,28%
Geburtsvorbereitung à 60 min	136,50	45,50	2,51%
Wochenbettbetreuung	249,62	499,25	27,53%
Rückbildungsgymnastik à 60 min	99,98	33,33	1,84%
Stillberatung	20,96	41,92	2,31%
Arbeitszeit für Wege		357,45	20,98%
Arbeitszeit für Administration		401,22	24,96%

Eine Hebamme kann, allein schon aufgrund der Unkalkulierbarkeit der Geburt (Abweichung ca. +/- 2 Wochen um den errechneten Geburtstermin), nur eine begrenzte Zahl an Geburtsanmeldungen unterbringen. Diese Zahl ist auch abhängig von den erforderlichen Wegstrecken. Die Anzahl der tatsächlich betreuten Geburten liegt wiederum unter der Anmeldungs-/Planungszahl, denn aufgrund von medizinischen Indikationen, oder der Umentscheidung der Frau bezüglich des Geburtsortes wird diese gemindert.

### Qualitätsanforderungen aus dem Vertrag nach §134a SGBV

Schon seit der Entlassung der freiberuflichen Hebammen in die Selbstverwaltung und damit seit Bestehen des Vertrages zwischen den maßgeblichen Hebammenverbänden (DHV e. V und BfHD e. V) und dem GKV-SV ist die Einhaltung von Qualitätskriterien für alle freiberuflich tätigen Hebammen eine vertragliche Pflicht/ Anforderung, die im Falle eines Verdachtes auf Nichteinhaltung seitens der freiberuflichen Hebamme durch die Krankenkassen jederzeit überprüfbar ist. Hierbei ist die Einhaltung und Dokumentation von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien definiert. Auch ist es den Krankenkassen möglich, bei Nichteinhaltung dieser Vorschrift Vertragsstrafen bis hin zu Vertragsausschlüssen zu veranlassen. Dass dies bislang nicht geschehen ist, spricht für die These, dass freiberufliche Hebammen sehr wohl um ihren verantwortlichen Umgang mit den Anforderungen der Qualität an ihre Arbeit

<sup>3</sup> Quelle: DHV, eigene Datenauswertung 2014

<sup>4</sup> Die der Ermittlung der Jahresarbeitszeit unterlegten Zeiten für die Einzelleistungen orientieren sich dabei an dem bereits im Jahr 1997 vom damaligen BMG mit Hilfe des BASYS-Gutachtens<sup>4</sup> ermittelten Zeitaufwand für Hebammenleistungen und wurden in Relation zu den Abrechnungsdaten der Firma HebRech aus dem Jahr 2013 gesetzt.

wissen und Qualitätskriterien auch umsetzen und einhalten, ohne dass ein vertraglich gefordertes Nachweisverfahren besteht. Diese Erweiterung bringt die gesetzliche Änderung des §134a SGBV im Rahmen des PNG mit sich, die nunmehr verlangt, dass vertraglich definierte und damit standardisierte und festgeschriebene Nachweisverfahren implementiert werden. Dieses Verfahren des Nachweises schafft möglicherweise eine höhere Transparenz, jedoch ist nicht zu erwarten, dass dadurch die Qualität als solche verbessert wird, denn diese wird durch die Hebammen ohnehin eingehalten und überwacht.

### **Unterstützung des DHV zur Gestaltung und Umsetzung eines Qualitätssystems**

Hebammen– und damit der Deutsche Hebammenverband – haben einen hohen Anspruch an die Qualität ihrer Arbeit. Dies inkludiert neben der Zufriedenheit der betreuten Frauen/Paare, auch die Erwartung an die Einhaltung der medizinischen Qualitätsindikatoren.

Deshalb verfolgt der Deutsche Hebammenverband seit Jahren ein stringentes Qualitätskonzept und stellt den Mitgliedern die notwendigen Materialien und Fortbildungen zur Verfügung, damit sie ihre beruflichen Qualitätsziele entsprechend systematisieren und erfassen können.

Bereits 2010 erschien deshalb das Konzept „Qualität in der Freiberuflichkeit“, ein Grundlagenkonzept zur Erstellung eines Qualitätssicherungssystems für freiberufliche Hebammen. Ergänzend steht den Mitgliedshebammen ein zertifizierbares QM-System nach DIN EN ISO 9001:2008 zur Verfügung, das jede Hebamme für sich – in Form eines Selfassessmentcenters auf der E-Learning-Plattform des DHV überprüfen kann.

Nicht nur im Bereich des E-Learnings, sondern auch im Bereich von Präsenzfort- und Weiterbildungen sichert der DHV eine kontinuierliche fachliche Weiterentwicklungsmöglichkeit für Hebammen zu.

Die Qualitätsdebatte im Bereich der außerklinischen Geburtshilfe wird seit Jahren innerhalb der Hebammenschaft sehr ernst genommen, auch da diese oftmals mehr emotional als rational begründet geführt wird. Ein Schadensfall im Kontext mit einer Geburt ist immer ein besonders tragisches Ereignis. Umso wichtiger ist es zu erforschen, ob dieser aufgrund eines Fehlers oder aufgrund eines schicksalhaften Geschehens erfolgt ist.

Seit 1999 dokumentiert QUAG e. V. (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe) die Qualität der außerklinischen Geburtshilfe. Die Ergebnisse werden regelmäßig veröffentlicht. Diese unabhängige Gesellschaft wurde von den beiden Hebammenberufsverbänden DHV und BfHD gegründet und wird durch einen unabhängigen, interdisziplinären Beirat fachlich unterstützt. Eine Teilnahme ist für Hausgeburtshilfen (noch bis Ende 2014) freiwillig, die Geburtshäuser (HgE) sind aufgrund der vertraglichen Regelungen seit 2007 zur Erfassung verpflichtet. Im Laufe der vergangenen Jahre ist der Erfassungsgrad, trotz der Freiwilligkeit, auf über 80% angestiegen.

Über die Jahre hinweg zeigen die Gesamtauswertungen konstant sehr gute Ergebnisse für die Mütter und ihre neugeborenen Kinder, auch nach einer Verlegung während oder nach der Geburt.



Nachstehende Übersicht<sup>5</sup> zeigt, dass Hebammen eine intensive, jedoch keine stark invasive Begleitung anbieten. Die Zahlen unterstreichen, dass die außerklinische Geburt für Mutter und Kind sicher ist.

Spontangeburt	90,8 %
bevorzugte Gebärlposition	aufrecht
Damm intakt nach vaginaler Geburt	45,1 %
Dammriss dritten oder vierten Grades nach vaginaler Geburt	1,1 %
Episiotomie	4,8 %
Sectio	6,4 %
keinerlei Interventionen	33,4 %
keine mütterlichen Probleme nach der Geburt	96 %
Verlegung der Mutter nach der Geburt	3,3 %
5 Minuten Apgar-Wert $\geq 7$ (bezogen auf Lebendgeburten)	99,3 %
häufigste kindliche Morbidität	Atemstörungen
perinatale Mortalität	0,18% (= 1,8‰)

Zum gleichen Ergebnis kommt auch der GKV-SV in seiner Pilotstudie „Zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit“<sup>6</sup>. Hier wird im Fazit beschrieben:

„Festzuhalten bleibt, dass den Auswertungen des Pilotprojektes zufolge, geburtshilfliche Ergebnisse in von Hebammen geleiteten Einrichtungen in Deutschland resultieren, die dem Vergleich mit der Klinik nicht nur standhalten, sondern hinsichtlich einiger Ergebnisparameter überzeugend sind. So konnte beispielsweise der Parameter „Damm intakt“ signifikant häufiger in der HgE erreicht werden. Auch erzielten die HgE bei dem neu entwickelten Parameter „Mutter und Kind zusammen nach Hause“ ein besseres Ergebnis als die Kliniken insgesamt, dies fällt insbesondere im Vergleich zu Kliniken mit neonatologischer Intensivstation auf. Hier ist eine deutlich geringere Rate gemeinsamer Entlassung zu verzeichnen. Basis dieses Vergleichs ist eine Datenbereinigung auf das gleiche Ausgangsklientel, denn es läge die Vermutung nahe, dass die besseren Zahlen der außerklinischen Geburtshilfe durch die vorangehenden Risikoselektion begründet sein könnte. Dass dies nicht der Fall ist – obgleich eine gründliche, individuelle Risikoanalyse jeder außerklinischen Geburt voraus geht – zeigt diese vergleichende Studie. Für beide Settings wurden nur die Daten unauffälliger Einlingsschwangerschaften, ohne geburtseinleitende Maßnahmen berücksichtigt.

Zudem bestätigen die Prozessparameter, dass in HgE weniger Medikamente zum Einsatz kommen und die Varianz hinsichtlich der Gebärlpositionen deutlich größer ist. Lediglich der Anteil Neugeborener mit 5 Minuten-Apgarwerten  $<7$  postpartum war nach HgE-Entbindung

<sup>5</sup> Quelle: QUAG-Qualitätsbericht 2012, Zahlen inkl. Ergebnissen nach Verlegung

<sup>6</sup> „PILOTPROJEKT zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit“ November 2011, [http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante\\_leistungen/geburtshaeuser/qualitaet/qualitaet.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/geburtshaeuser/qualitaet/qualitaet.jsp), abgerufen am 28.08.2014, 13.30 Uhr

größer, 10 Minuten postpartum hatte sich die Situation jedoch soweit normalisiert, sodass hier kein signifikanter Unterschied mehr nachgewiesen werden konnte.“

Zusammenfassend ist also festzustellen: Hebammen erbringen eine hochwertige Arbeit, die sie – insbesondere im Bereich der außerklinischen Geburtshilfe – transparent dokumentieren. Die nachgewiesene Ergebnisqualität zeigt, dass Hebammen verantwortungsvoll mit der Tätigkeit der außerklinischen Geburtshilfe umgehen, dass sie keine „unnötigen Risiken“ eingehen und dass außerklinische Geburtshilfe im Kontext des deutschen Gesundheitswesens ungefährlich ist.

Diese Pilotstudie zeigt aber auch, dass dem GKV-SV als Verfasser und Auftraggeber, bewusst sein muss, dass außerklinisch geburtshilflich tätige Hebammen üblicherweise wenige Geburten pro Jahr betreuen, dass dies ihrer Arbeitsorganisationsstruktur entsprechend folgerichtig ist und dass diese „kleine Leistungsmenge“ keinen negativen Einfluss auf die Ergebnisqualität hat. Die „Gelegenheitshebamme“ erbringt keine minderwertige Arbeitsleistung. Die Sorge, dass wenige Geburtsbetreuungen pro Jahr, zu einer Gesundheitsgefahr für Mutter und Kind werden können, ist – so zeigt uns der GKV-SV selbst– unbegründet.

Auch der Vergleich der Geburtenzahl innerhalb der außerklinischen Geburtshilfe zeigt keine Unterschiede. Dies belegt eine Auswertung der Ergebnisqualität der Geburtshäuser.

Eine von Dr. Matthias David von der Charité - Universitätsmedizin Berlin durchgeführte Studie hat untersucht, ob die Größe eines Geburtshauses (gemessen an der Zahl von Entbindungen pro Zeiteinheit) aufgrund unterschiedlicher Strukturen zu unterschiedlichen Ergebnissen in der hebammengeleiteten Geburtshilfe führt.<sup>7</sup> Es wurden 14.672 Einlingsgeburten (zwischen 1999-2002) untersucht, die sich – wie folgende Tabelle<sup>8</sup> veranschaulicht – verteilt haben.

<b>Verteilung der 14.672 Geburten auf die drei Geburtshausgruppen</b>				
Geburtshausgruppe	Geburten pro Jahr	Geburtshauszahl je Gruppe	Gesamtgeburtenzahl je Geburtshausgruppe	Gesamtgeburtenzahl je Geburtshausgruppe (%)
Gruppe K(-lein)	≤ 70	59	4.778	32,6
Gruppe M(-ittel)	71 - 155	14	4.879	33,2
Gruppe G(-roß)	> 155	7	5.015	34,2

<sup>7</sup> David et al: Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland – Perinataldaten „kleine“, „mittel“ und „große“ Geburtshäuser im Vergleich, Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 2006; 210, S. 166-177.

<sup>8</sup> Quelle: David et.al S. 168



Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler kamen zu dem Ergebnis, dass aus den wenigen festgestellten Unterschieden keine Rückschlüsse auf eine differente Versorgungsqualität der Geburtshäuser in Abhängigkeit mit der Geburtenzahl ableitbar sind.

### **Die Zufriedenheit der Frauen in Bezug auf die Hebammenhilfe**

Ein anerkannter und messbarer Indikator im Bereich der Ergebnisqualität in der medizinischen Versorgung ist die Zufriedenheit der Patienten. Leistungserbringer im Gesundheitsbereich schulden keinen Behandlungserfolg. Dies ist auch folgerichtig, denn ein Arzt kann bspw. nicht garantieren, dass die Krebstherapie nicht dennoch mit dem Tod des Patienten einhergeht und eine Hebamme kann nicht garantieren, dass eine Hausgeburt nicht doch eine Verlegung in die Klinik nötig macht, weil ein Kaiserschnitt erfolgen muss. Ärzte wie Hebammen aber schulden den Betreuten eine angemessene Einbindung in das Geschehen, ein Handeln nach anerkanntem medizinischem, wissenschaftlichem Standard und sie müssen sich an der Zufriedenheit mit ihrer Betreuungsleistung messen lassen.

Im Jahr 2012/2013 befragte der DHV Frauen über ihre Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung im Wochenbett. Über 5500 Frauen haben sich an der Online-Befragung beteiligt und bewerteten für sich die Hebammenhilfe als wertvoll. Dies wurde in verschiedene Aussagen unterteilt. 61% der Frauen gaben an, dass sie durch die Hebamme so viel Unterstützung erfuhren, dass ihnen ein Arztbesuch erspart wurde. 98,7% der befragten Frauen würden sich beim nächsten Kind wieder die Hilfe einer Hebamme wünschen und – auch wenn dies nicht zum Auftrag der Hebamme gehört – wurde dennoch erfragt, ob die Behandlungsmethode der Hebamme von der Frau als erfolgreich wahrgenommen wurde. Dies haben über 92% der Frauen bestätigt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Hebammen weder im Bereich der Ergebnisqualität „Kundenzufriedenheit“ noch im Bereich der medizinischen Qualitätsindikatoren schlechte Ergebnisse erzielen. Und dennoch finden sie sich in immer wiederkehrendem Rechtfertigungszwang.

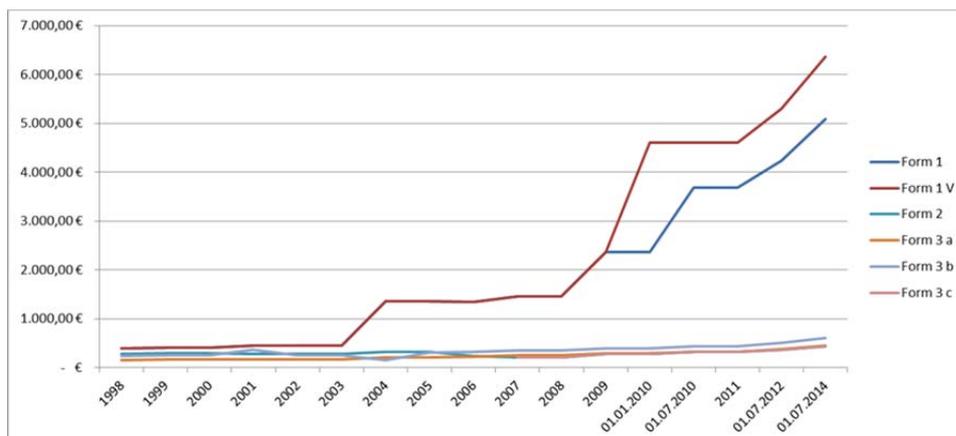
### **Die Ursache der Kostensteigerung im Bereich der beruflichen Haftpflichtversicherung der Hebammen**

Die Kosten der beruflichen Haftpflichtversicherung steigen seit 2003 sprunghaft an. Dies betrifft nicht nur die Versicherung für außerklinische Geburten, sondern auch die Policen der nicht-geburtshilflich tätigen Hebammen und der angestellten Hebammen, die sich eine Exedentenversicherung zur Haftpflichtversicherung des Arbeitgebers einkaufen. Parallel zu dieser Entwicklung wurde sukzessive die Deckungssumme von 2,5 Mio. auf 6 Mio. Euro nach oben korrigiert. Hebammen sind laut Berufsordnungen der Länder verpflichtet eine „angemessene/ausreichende berufliche Haftpflichtversicherung“ abzuschließen. Im Falle eines Fehlers haften sie ggf. vollumfänglich für die entstandenen Schäden bei Kind und/oder Mutter. Der Anspruch gegen die Hebamme endet nicht, wenn die maximale Deckungssumme der Haftpflichtversicherung erreicht ist. Vielmehr wird dann auf ihr privates Vermögen zurückge-

griffen, sodass ein Fehler immer auch die persönliche finanzielle Existenz der Hebamme bedroht. Der Rechtsprechung folgend, musste die Deckungssumme der Haftpflichtversicherung angepasst werden, damit Hebammen dem gesetzlichen Anspruch an eine ausreichende Haftpflichtversicherung mutmaßlich gerecht werden können.

Eine höhere Deckungssumme impliziert eine Kostensteigerung der Haftpflichtpolice<sup>9</sup>.

Jahr	Deckungs- summe in €	Versicherungsform							
		Form 1 freiberuf- lich mit Geburts- hilfe	Form 1 V mit Vorschäden	Form 1 a freiberuf- lich mit klinischer Geburts- hilfe	Form 1 b freiberuf- lich mit außer- klinischer Geburts- hilfe	Form 2 freiberuf- lich ohne Geburts- hilfe	Form 3 a angestellt o. Neben- tätigkeit	Form 3 b angestellt mit Neben- tätigkeit ohne Geburts- hilfe	Form 3 c angestellt ohne Geburts- hilfe
1998	2.556.459,00 €	393,69 €				281,21 €	153,39 €	240,31 €	
1999	2.556.459,00 €	413,12 €				295,02 €	161,06 €	252,07 €	
2000	2.556.459,00 €	413,12 €				295,02 €	161,06 €	252,07 €	
2001	2.556.459,00 €	449,94 €				283,77 €	163,61 €	357,90 €	
2002	2.556.459,00 €	453,85 €				286,24 €	165,03 €	257,86 €	
2003	2.556.459,00 €	453,85 €				286,24 €	165,03 €	257,86 €	
2004	3.000.000,00 €	1.352,56 €				324,80 €	203,00 €	153,90 €	
2005	3.000.000,00 €	1.352,56 €				324,80 €	203,00 €	301,60 €	
2006	5.000.000,00 €			1.473,60 €	1.218,00 €	232,20 €	226,20 €	325,20 €	
2007	5.000.000,00 €			1.587,60 €	1.312,20 €	214,80 €	244,20 €	350,40 €	214,80 €
2008	5.000.000,00 €			1.587,60 €	1.312,20 €	214,80 €	244,20 €	350,40 €	214,80 €
2009	6.000.000,00 €	2.370,48 €				278,46 €	292,74 €	399,84 €	278,46 €
01.01.2010	6.000.000,00 €	2.370,48 €	4.611,25 €			278,46 €	292,74 €	399,84 €	278,46 €
01.07.2010	6.000.000,00 €	3.689,00 €	4.611,25 €			315,35 €	328,44 €	435,54 €	315,35 €
01.07.2012	6.000.000,00 €	4.242,35 €	5.302,64 €			362,95 €	377,23 €	500,99 €	362,95 €
01.07.2014	6.000.000,00 €	5.090,82 €	6.363,17 €			435,54 €	452,68 €	601,19 €	435,54 €



Die Gesamtgruppe der versicherten Hebammen ist relativ klein. Ungefähr 2500 -3000 geburtshilflich tätige Hebammen müssen, mittels der Prämienzahlungen, das Risiko des Haftpflichtversicherers finanzieren. Sie betreuten 2012 fast 150.000 Geburten<sup>10</sup>. Es bedarf, ange-

<sup>9</sup> Quelle: DHV, eigene Analyse der Preissteigerung der Gruppenhaftpflichtversicherung für die Mitglieder

<sup>10</sup> Quelle: destatis (136.424 Geburten mit Beteiligung einer Beleghebamme, 2012), Quag (10.901 außerklinisch begonnene Geburten, 2012)



sichts dieses Verhältnisses, keiner vertieften mathematischen Kenntnisse um nachzuvollziehen, dass bei einer Bruttoprämie von gut 5000 Euro/Jahr keine hohe Prozentzahl an geburtshilflichen Großschäden entstehen darf, damit die Versicherungswirtschaft kostendeckend arbeiten kann. Die Preisentwicklung betrifft allerdings nicht nur Hebammen; sie betrifft Ärzte und Kliniken gleichermaßen. Jedoch machen der vergleichsweise niedrige Verdienst der Hebammen und der mangelhafte Ausgleich der Kosten durch die Krankenkassen in den vergangenen Jahren jedwede Preiserhöhung zu einer existenziellen Bedrohung der freiberuflichen Hebammentätigkeit. Dies trifft nicht nur die geburtshilfliche Leistung, sondern alle Arten der freiberuflichen Tätigkeit denn – wenn auch in der Summe geringer –, so haben doch alle Leistungsbereiche die gleiche prozentuale Steigerung zu verkraften.

Die Schadensquote der Hebammen ist seit Jahren gleichbleibend gering. Dies bestätigt auch der GDV (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft) in seiner Positionierung zur Problematik der Hebammen. Nach Ansicht des GDV ist als Grund die Teuerungsrate im Bereich der Schadensregulierung ohne eine Steigerung der Schadenszahlen anzusehen. Hierzu wird auf der Homepage des GDV ausgeführt: „ Es gibt nicht mehr Geburtsschäden als früher. Aber die Behandlung und Pflege nach schweren Komplikationen werden immer vielfältiger, andauernder und letztlich teurer. In der Geburtshilfe entstehen verhältnismäßig wenige, dafür aber große Schäden: Schäden mit über 100.000 Euro Leistungsumfang machen bei Hebammen mehr als 90 Prozent des gesamten Schadenvolumens aus.“<sup>11</sup>

### **Mindestmengen in der außerklinischen Geburtshilfe**

Trotz aller Argumente für die Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe und die Hebammenhilfe insgesamt ist die Forderung nach einer Definition von Mindestmengen nunmehr nicht nur im klinischen Bereich, bspw. bei der Versorgung von Frühgeborenen, sondern auch im Bereich der Hebammenhilfe en vogue.

Der Deutsche Hebammenverband widerspricht dieser Forderung vehement. Es sprechen organisatorische, qualitative und juristische Aspekte gegen die Umsetzung einer solchen Forderung.

Diese sollen im Folgenden näher ausgeführt werden:

#### ***Organisatorische Aspekte zur Mindestmenge***

Die außerklinische Geburtshilfe (Hausgeburten oder Geburtshausgeburten) findet in einer intensiven Betreuungsstruktur statt. Einerseits werden Frauen/Paare während der gesamten Phase des Elternwerdens betreut, andererseits ist die geburtshilfliche Begleitung durch eine 1:1-Betreuungsintensität Standard (1 Hebamme betreut 1 Frau, häufig ist der Betreuungsschlüssel sogar noch besser, denn in der Endphase der Geburt ist eine zusätzliche Hebamme anwesend).

---

<sup>11</sup> <http://www.gdv.de/2014/02/warum-bezahlbarer-versicherungsschutz-fuer-hebammen-immer-schwieriger-wird/>, abgerufen am 28.08.2014 um 15.30 Uhr

Geburten sind nicht konkret planbar. Ein errechneter Geburtstermin lässt stets eine Schwankungsbreite von +/- zwei Wochen zu und insbesondere im Bereich der Hausgeburtshilfe ist es nicht möglich, auch nur „ausnahmsweise“ eine parallele Betreuung anzubieten, wenn sich doch geplante Geburten überschneiden.

Dadurch ist die Anzahl der Geburten, die Hebammen zur Betreuung annehmen können, stark reglementiert.

Hinzu kommt, dass nicht jede Frau, die eine außerklinische Geburt geplant und damit den Betreuungszeitraum bei der Hebamme reserviert hat, tatsächlich auch zur Geburtsbetreuung kommt. Medizinische oder persönliche Gründe der Frau können zu einer anderen Planung und damit zu einem Wegfall der Geburt für die betreffende Hebamme führen.

Ein weiterer organisatorischer Aspekt ergibt sich aus dem Bedarf der Frauen einer Arbeitsregion. Die absolute Zahl der erbrachten Hausgeburten hängt nicht zuletzt auch von der Nachfrage der Frauen für diesen Geburtsort ab. 98% der Frauen wählen als Geburtsort die Klinik. Wenn Hebammen eine Mindestmenge an Hausgeburten betreuen müssen, so benötigen sie faktisch auch die Möglichkeit dazu und dies impliziert, dass Frauen ggf. auch gegen ihren Willen eine Hausgeburt machen müssten. Dies kann und darf nicht im Sinne der Hebamme und des Gesetzgebers sein.

Hierdurch sind auch die für die Mindestmengenregelungen notwendigen Prognoseentscheidungen, ob ein Leistungserbringer die notwendige Mindestmenge im Jahr erreichen wird, im Bereich der Geburtshilfe nahezu nicht praktikabel.

### ***Qualitätsaspekte zur Mindestmenge***

Notfälle in der Geburtshilfe sind, insbesondere im Bereich der außerklinischen Geburtshilfe, selten, denn es werden nur gesunde Frauen in dieses Betreuungsmodell aufgenommen, bei denen folglich auch keine Komplikationen zu erwarten sind. 2011 wurden von allen außerklinischen begonnenen Geburten nur 1,3 Prozent in Eile in eine Klinik verlegt.<sup>12</sup> Zudem wägen werdende Eltern den Geburtsort sorgfältig ab und bringen damit ihre persönliche Elternkompetenz in den Entscheidungsprozess zur Wahl des Geburtsortes ein.

Dennoch kann es auch nach unkomplizierten Schwangerschaftsverläufen und ggf. Geburtsbeginn zu Notfällen kommen, die dann von der Hebamme wie auch den anderen am Geschehen beteiligten Fachdisziplinen beherrscht werden müssen. Dieses erforderliche Können jedoch erst – oder nur – im Notfall zu üben, wäre unverantwortlich und vergleichbar mit einem Piloten, der erst bei einem tatsächlichen Ausfall der Triebwerke übt, wie sein Flugzeug zur Notlandung zu bringen ist.

---

<sup>12</sup> Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.: Qualitätsbericht 2012 – Außerklinische Geburtshilfe, S. 41, abrufbar unter (Stand August 2014)[http://www.quag.de/downloads/QUAG\\_bericht2012.pdf](http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2012.pdf)

Um das Management von Notfällen zu beherrschen, benötigen Hebammen daher vielmehr regelmäßiges Notfalltraining.<sup>13</sup> Dies kann aufgrund der Seltenheit und aufgrund des ethischen Anspruchs nicht bei Geburten geübt werden und so ist die Zahl der Geburten, die Hebammen pro Jahr durchführen in diesem Kontext irrelevant. Alltagsroutine bereitet niemanden auf einen seltenen Notfall vor, vielmehr zeigen Fehlerstatistiken der Medizin, dass gerade die berufliche Routine die Gefahr von Fehlern erhöht.

Das Wissen um diese Tatsache betrifft nicht nur das Management von geburtshilflichen Notfällen, sondern ist für alle Hochrisikobereiche relevant. In der Luftfahrt hat dies schon vor Jahrzehnten zum Umdenken geführt. Früher sollte die Qualität über die Anzahl der Flüge bzw. Flugstunden gesichert werden. Da sich die Zahl der Zwischenfälle nicht mehr verringern ließ, wurden Maßnahmen zum Krisenmanagement eingeführt. Heute trainieren Pilotinnen und Piloten u. a. im Flugsimulator normales Flugverhalten wie auch kritische Situationen.

Geburtshilfliches Notfalltraining – analog zum Simulator-Training der Luftfahrt – ist eine sinnvolle Maßnahme zur Schulung des medizinischen Notfallmanagements. Ebenso wie die Simulatorstunden der Piloten ist ein solches Training allerdings kostenintensiv. Die Kosten hierfür müssen in die geburtshilfliche Vergütung eingepreist werden. Aus der aktuellen Vergütungssituation heraus ist dieses Training für freiberufliche Hebammen nicht zu finanzieren.

#### **Weitere Qualitätssichernde Projekte, die durch den DHV unterstützt werden**

- Umfassende Berichterstattungs- und Lernsysteme sind ein Instrument, um Patientensicherheit zu erhöhen. Ein solches aktives und für alle Hebammen zugängliches Critical Incident Reporting and Learning System (CIRLS) bietet seit Januar 2013 der vom DHV unterstützte Verein „Fälle für Alle“<sup>14</sup> an. Hier können alle Hebammen ein kritisches Ereignis oder eine positive Erfahrung melden. Diese Meldung wird durch eine CIRLS-Beauftragte anonymisiert und durch eine zweite CIRLS-Beauftragte im „Vier-Augen-Prinzip“ überprüft, bevor der Fall auf einer Onlineplattform eingestellt wird.
- Notfälle können mit Simulationen trainiert werden. Der DHV ist Kooperationspartner des Projektes SIMPARTEAM<sup>15</sup>, das ein spezielles Trainingsprogramm für geburtshilfliche Teams im Kreißaal entwickelt hat. Mit computergesteuerten Patientensimulatoren (Mutter, Kind) werden von Teilnehmerinnen und Teilnehmern als sehr realitätsnah erlebte Notfälle simuliert, die im geburtshilflichen Team beherrscht werden sollen.

---

<sup>13</sup> Im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe (§ 134a SGB V) steht: § 7 Maßnahmen zur Qualitätssicherung: „Die Hebamme ist verpflichtet an Qualitätssicherungsmaßnahmen und Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen.“ Diese Pflicht wird durch die jeweiligen Berufsordnungen der Bundesländer geregelt. Diese verpflichten Hebammen dazu an einer bestimmten Zahl an Fort- und Weiterbildungsstunden teilzunehmen. Weiter Auflage zu Ausübung ihres Berufes ist es von diesen Stunden einen Teil im Bereich des Risikomanagement zu absolvieren.

<sup>14</sup> <http://www.fälle-für-alle.org/>

<sup>15</sup> <http://www.simparteam.de>

- Entsprechend der mit dem GKV-Spitzenverband vereinbarten Qualitätsstandards<sup>16</sup> bilden sich Hebammengeleitete Einrichtungen (HgE) wie Geburtshäuser oder Hebammenpraxen durch Fallbesprechungen, Notfallbesprechungen und interne Notfallsimulationen weiter. Darüber hinaus werden die Notfallstandards überdacht und ggf. überarbeitet.

### ***Juristische Aspekte zur Mindestmenge***

Mindestmengenregelungen im Bereich der Geburtshilfe unterliegen auch im Hinblick auf verfassungsrechtliche Vorgaben erheblichen Bedenken. So stellt eine solche Regelung grundsätzlich immer einen Eingriff in die Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG dar, der nur dann gerechtfertigt ist, soweit er Qualitätsvorteile verspricht, die mit vertretbarem Aufwand anderweitig nicht erreichbar erscheinen.<sup>17</sup> Dies ist im Bereich der Geburtshilfe nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft jedoch gerade nicht der Fall. Bereits aus diesem Grunde erscheinen Mindestmengen derzeit nicht durchsetzbar.

Dies zeigt sich auch bei einem Blick auf die bereits existenten, am Maßstab der verfassungsrechtlichen Vorgaben entworfenen Mindestregelungen nach § 137 Abs. 3 Nr. 2 SGB V. Diese können lediglich (1) planbare Leistungen betreffen, bei denen (2) die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Dabei soll die Regelung nach § 2 Nr. 2 der Mindestmengenvereinbarung<sup>18</sup> die (3) flächendeckende Versorgung nicht gefährden. Infolgedessen greift die Mindestmengenregelung nicht, wenn eine Landesbehörde die Nicht-Anwendung in dem jeweiligen Krankenhaus beispielsweise wegen Unterversorgung einer Region auf Antrag beschließt. All diese Voraussetzungen können Mindestmengenregelungen im Bereich der Geburtshilfe nicht erreichen.

(1) Wie bereits ausgeführt handelt es sich bei der Betreuung von Geburten gerade nicht um planbare Leistungen, insbesondere im Setting der Hausgeburt.

Daneben ist laut Rechtsprechung für die Planbarkeit einer Leistung erforderlich, „dass die gebotene Behandlung unter Berücksichtigung zu überwindender räumlicher und zeitlicher Distanzen ohne unzumutbares Risiko für die Patienten erfolgen kann.“<sup>19</sup>

(2) Zudem muss ein Zusammenhang zwischen Qualität und Leistungsmenge wissenschaftlich belegt sein.<sup>20</sup> Noch ist nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft allerdings nicht davon auszugehen, dass die Qualität der Geburtshilfe durch die Menge der erbrachten Leistungen gesteigert wird (siehe oben).

---

<sup>16</sup> Die Geburtshäuser sind seit 2007 verpflichtet ein Qualitätsmanagementsystem nachzuweisen, um ihre Betriebskostenpauschale abrechnen zu dürfen. Vgl. §134a SGB V, Ergänzungsvertrag §6 (Qualitätsanforderungen), Anlage 1 sowie Ergänzungsvertrag §7(Qualitätsmanagement und -sicherung), Anlage 1.

<sup>17</sup> BSG Urteil vom 12.09.2010, B 3 KR 10/12 R, Rn. 40.

<sup>18</sup> Mindestmengenvereinbarung des G-BA, vom 21.03.2006 BAnz. Nr. 143 (S. 5389) vom 02.08.2006, zuletzt geändert am 04.12.2013 BAnz AT 18.12.2013 B5.

<sup>19</sup> so BSG, Urteil vom 18.12.2012, AZ.: B 1 KR 34/12 R, Rn. 28 ff im Bezug auf die Planbarkeit von Leistungen in Krankenhaus-Zentren.

<sup>20</sup> BSG Urteil vom 12.09.2010, B 3 KR 10/12 R, Leitsatz; Urteil vom 18.12.2012, Az.: B 1 KR 34/12 R, Rn. 33.



(3) Darüber hinaus würde eine solche Mindestmengenregelung die flächendeckende Versorgung sehr wohl gefährden, da von ihr insbesondere die Hebammen und geburtshilflichen Abteilungen betroffen wären, die in geburtsarmen Regionen tätig sind und damit gerade für eine Flächendeckung sorgen. Bereits jetzt ist es für diese Leistungserbringer in der Regel schwierig, kostendeckend zu arbeiten, so dass sich immer mehr von Ihnen aus bereits schwach versorgten Gebieten zurückziehen. In solchen Gebieten noch mehr Leistungserbringer von der Geburtshilfe auszuschließen, führt logischerweise zu einer Unterversorgung der entsprechenden Gebiete. Die von den Mindestmengen betroffenen Hebammen würden daher in der Regel unter einen zu schaffenden Ausnahmetatbestand fallen.

Dies wirkt sich auch auf die für Mindestmengenregelungen notwendige Prognoseentscheidung aus: Da die Verlegung von Schwangeren unter der Geburt von der Betreuung durch die Hebamme in die Klinik weder planbar noch vorhersehbar ist, ist die Erstellung einer Prognoseentscheidung, welcher Leistungserbringer die notwendige Mindestmenge im Jahr erbringen wird, gerade in geburtsschwachen Gebieten nicht durchführbar.

Überdies ergibt sich für eine Mindestregelung im Hinblick auf die Zahl von betreuten Geburten eine weitere Besonderheit. Sofern eine Hebamme die Mindestmenge an Geburten nicht betreut, würde sie die Betreuung von Geburten nicht mehr anbieten können. Die Geburtshilfe an sich stellt aber den Kernbereich des Berufsbildes der Hebammen dar, in dem die betroffenen Hebammen sodann nicht mehr tätig sein könnten.

Mindestmengen im Bereich der Geburtshilfe stellen damit also nicht nur eine reine Berufsausübungsregelung in einem bestimmten Bereich der Leistungen dar, sondern einen Eingriff in den Kernbereich des Berufsbildes. An die für solch einen Eingriff notwendige Rechtfertigung sind aber weit höhere Ansprüche zu stellen als an die bereits bestehenden, oben dargelegten Mindestmengenregelungen. Eine Mindestmengenregelung für die Zulassung von Geburtsbetreuungen erscheint daher kaum zu rechtfertigen.

Insgesamt erscheint die Einführung von Mindestmengenregelungen im Hinblick auf zu betreuende Geburten aus rechtlicher Sicht nicht durchführbar.

## **Die Haftpflichtproblematik betrifft Beleghebammen gleichermaßen**

### **Kliniken stehen nicht per se für mehr Sicherheit bei der Geburt**

Internationale Studien<sup>21</sup> zeigen, dass die hebammengeleitete Geburt die sicherste Variante für Mutter und Kind ist. Eine hohe Bedeutsamkeit kommt dabei der intensiven Betreuungszeit

---

<sup>21</sup> Z.B. zeigt die Cochrane-Analyse von Professor Jane Sandall und ihren Kollegen am King's College in London, dass gesunde Frauen und Kinder von der kontinuierlichen Betreuung durch Hebammen profitieren. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler analysierten 13 Studien mit mehr als 16.200 Schwangeren aus Australien, Kanada, Großbritannien und Irland. Quelle: Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667 zu finden unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub3/abstract>



zu. Optimaler Weise ist die Möglichkeit für eine 1:1-Betreuung gegeben. Dies ist Standard in der außerklinischen Geburtshilfe und wäre auch für die klinische Geburtshilfe wünschenswert. Ca. 23% der in Deutschland stattfindenden Geburten werden in Kliniken von freiberuflichen Beleghebammen betreut. Sie müssen dieselbe Summe für die Prämie aufbringen wie ihre Kolleginnen im außerklinischen Setting. Sie haben aber den Vorteil, dass sie ihre Arbeitszeit und die Betreuungsintensität als selbständige Hebammen eigenständig organisieren können und nicht den organisatorischen Zwängen des klinischen Systems unterliegen. Diese Hebammen in ein Anstellungsverhältnis zu überführen, um mögliche Haftpflichtprobleme zu lösen, bringt diese in die gleiche Problemlage, die angestellte Hebammen seit Jahren zu Recht beklagen. Denn: In Kliniken muss eine Hebamme in vielen Fällen mehrere Frauen gleichzeitig bei den Geburten betreuen. Nicht selten erfordert die klinische Organisationsstruktur, dass sie Stationstätigkeiten oder Arbeiten in der ambulanten Sprechstunde erledigt, während sie Frauen unter der Geburt im Kreißsaal begleiten sollte. Die Dauerüberwachung mittels Technik (CTG) und zentrales Monitoring ergänzt dann die Geburtshilfe oft nicht nur, sondern ersetzt die Zeit der menschlichen Zuwendung und Beobachtung. Hinzu belasten administrative Aufgaben sowie Überstunden das Betreuungsangebot.

Dem Sicherheitsaspekt kann die organisatorische Überforderung der Hebammen im Angestelltenverhältnis wenig gerecht werden.

### **Fazit: Mindestmengen sind in der Praxis nicht realisierbar**

Medizinische Grundversorgung, dazu gehört die Hebammenhilfe, muss als Mindeststandard flächendeckend zur Verfügung stehen. Die Forderung nach einer Mindestanzahl an Geburten reduziert die Hebammenarbeit aber auf die wenigen Stunden der Geburt. In einer Klinik kann eine Geburt nach der anderen stattfinden: Kliniken sind auf die Betreuung der „reinen Geburtszeit“ spezialisiert. Freiberufliche Hebammen begleiten aber den gesamten Betreuungsbogen, sie sind „Patientenspezialisiert“, denn sie betreuen den biographischen Verlauf vom Beginn der Schwangerschaft, über die Geburt und das Wochenbett bis zum Ende der Stillzeit. Die Hauptarbeitszeit liegt in den Bereichen der Schwangerenvorsorge und Hilfeleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden, in der Kursarbeit und in der Betreuung des Wochenbetts. Außerklinische Geburtsbegleitung kann daher schon aus zeitlichen Gründen nicht beliebig häufig angeboten werden. Auch um eine hohe Betreuungsqualität zu bieten, können Hebammen nicht unbegrenzt außerklinische Geburten begleiten. Da sie in ständiger Rufbereitschaft leben, brauchen sie ausreichende Erholungspausen, um nicht auszubrennen oder krank zu werden.

Bei Mindestmengenregelungen handelt es sich üblicherweise um planbare Eingriffe (wie z. B. bei Knie-Totalendoprothesen). Geburten bzw. Geburtenzahlen sind jedoch nur in beschränktem Umfang planbar und im Hausgeburts-Setting nur gesteuert durch die regionale Nachfrage von Schwangeren. Insbesondere im Bereich der Hausgeburts-hilfe ist eine Mindestmenge von x Geburten pro Hebamme und Jahr nicht realisierbar. Die Hebamme kann zwar mehrere andere Leistungen, wie etwa Wochenbettbetreuungen, kombinieren. Sie kann aber für einen mehrwöchigen Zeitraum rund um den errechneten Geburtstermin nur jeweils eine Schwan-



gere zur Geburt annehmen, insbesondere wenn sie keine Kollegin in der Nähe hat, die sie vertreten könnte. Wenn die Schwangere beispielsweise eine Pathologie entwickelt und entgegen ihrer Planung zur Entbindung in eine Klinik gehen muss, entfällt diese Hausgeburt für die Hebamme ersatzlos.

Zudem erscheinen Mindestmengenregelungen im Bereich der Geburtshilfe nur schwer mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben vereinbar, insbesondere da Studien zu ihrem Nutzen fehlen. Nach den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist vielmehr anzunehmen, dass die Güte der Versorgung Frühgeborener durch eine Erhöhung der Mindestmenge in relevanter Weise nicht zusätzlich gefördert werden kann.

Karlsruhe, den 11.09.2014

Martina Klenk  
Präsidentin DHV e. V.

Katharina Jeschke  
Beirätin für den freiberuflichen Bereich DHV e. V.  
Mail: [jeschke@hebammenverband.de](mailto:jeschke@hebammenverband.de)

Unter Mitwirkung von Rechtsanwältin Dr. Ann-Kathrin Hirschmüller,  
Kanzlei hirschmüller::rechtsanwälte , Hannover