

**Stellungnahme**  
**des Deutschen Hebammenverband e. V.**  
**zum**  
**Gesetzesentwurf**  
**des Bundesministeriums für Gesundheit**  
**Gesetzes zur Reform der Strukturen der Kran-**  
**kenhausversorgung**  
**(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**

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

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

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 18.900 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 Hebamenschülerinnen 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.

## **Aspekte zur Geburtshilfe aufnehmen**

Der Deutsche Hebammenverband begrüßt diese geplante Gesetzesänderung, welche die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit einer gut erreichbaren und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung zum Ziel haben soll. Insbesondere freut es uns, dass die großartige und täglich 24 Stunden und sieben Tage die Woche geleistete Arbeit der Krankenhausmitarbeiterinnen positiv Erwähnung findet. Der großen Wertschätzung, aber auch der Unverzichtbarkeit dieser Mitarbeiterinnen wird durch das Pflegestellenförderprogramm weiterhin Gewicht verliehen.

Wir halten jedoch im Folgenden für die Versorgung von Schwangeren und jungen Müttern einige Ergänzungen für nötig und schlagen vor, dabei auch Blickwinkel einzunehmen, die explizit in der Geburtshilfe eines neuen Akzentes bedürfen bzw. anders -als die Regelversorgung von Kranken- verstanden werden müssen

## **I.) Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen**

### **Gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung**

*„Eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung muss auch in Zukunft sichergestellt sein. Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Pfeiler in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Patientinnen und Patienten steht eine qualitativ hochwertige und leistungsfähige Krankenhausmedizin zur Verfügung, die von über einer Million Beschäftigten getragen wird.“*

Dem stimmen wir uneingeschränkt zu. Hier muss berücksichtigt werden, dass in der Geburtshilfe „gut erreichbar“ im Wesentlichen „wohnortnah“ bedeutet. Für werdende Eltern spielt es eine Rolle, wie weit sie fahren müssen, um qualitativ angemessen und qualitativ hochwertig (am besten in einer 1:1 Betreuung) mit Hebammenhilfe versorgt zu werden. Dafür besteht keine zwingende Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen. Nicht für alle Schwangeren müssen Level I oder II Kliniken vor Ort vorgehalten werden, son-

dem es bedarf vorrangig einer Geburtshilfe, die die Versorgung und Betreuung der allermeisten -weil unkompliziert verlaufenden- Schwangerschaften und Geburten sicherstellt.

## **II.) Wesentlicher Inhalt des Entwurfs**

### **zu II.1 Qualität als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung und als Basis für eine sichere und transparente Krankenhausversorgung**

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gesetzlich beauftragt, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln (planungsrelevante Indikatoren), die als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind.“*

Die derzeitigen Qualitätsindikatoren, die vom AQUA Institut veröffentlicht werden, sind für werdende Eltern wenig aussagekräftig. Sie können mit Nabel-pH-Werten ebenso wenig anfangen wie mit Aussagen zu „Azidosen bei reifen Einlingen“. Diese sind nur für Fachleute bedeutsam und helfen Eltern tatsächlich nicht, sich für oder gegen eine Klinik zu entscheiden.

Geburten sind in der Regel ein physiologisches Geschehen und nicht mit den Maßstäben und Qualitätsindikatoren pathologischer Vorgänge meßbar. Unseres Erachtens sollten eher Aussagen wie „gemeinsame Entlassung von Mutter und Kind“, Anteil der Episiotomien bzw. geburtshilflicher Interventionen (wie z.B. Periduralanästhesien, Geburtseinleitungen) oder der Betreuungsschlüssel (1:1) durch Hebammen und Geburtshelferinnen Inhalt sein. Im Zuge des weiteren Bestrebens, Qualitätsberichte patientenfreundlich zu gestalten, können dann „Patienten mit den erhobenen Daten etwas in Verbindung bringen“.

### **Mindestmengenregelung**

*„Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Es wird ein Verfahren vorgegeben, in dem die Krankenhäuser das voraussichtliche Erreichen der Mindestmengen belegen müssen. Zudem wird ausdrücklich gesetzlich klargestellt, dass ein Krankenhaus, das eine Leistung erbringt, obwohl es die festgelegte Mindestmenge nicht erreicht, keine Vergütung erhält.“*

Diese geplante Regelung sehen wir vor dem Hintergrund der Einhaltung der Mindestmengen bei der Versorgung von Frühgeborenen kritisch. Wir wissen, dass dadurch Fehlanreize gesetzt werden, wodurch dann eher das medizinisch mögliche (die Behandlung von sehr kleinen Frühgeborenen) vor dem konservativen Erhalt und der Verlängerung der Schwangerschaft steht- allein, um die Mindestmengen zu erreichen. Das darf durch dieses Gesetz nicht weiter forciert werden. Wir schlagen vor, die Mindestmengen in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene zu belassen, nicht anzuheben und Ausnahmeregelungen für Kliniken mit guten Behandlungsergebnissen zuzulassen, auch wenn sie die Mindestmengen nicht erreichen.

### **Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA**

*„Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA wird zukünftig konsequenter gefördert.“*

*Der G-BA wird hierbei durch klare gesetzliche Regelungen gestärkt und beauftragt, die jeweiligen Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen in Richtlinien in einem gestuften System angemessen zu konkretisieren."*

Deswegen erwarten wir, dass die Bestimmungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene auch in Bezug auf die Vorgaben der hebammenhilflichen Leitung und deren Freistellung von der Kreißaaltätigkeit konsequenter berücksichtigt werden. Ferner schlagen wir vor, die Richtlinie um eine „Qualitätsbesetzung“ mit Hebammenpersonal zu erweitern. So wird ein weiterer Qualitätsindikator zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität -durch die Personalbemessung mit Hebammen- in dem Behandlungs- und Betreuungsstandard der Level I und II Kliniken gesetzt.

## **zu II. 2. Einrichtung eines Pflegestellen-Förderprogramms**

### **Ausreichend und qualifiziertes Pflegepersonal**

*„Eine Krankenhausbehandlung mit guter pflegerischer Versorgung kann nur geleistet werden, wenn im Krankenhaus ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal vorhanden ist. Insbesondere zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die einen erhöhten Pflegebedarf haben, wie etwa an Demenz erkrankte, pflegebedürftige oder behinderte Patientinnen und Patienten, sowie zur Unterstützung des Pflegepersonals, das große Verantwortung für das Leben und die Gesundheit der Patientinnen und Patienten trägt, werden (folgende) Maßnahmen ergriffen.“*

Der Focus auf die älter werdende Bevölkerung mit ihren spezifischen Bedürfnissen ist notwendig. Genauso müssen aber junge Menschen und deren Familienplanung eine Rolle spielen, wenn der derzeitige demografische Wandel gebremst werden soll. Der Blick muss auch auf den Anfang des Lebens gerichtet werden; gut erreichbare geburtshilfliche Kliniken mit personell gut ausgestatteten Kreißsälen und Wöchnerinnenstationen müssen mitgeplant werden. Die Erreichbarkeit und Versorgung mit einer umfassenden Hebammenbetreuung können Anreize für Frauen darstellen, weitere Kinder zu bekommen. Ein positives Geburtsergebnis führt nachweislich dazu, dass im Weiteren mehr Kinder geboren werden.

Kreißsäle sind keine „bettenführenden Stationen“ im Sinne des Gesetzes und Hebammen kein Pflegepersonal, trotzdem muss der Kreißaalbereich als solcher mitgedacht werden. Die im Gesetzesentwurf genannte „Pflege am Bett“ muss auch die Leistung von Hebammen einbeziehen- obwohl die wenigsten Geburten tatsächlich im Bett stattfinden.

Was der erhöhte Pflegebedarf für die älteren Menschen ist, ist der erhöhte Betreuungsbedarf bei Schwangeren und Gebärenden. Wir wissen, dass viele geburtshilfliche Abteilungen dramatisch unterbesetzt sind und zwar aus denselben Gründen wie in der Pflege: Sparvorgaben der Kliniken, schlechte Arbeitsbedingungen (Überstunden, Einspringen im Frei, Unterbesetzung) und die nicht angemessenen Bezahlung für die hohe Verantwortung, die von den Hebammen getragen wird. Die geburtshilflichen Bereiche und deren personelle Ausstattung müssen in der -beim Bundesministerium für Gesundheit- einzurichtenden Expertenkommission bei der Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel berücksichtigt werden. Wir fordern auf, auch die Personalbesetzung in den Kreißsälen in das Förderprogramm des geplanten Gesetzes aufzunehmen und zu beachten.

## Überprüfung des DRG-Systems

*„ Eine beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelte Expertinnen- und Experten-Kommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung prüft bis spätestens Ende 2017 zudem, ob im System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte (z. B. über den Pflegekomplexmaßnahmen-Score) ein erhöhter Pflegebedarf von an Demenz erkrankten bzw. pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten oder von Menschen mit Behinderungen und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden. "*

Wir sehen die Notwendigkeit dieser Maßnahmen. Ebenso müssen aber die geburtshilflichen DRG dringend überprüft werden. Die allermeisten geburtshilflichen Abteilungen in Deutschland können nicht wirtschaftlich arbeiten<sup>1</sup>, obwohl sie eine auskömmliche Zahl von Geburten pro Jahr ausweisen können. Betrachtet man den Zeitaufwand, der für eine Geburt vergütet wird, so nehmen (eigentlich) ambulante Leistungen, die in der Klinik erbracht werden und nicht kalkulierte Anteile -wie der hohe Dokumentationsaufwand, administrative Leistungen und Leistungen vor der Geburt, Geburtseinleitungen und die Betreuung von Schwangeren in anderen Abteilungen- einen großen Teil der Arbeitszeit von Hebammen ein. Nicht vergessen werden darf der hohe Anteil an Putz- und Aufräumarbeiten, der immer mehr in die Hände von Hebammen zurückfällt. Hier müssen Zusatzentgelte geschaffen werden, die den tatsächlich nötigen Betreuungsaufwand (analog zum erhöhten Pflegebedarf) bei jeder Geburt für jede Frau und ihr Kind ermöglichen und diesen auskömmlich vergüten.

### zu II.3. Weiterentwicklung der Finanzierung von Krankenhausleistungen

#### Finanzierung von Mehrkosten, die aus Beschlüssen oder Richtlinien des G-BA resultieren

*„ Zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aus Beschlüssen oder Richtlinien des G-BA resultieren und die noch nicht bei der DRG-Kalkulation und bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden konnten, wird auf der Grundlage bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen die Möglichkeit zur Vereinbarung von befristeten krankenspezifischen Zuschlägen geschaffen, die die zusätzlich aufgewendeten personellen und sachlichen Mittel abbilden sollen. Dies umfasst auch die zum 1. Januar 2014 in Kraft getretenen zusätzlichen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene. "*

Hier verweisen wir auf die zusätzlichen Kosten, die die Freistellung der leitenden Hebamme des Kreißsaals in Level I und II Kliniken betreffen. Im Gesamt-System sind das nur kleine Beträge. Wir wissen aber, dass die meisten Hebammenleitungen -mit dem Hinweis auf die fehlende Finanzierung- nicht freigestellt sind. Das muss dringend geändert werden, damit die Qualitätsziele der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene vollumfänglich erreicht werden können.

---

<sup>1</sup> Augursky/Kreienberg/Mennicken: Zukunft der Gynäkologie und Geburtshilfe; medhochzwei-verlag; ISBN:978-3-86216-188-1

## Sicherstellungszuschläge

*„Die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen, die für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten gezahlt werden, sofern die Kapazitäten mit den DRG-Fallpauschalen nicht kostendeckend finanziert werden, aber zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind, werden präzisiert.“*

Dazu heißt es im Entwurf in SGB V §136c Absatz 3:

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Vorgaben zu beschließen*

- 1. zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,*
- 2. zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht und*
- 3. zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.“*

Diese Werte zu 1. wurden für die Geburtshilfe bereits ermittelt; allerdings ist die reine Entfernung zur nächstgelegenen geburtshilflichen Abteilung oder eine durchschnittlich nötige Bevölkerungszahl u.E. für die Ermittlung des Versorgungsbedarfes in diesem Bereich kein alleinig ausschlaggebender Faktor: eine Frau unter starken Wehen kann nicht mit dem Hinweis beruhigt werden, dass es „nur noch 70 Kilometer bis zum Kreißaal“ sind. Genau so ist die Frage nach dem „geringen Versorgungsbedarf“ und Sicherstellung „der notwendigen Vorhaltung“ bei der Gesundheitsversorgung der weiblichen Bevölkerung während der Schwangerschaft, der Geburt oder der Wochenbettzeit zu sehen. Diese Fragen müssen hinsichtlich der Zumutbarkeit und dem Wunsch nach einem Bevölkerungsanstieg mit entschieden werden.

Wir fordern die Bundesregierung auf, die Einstufung der Geburtshilfe analog zur Teilnahme der Krankenhäuser an der Notfallversorgung vorzunehmen. Wie wir bereits erläutert haben: die Wohnortnähe der geburtshilflichen Abteilung ist wichtig; die Geburt ist ein leicht störbarer Prozess, der unter Stress zu Komplikationen neigt. Diese Störung muss vermieden werden.

## Zuschläge für besondere Aufgaben

*„Die Rahmenbedingungen für Zuschläge für besondere Aufgaben, die nicht bereits mit den Entgelten für die stationäre Versorgung finanziert sind, werden durch gesetzliche Vorgaben und durch weitere Festlegungen der Vertragsparteien auf Bundesebene präzisiert.“*

Zu solchen muss dringend die Geburtshilfe/ müssen die Kreißsäle mit berücksichtigt werden. Geburtshilfe an sich ist als bedarfsnotwendige Kapazität zu werten und sollte zum Leistungsangebot jeder Klinik gehören. Gerade vor dem Hintergrund, dass junge Familien „aufs Land“

ziehen, müssen diese Basisangebote vorgehalten werden. Die Geburtsklinik/Geburtshilfe vor Ort muss mit Sicherstellungszuschlägen ermöglicht werden.

## **zu II.4. Neuausrichtung der Mengensteuerung**

### **Mengensteuerung**

*„In einer ersten Stufe werden zunächst flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der Mengensteuerung vorgenommen.“*

Die Vereinbarungen von Krankenhäusern mit den Krankenkassen zur Erbringung von Leistungsmengen (eventuell verbunden mit einer jährlichen Fallzahlsteigerung) muss die Geburtshilfe ausschließen oder zumindest die Mengenvereinbarungen zu Kaiserschnitten. Die Geburt als natürlicher Vorgang -im Gegensatz zu Erkrankungen und Operationen- darf nicht prospektiv kalkuliert werden. Gerade die Vereinbarung zu Kaiserschnitten ist kritisch. Der dramatische Anstieg der Kaiserschnitte in den letzten Jahren wirft Fragen nach den Gründen auf; ein weiterer Anstieg muss verhindert und die Ursachen dafür gefunden werden. Es sollten eher Anreize für eine hohe Zahl von Spontangeburt geschaffen werden. Die Kosten, die Kaiserschnitte und deren Folgen für die Krankenkassen und damit das Gesundheitssystem bedeuten, sind noch nicht erfasst worden, dürften aber immens sein. Es ist nicht zu erwarten, dass die Senkung der Kaiserschnitttrate auf Kosten der Gesundheit von Mutter und Kind gehen. In vergleichbaren Ländern, in denen die Kaiserschnitttrate niedriger ist, sind Mütter- und Kindersterblichkeit nicht erhöht. Die Erlöse für Spontangeburt sollten angehoben werden. Die Effekte, wenn sich diese „lohnen“, werden für die Gesundheit junger Frauen sehr gross sein.

## **zu II.5. Einrichtung eines Strukturfonds**

### **Investitionskosten durch die Länder zu finanzieren**

*„Die Länder führen die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durch und haben die Investitionskosten für ihre Krankenhäuser in notwendigem Umfang bereitzustellen. Dazu haben sich die Länder in den am 5. Dezember 2014 verabschiedeten Eckpunkten zu einer Krankenhausreform bekannt.“*

Wir erwarten von der Bundesregierung, diese freiwillige Selbstverpflichtung der Länder auf ihre Umsetzung hin regelmäßig zu prüfen. Letztlich steht und fällt eine auskömmliche Personalbesetzung auch damit, dass nötige Aufwendungen für Investitionen nicht in den Kliniken durch Personaleinsparungen erwirtschaftet werden müssen. Ein alleiniges „Bekanntnis“ dazu reicht als verbindliche Zusagen nicht aus.

### **Fonds für Umstrukturierungsmaßnahmen**

*„So wird maximal ein Volumen in Höhe von 1 Milliarde Euro für Umstrukturierungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Der Fonds hat den Zweck, zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Ver-*

*sorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) zu fördern. Die Fördergelder werden den Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung zugutekommen.“*

Überkapazitäten und die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten haben im Kontext der Geburtshilfe eine andere Bedeutung: nicht jede schwangere Frau muss in eine spezialisierte Klinik. Wir plädieren für eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung mit den Leistungen, die die allermeisten -in der Regel gesunden- Schwangeren und deren Kinder benötigen und zwar in „normalen“ Geburtskliniken (ohne Level). Wir schlagen vor, eine Konzentration auf nur wenige Level I und II Zentren vorzunehmen. Zu diesen sollen Schwangere mit gesundheitlichen Problemen oder mit Risikoschwangerschaften falladaptiert zugewiesen werden, was u.E. einen Abbau von Überkapazitäten und Einsparungen in diesem Bereich zur Folge hat.

Gleichzeitig müssen für Landstriche Lösungen gefunden werden, in denen es (schon jetzt und zukünftig) keine Geburtshilfe (bzw. nicht einmal mehr eine Versorgung vor und nach der Geburt durch Hebammen) mehr gibt. Die bestehenden Boardinghäuser sind für Familien keine Lösung. Der Geburtszeitpunkt kann nie exakt ermittelt werden und ein u.U. fünfwöchiger Aufenthalt in einem -weit von Zuhause entfernten- Boardinghaus stellt eine erhebliche Belastung der Schwangeren und ihrer Familie dar.

Wir schlagen vor, Modellprojekte mit der Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen in der Geburtshilfe explizit zu fördern, sowie Alternativen mit von Hebammen geleiteten Einrichtungen<sup>2</sup> (HgE) ernsthaft zu prüfen- gemeinsam mit den Berufsverbänden. Vor der Schließung von Kliniken/geburtshilflichen Abteilungen soll die Umwandlung von HgE aus reinen Praxen ohne geburtshilfliches Angebot in Geburtshäuser überdacht und geprüft werden. Dazu bedarf es einer Änderung in § 134a SGB V bei den Betriebskosten für Hebammen geleitete Einrichtungen, die dann HgE ohne Geburtshilfe<sup>3</sup> einschließen muss. Interdisziplinäre Zusammenarbeit kann dann auch im strukturschwachen Raum ein niedrigschwelliges geburtshilfliches Angebot sicherstellen. Zusammen mit einem innovativen Transport-/Verlegungskonzept kann so wohnortnah eine frauen- und familiengerechte Geburtshilfe gewährleistet werden.

---

<sup>2</sup> (HgE; Geburtshäuser und Hebammenpraxen)

<sup>3</sup> Geändert werden muss (streichen in rot) in § 134 a SGB V (1) 1: Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene mit bindender Wirkung für die Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale **bei ambulanten Entbindungen** in von Hebammen geleiteten Einrichtungen, die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen, die Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe einschließlich der Verpflichtung der Hebammen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie über die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkassen. (...)



## Ergänzungsvorschlag

Wir schlagen außerdem vor, die Forderung nach einem Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern (z. B. in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3<sup>4</sup>) in der Geburtshilfe folgendermaßen nachzukommen:

Für alle im klinischen Setting entstandenen Geburtsschäden und Beinahe-Schadensfälle wird ein verpflichtendes zentrales Melderegister eingeführt -wenn es nötig sein sollte, auch anonymisiert. Tatsächlich gibt es keine zentrale Erfassung dieser Schadensfälle bis auf die mütterlichen und kindlichen Todesfälle in der Perinatalstatistik. Ein Melderegister böte zum einen den Überblick über alle Klageverfahren, die anhängig sind und zum anderen die Möglichkeit aus Fehlern und Versäumnissen voneinander zu lernen.

## Fazit

Der Focus des Gesetzesentwurfes zum KMSG liegt eindeutig auf der demografischen Entwicklung hin zu alten Menschen mit deren alterstypischen Erkrankungen und dem damit verbundenen vermehrten Betreuungsbedarf. Völlig außer Acht gelassen werden junge Menschen im fortpflanzungsfähigen Alter, junge Familien, werdende Mütter und deren Angehörige.

Wir fordern die Bundesregierung auf, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als physiologische Lebensphasen anzuerkennen, die nur schwer eine adäquate Berücksichtigung, Bewertung und Vergütung in einem auf Pathologie ausgerichteten System, wie dem deutschen Gesundheitssystem finden. Prozesse des normalen Lebens sollten auch dort abgebildet werden.

Damit verbunden muß der Betreuung von Schwangerschaft und Geburt auch im klinischen Setting mehr Beachtung und eine bessere Vergütung zuteilwerden. Der positive Effekt von gut verlaufenden Geburten auf Frauenleben und die Bindung zu dem Kind sind nachgewiesen. Auch wenn Geburtshilfe keine Nothilfe darstellt, muss sie -wie die Notfallversorgung- in jedem Krankenhaus zu finden sein.

Das Gebären in Wohnortnähe mit schnell zu erreichenden geburtshilflichen Abteilungen oder in Hebammengeleiteten Einrichtungen zu ermöglichen, ist ein Teil der Daseinsvorsorge und eine Investition in die Zukunft.

26.06.2015



Susanne Steppat  
Beirätin im Präsidium

---

<sup>4</sup> SGB V §136 a (3): Als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.