

Hintergrundinformationen zur Situation von Hebammen und der geburtshilflichen Versorgung in Bayern

Dr. Walter Rehberg, 26. Februar 2019

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. Zusammenfassung | 2 |
| 2. Gesetzliche Regelungen..... | 3 |
| 3. Zahlen und Trends der geburtshilflichen Versorgung | 3 |
| 4. IGES-Studie zur Hebammenversorgung in Bayern | 5 |
| 5. Die finanzielle Situation der Hebammen | 7 |
| 6. Probleme und Lösungsansätze in der geburtshilflichen Versorgung | 8 |
| 7. Konzepte und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der geburtshilflichen Versorgung | 11 |
| 8. Forderungen von Verbänden und politischen Gruppierungen..... | 13 |

1. Zusammenfassung

Der Anspruch auf Hebammenhilfe ist im Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung) geregelt und in Leistungsverträgen zwischen Krankenkassen und Berufsverbänden konkretisiert. Die Ausbildung von Hebammen ist auf Bundesebene durch das Hebammengesetz geregelt, die konkrete Berufsausübung durch Berufsordnungen der Länder.

Die Zahl der Hebammen und der Geburten hat in Bayern in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Die Zahl der Geburtshilfestationen hingegen hat sich reduziert, wobei deren durchschnittliche Auslastung verhältnismäßig niedrig ist. Die weit überwiegende Mehrzahl aller Kinder kommt in Krankenhäusern zur Welt. Bayern hat einen im Ländervergleich hohen Anteil an Beleghebammen. Die Zahl der Schülerinnen an Hebammenschulen ist in den letzten Jahren leicht angestiegen.

Die im Auftrag des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege durchgeführte Studie des IGES-Instituts zur Situation der Hebammenversorgung in Bayern kommt zu dem Ergebnis, dass insgesamt ein Nachfrageüberhang bzw. ein Angebotsdefizit an Hebammenleistungen besteht. Von einem ausreichenden Hebammennachwuchs in den kommenden Jahren kann nicht ausgegangen werden. Als Maßnahmen schlagen die StudienautorInnen u.a. vor, Hebammen regelmäßig vollständig zu erfassen, kommunale Vermittlungsstellen einzurichten, ausbildende Kliniken finanziell zu fördern und Geburtszentren in der Krankenhausplanung auszuweisen.

Der seit dem Jahr 2016 ausgezahlte Sicherstellungszuschlag zu den Kosten für die Berufshaftpflichtversicherung deckt etwa zwei Drittel bis drei Viertel der Versicherungsprämien. Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Leistungen freiberuflicher Hebammen sind zwischen 2008 und 2016 um 71 % angestiegen. Durch den „Hebammenbonus“ der Bayerischen Staatsregierung erhalten alle freiberuflichen Hebammen, die mindestens vier Geburten jährlich betreuen, 1.000 Euro pro Jahr. Mit einer einmaligen Niederlassungsprämie in Höhe von 5.000 Euro soll freiberuflichen Hebammen der Berufseinstieg erleichtert werden.

KritikerInnen monieren, dass die derzeitige Vergütung stationärer geburtshilflicher Leistungen im DRG-System finanzielle Anreize zur Durchführung von Kaiserschnitten und zur vorzeitigen Durchführung von Frühgeburten böten. Kleinere Geburtshilfeabteilungen stehen unter besonderem finanziellen Druck und mussten in den vergangenen Jahren besonders häufig schließen. Im Rahmen des „Förderprogramms Geburtshilfe“ der Bayerischen Staatsregierung können kleinere Geburtsabteilungen für ihr Defizit bis zu 1 Mio. Euro pro Jahr erhalten, wenn sie mindestens die Hälfte der Geburten in der Kommune abdecken. Personalangel kann ein Grund sein, warum Geburtshilfeabteilungen schließen oder Schwangere abgewiesen werden müssen. Das „Förderprogramm Geburtshilfe“ unterstützt auch Maßnahmen zur Personalgewinnung.

Optionen zur Weiterentwicklung der geburtshilflichen Versorgung sind u.a. hebammengeleitete Kreißsäle, Geburtshäuser, die Weiterentwicklung der Hebammenausbildung und Mindestpersonalregelungen. In einem „hebammengeleiteten Kreißsaal“ wird die Geburt eigenverantwortlich durch eine Hebamme geleitet und ein Arzt nur in besonderen Fällen zugezogen. Geburtshäuser sind von Hebammen betriebene selbstständige und außerklinische Einrichtungen. Die Hebammenausbildung soll gemäß Koalitionsvereinbarung auf Bundesebene vollständig

akademisiert werden. Personaluntergrenzen könnten wie in den Pflegeberufen in der stationären Versorgung zu einer Verbesserung der Versorgungssituation führen.

2. Gesetzliche Regelungen

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Hebammenhilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Sie können wählen zwischen ambulanter oder stationärer Betreuung, einer von einer Hebamme geleiteten Einrichtung, einer ärztlich geleiteten Einrichtung oder einer Hausgeburt. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe dient der Verwirklichung dieses Anspruchs¹. Die konkrete Ausgestaltung der Versorgung mit Hebammenhilfe wird über den Hebammenhilfe-Vertrag zwischen Krankenkassen und Berufsverbänden geregelt². Hebammenhilfe umfasst Leistungen der Schwangerenvorsorge und -betreuung, der Geburtshilfe, Leistungen während des Wochenbetts sowie Leistungen bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Kindes.

„Hebamme“ oder „Entbindungspfleger“ darf sich nur nennen, wer die durch das Hebammengesetz vorgeschriebene Ausbildung absolviert und die staatliche Prüfung bestanden hat. Außerdem muss die betreffende Person der deutschen Sprache mächtig, in gesundheitlicher Hinsicht geeignet und darf nicht vorbestraft sein³. Die Länder haben innerhalb der Vorgaben des bundesrechtlichen Hebammengesetzes eigene Gesetze oder Berufsordnungen zur Berufsausübung der Hebammen und Entbindungspfleger erlassen. Die Bayerische Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger regelt folgende Sachverhalte: Aufgaben, Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit, Arzneimittel, Dokumentation, Schweigepflicht, Fortbildung, besondere Pflichten bei selbstständiger Tätigkeit, Aufsicht.⁴

3. Zahlen und Trends der geburtshilflichen Versorgung

Die Zahl der freiberuflichen Hebammen in Bayern ist in den letzten Jahren kontinuierlich von 2.342 im Jahr 2009 auf 2.980 im Jahr 2017 gestiegen (+27 %). Die Zahl der Geburten in Bayern ist von 103.668 im Jahr 2011 auf 125.689 im Jahr 2017 gestiegen (+21 %). Diese Zahlen sind in allen Regierungsbezirken ähnlich. Rund 98,3 % aller Kinder kommen in Krankenhäusern zur Welt. Im Jahr 2016 gab es in Bayern 1.146 Hausgeburten und 1.402 Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen.⁵

Die Anzahl der Geburtshilfestationen an bayerischen Krankenhäusern hat sich zwischen 2010 und 2016 von 128 auf 108 reduziert (-16 %). Besonders ausgeprägt war dieser Rückgang in Mittelfranken (-25 %) und in der Oberpfalz (-25 %). Die Zahl der Krankenhäuser in Bayern hat sich zwischen 2010 und 2016 von 373 auf 357 reduziert (-4 %). In fünfzehn Landkreisen oder kreisfreien Städten gibt es derzeit keine geburtshilflich-gynäkologische Abteilung.⁶ Dennoch hat

¹ §§ 24c - 24f SGB V.

² § 134a SGB V.

³ § 2 Hebammengesetz

⁴ Bayerische Hebammenberufsordnung – BayHebBO

⁵ LT-Drs. 17/23578

⁶ LT-Drs. 17/18113

sich die durchschnittliche Auslastung der Fachabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe seit 2010 um weniger als 3 % erhöht und erreichte im Jahr 2014 mit 67 % nicht den planerisch anzustrebenden Wert von 80%.⁷

Aus Sicht der Staatsregierung gibt es für die Entwicklung mehrere Faktoren: Zum einen ist es für Geburtshilfestationen wegen stets anfallender Vorhaltekosten unterhalb einer bestimmten Geburtenzahl kaum möglich, mit den Fallpauschalen auskömmlich zu wirtschaften. Zum anderen gelingt es oft nicht, ausreichend Personal für die Arbeit im Kreißsaal zu finden. Zudem stimmen Familien immer häufiger mit den Füßen ab und entscheiden sich für größere Einrichtungen.

Nach der Krankenhausstatistik für das Jahr 2012 sind an bayerischen Krankenhäusern insgesamt 1.452 Hebammen tätig, wovon 664 (46 %) angestellt und 788 (54 %) als Beleghebammen tätig sind. Dabei sind an 31 Krankenhausstandorten ausschließlich angestellte Hebammen tätig, an weiteren 9 sowohl angestellte als auch Beleghebammen und an 79 Standorten (66 %) ausschließlich Beleghebammen. Beleghebammen sind schwerpunktmäßig an Krankenhäusern der ersten Versorgungsstufe tätig (471 von 788, entsprechend 6 %), lediglich 2 % (16) in einem der fünf Krankenhäuser der dritten Versorgungsstufe. Universitätsklinika arbeiten ausschließlich mit angestellten Hebammen. Die Verteilung der angestellten und Beleghebammen auf die einzelnen Versorgungsstufen zeigt, dass sich die Möglichkeiten für eine Anstellung von Hebammen auf größere Krankenhäuser beschränken.⁸

In den Jahren zwischen 1995 und 2015 hat sich die Anzahl der in Krankenhäusern in Deutschland festangestellten Hebammen von 7.543 auf 9.081 um rund 20 % erhöht – bei einem gleichzeitigen Rückgang der Geburtenzahlen, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, dass sich der Anteil an Teilzeitbeschäftigten deutlich erhöht hat. Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl an Beleghebammen von 1.562 auf 1.838 um rund 17 % gestiegen.⁹ Nach Untersuchungen des Deutschen Hebammenverbandes müssen 35 % der Hebammen zwei Geburten gleichzeitig betreuen, 46 % drei Geburten, 15 Prozent vier Geburten und 5 Prozent sogar mehr als vier Geburten.¹⁰

In einer unverändert gültigen gemeinsamen Empfehlung der DKG und der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung vom 01.01.1993 ist der Personalbedarf von Hebammen/Entbindungspflegern in geburtshilflichen Abteilungen von Krankenhäusern mit mehr als 600 Geburten im Jahr geregelt. Danach ist bei der Personalbemessung ein Minutenwert von 780 Minuten pro Geburt anzusetzen. Geht man also, 20 % Fehlzeit unterstellt, von 1.600 Arbeitsstunden (netto) jährlich aus, bedeutet eine 24-Stunden-Präsenz an 365 Tagen im Jahr, dass rechnerisch 5,47 Vollkräfte erforderlich sind. Bei einer Parallelvorhaltung bedeutet das rechnerisch 10,94 Vollkräfte. Bei dem Erfordernis der 24-Stunden-Präsenz einer Hebamme und einer 24-Stunden-Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme wird man von einem durchschnittlichen Erfordernis von rechnerisch etwa 8,2 Vollkräften auszugehen haben. Eine Auswertung der Krankenhausdaten 2012 ergibt, dass jedes Perinatalzentrum die Mindestanforderungen der

⁷ LT-Drs. 17/12740

⁸ LT-Drs. 17/2347

⁹ BT-Drs. 18/13076

¹⁰ BT-Pl. 18/230

Qualitätsrichtlinie erfüllt hat, dass also in keinem dieser Krankenhäuser weniger Hebammen tätig waren, als es die Richtlinie vorgibt.¹¹

Rund 100 Absolventinnen beenden jährlich in Bayern die Hebammenausbildung. Im Jahr 2017 befanden sich in den acht Berufsfachschulen für Hebammen 317 Personen in Ausbildung. Diese Zahl hat sich von 288 im Jahr 2010 um 10 % erhöht. Die Schülerzahlen sind seit Jahren stabil, u. a. seit 2016 durch Eröffnung einer neuen Hebammenschule in Ansbach sogar gestiegen. Die Bewerberzahlen auf die vorhandenen Schulplätze nehmen nach Angaben der Schulen aber seit einigen Jahren stetig ab.

4. IGES-Studie zur Hebammenversorgung in Bayern

Die „Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern“ im Auftrag des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege kommt zu folgenden Schlüssen:¹²

1. Gemäß einer im Rahmen der Studie durchgeführten Hebammenbefragung hatten rd. 71 % der Hebammen (in München sogar rd. 91 %) deutlich mehr Anfragen für eine Wochenbettbetreuung als sie annehmen konnten. Einen starken Nachfrageüberhang berichtete auch die relativ kleine Gruppe der Hebammen mit Angebot von Beleggeburtshilfe in 1:1-Betreuung: Mehr als jede zweite von ihnen hatte deutlich mehr Anfragen nach dieser Leistung als sie annehmen konnte. Jeweils rd. 44 % der befragten Hebammen hatten einen deutlichen Nachfrageüberhang bei den Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskursen.

2. Insgesamt gab mehr als jede vierte Mutter an, dass es (sehr) schwierig war, eine Hebamme für eine Schwangeren- oder Wochenbettbetreuung zu finden. In München betrug der entsprechende Anteil sogar rd. 40 %. Schwierigkeiten eine Hebamme zu finden hatten insbesondere Erstgebärende sowie Mütter mit Migrationshintergrund. Mehr als die Hälfte der befragten Mütter kontaktierten mehr als eine Hebamme. In München gaben knapp 30 % der befragten Mütter an, mehr als sieben Hebammen kontaktiert zu haben, in den ländlichen Regionen waren dies lediglich 3,9 %.

3. Etwa 5 % der Mütter hatten keine Wochenbettbetreuung, rd. 44 % von ihnen gaben an, dass sie hierfür Hebammen angefragt hatten, diese aber ausgebucht waren. Bezogen auf die insg. 125.700 Geburten in Bayern im Jahr 2016 entspricht dieser Anteil einer Anzahl von über 2.750 Müttern, die trotz Nachfrage keine aufsuchende Wochenbettbetreuung durch Hebammen erhielten.

4. Zusammenfassend lassen sich damit partielle Versorgungsengpässe sowohl in regionaler Hinsicht als auch hinsichtlich spezifischer Versorgungsangebote feststellen. Aus regionaler Sicht scheint es insbesondere in München den Hebammen nicht mehr möglich, die Nachfrage der Frauen nach einer Hebammenversorgung vollumfänglich zu bedienen. In höherem Maße betroffen sind davon sozial benachteiligte Frauen sowie Frauen mit mangelnden Deutschkenntnissen. Schließlich ergeben sich aus der Hebammenbefragung Hinweise darauf, dass sich die Angebotsengpässe in den Geburtskliniken zukünftig verstärken werden. So berichtet eine

¹¹ LT-Drs. 17/2347

¹² Sander, M., Albrecht, M., Loos, S., Stengel, V.: Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Berlin: IGES Institut, 2018.

große Mehrheit der befragten Geburtskliniken, dass es ihnen (sehr) schwerfalle, vorhandene Hebammenstellen zu besetzen. In engem Zusammenhang damit steht die ausgeprägte Unzufriedenheit unter den in den Geburtskliniken tätigen Hebammen mit der Arbeitsbelastung und den dadurch bedingten Einschränkungen bei der Betreuung der Gebärenden.

5. Rein rechnerisch stehen den 362 ruhestandsbedingt in den nächsten fünf Jahren ausscheidenden Hebammen insgesamt etwa 525 Hebammenabsolventinnen gegenüber. Selbst wenn die Zahl der Hebammenabsolventinnen die der ruhestandsbedingt ausscheidenden Hebammen übersteigt, ist ein ausreichender Hebammennachwuchs nicht gesichert. Dies liegt daran, dass knapp die Hälfte der angestellten Hebammen und rd. 60 % der freiberuflichen Hebammen oft bzw. sehr oft an eine Reduzierung ihrer Arbeitszeit dachten. Des Weiteren dachten knapp 30 % der ausschließlich freiberuflich tätigen und rd. 26 % der freiberuflich und angestellt tätigen Hebammen oft bzw. sehr oft an eine Aufgabe der freiberuflichen Hebammentätigkeit. Schließlich erwog fast jede dritte Hebamme, zukünftig das Angebot an Wochenbettbetreuungen einzuschränken oder ganz einzustellen. Die geburtshilflichen Leistungen plante kaum eine der Hebammen auszuweiten, jedoch planten mehr als jede zehnte Hebamme, die Beleggeburtshilfe im Schichtdienst einzuschränken, und 16 %, diese ganz aufzugeben.

6. Gemäß den amtlichen Bevölkerungsvorausrechnungen für Bayern ist mit einem weiteren Anstieg der Geburtenzahl bis zum Jahr 2023 zu rechnen, anschließend mit einem Rückgang, so dass sich zum Ende des Prognosezeitraums im Jahr 2035 die Geburtenzahl wieder auf dem Niveau des Jahres 2016 befinden wird. Ein überproportional starker Anstieg der Geburtenzahl ist dabei für den Regierungsbezirk Oberbayern (und damit insbesondere für München) zu erwarten, weil für diese Region eine Zunahme der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter erwartet wird (+7 %), während die Zahl der gebärfähigen Frauen in Bayern insgesamt bis zum Jahr 2035 weiter sinken wird. Die Nachfrage nach Hebammenleistungen wird sich damit – auf Basis der Geburtenzahlen – voraussichtlich regional unterschiedlich entwickeln.

7. Maßnahmen zur Verbesserung der Hebammenversorgung schlagen die AutorInnen der Studie in vier Bereichen vor: a. Eine aktuelle, regionale und vollständige Erfassung der freiberuflich tätigen Hebammen durch die Verpflichtung der freiberuflich tätigen Hebammen zu einer regelmäßigen, beispielsweise jährlichen, Meldung bei den Gesundheitsämtern inklusive der Erfassung von Beschäftigungsumfang und angebotenen Leistungen. b. Einrichtung kommunaler Stellen zur Vermittlung von Hebammen nach dem Vorbild des „Hebammen Netzwerks“ in Sachsen. c. Ausweitung der Zahl der Ausbildungsplätze, z.B. durch ein größeres finanzielles Engagement bei den Berufsfachschulen oder durch eine finanzielle Förderung von Klinikträgern, die sich in der Hebammenausbildung engagieren. d. Ausweisung von Geburtszentren in der Krankenhausplanung anhand von Mindestfallzahlen, Personaluntergrenzen, Vorhaltung geeigneter Strukturen zur Frühgeborenenversorgung oder durch das Vorhandensein einer pädiatrischen Abteilung. Als Folge würden diese Kliniken vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen und könnten Zentrenzuschläge erhalten. Damit könnte eine gewisse Zentralisierung mit dem Ziel ermöglicht werden, vorhandene (begrenzte) Hebammenkapazitäten standortbezogen stärker zu konzentrieren, so dass die Arbeits- und Betreuungsbedingungen dort attraktiver werden. Einen weiteren Ansatzpunkt, die Geburtshilfe für Hebammen attraktiver zu machen, bietet schließlich das Konzept eines hebammengeleiteten Kreißsaals.

5. Die finanzielle Situation der Hebammen

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung lag die durchschnittliche Abrechnungssumme bei rund 28.465 Euro je Hebamme für das Jahr 2010. Je betreuter Frau lässt sich für Geburtshilfe und Wochenbett in der GKV eine Vergütung gemäß dem damaligen Gebührenvertrag von maximal 1.156 Euro errechnen. Für die private Krankenversicherung (PKV) wurden durchschnittliche Ausgaben für Hebammenhilfe von 1.242 Euro je Versicherte im Jahr 2010 ermittelt. Angesichts der höheren „Preise“ in der PKV legt der ermittelte Wert nahe, dass die privat versicherten Frauen mengenbezogen deutlich weniger Hebammenleistungen in Anspruch genommen haben, als es maximal möglich gewesen wäre, verglichen mit der Inanspruchnahme in der GKV. Aufgrund der Vergütungserhöhungen in den letzten Jahren (im September 2015 um 5 Prozent, im Januar 2013 um 13 Prozent) dürfte der Verdienst zwischenzeitlich gestiegen sein.¹³

Die Prämie für die DHV-Gruppenhaftpflichtversicherung mit freiberuflicher Geburtshilfe (ohne Vorschäden) hat sich zwischen 2007 und 2016 von 1.587 Euro auf 6.843 Euro erhöht.¹⁴ Vor allem für Hebammen, die nur wenige Geburten im Jahr betreuen, stellen die Kosten für die Haftpflichtversicherungsprämie eine große finanzielle Belastung dar, da diese durch die Leistungsvergütung nur schwer erwirtschaftet werden konnten. Für Geburtshilfeleistungen seit dem 1. Juli 2015 erhalten Hebammen, die die notwendigen Qualitätsanforderungen erfüllen, auf Antrag einen Sicherstellungszuschlag (§ 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Der Sicherstellungszuschlag wird seit Januar 2016 ausgezahlt und deckt etwa zwei Drittel bis drei Viertel der Haftpflichtprämie.¹⁵ Darüber hinaus können Kranken- und Pflegekassen die auf sie übergegangenen Ersatzansprüche aufgrund von Behandlungsfehlern gegenüber einer freiberuflich tätigen Hebamme nur noch geltend machen, wenn der Behandlungsfehler vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde. Damit werden diese Ersatzansprüche jetzt von der Solidargemeinschaft getragen und müssen nicht von den Haftpflichtversicherungen übernommen werden.

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Hebammenhilfe – also für die Leistungen freiberuflicher Hebammen – sind zwischen 2008 und 2016 von 332,3 Mio. Euro auf 569,6 Mio. Euro angestiegen. Dies entspricht einem Plus von 71 Prozent.¹⁶

Mit dem im Bayerischen Kabinett am 08.05.2018 beschlossenen Hebammenbonus werden die in der Geburtshilfe in Bayern tätigen freiberuflichen Hebammen bei ihrer Arbeit finanziell unterstützt. Die Prämie wird erstmals im Oktober 2018 an alle im Jahr 2017 freiberuflich in der Geburtshilfe in Bayern tätigen Hebammen ausgezahlt, die eine Mindestzahl von vier Geburten pro Jahr nachweisen. Anspruchsberechtigt sind auch angestellte Hebammen, wenn diese neben ihrer Festanstellung noch freiberuflich in der Geburtshilfe tätig sind. Der Hebammenbonus

¹³ LT-Drs. 17/18113

¹⁴ BT-Drs. 18/12191

¹⁵ BT-Drs. 18/13401

¹⁶ BT-Drs. 18/12191

beträgt 1.000 Euro pro Jahr, ist eine sogenannte Billigkeitsleistung ohne Rechtsanspruch im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel und bis zum Jahr 2021 begrenzt.¹⁷

Anfang Dezember 2018 hat der Bayerische Ministerrat die Einführung einer Niederlassungsprämie beschlossen. Mit dieser einmaligen Prämie in Höhe von 5.000 Euro soll freiberuflichen Hebammen der Berufseinstieg erleichtert werden. Es sollen dadurch mehr Hebammen als bisher für eine freiberufliche Tätigkeit in Bayern gewonnen und so das Angebot an Hebammenleistungen, insbesondere in der Geburtshilfe und der Wochenbettbetreuung, verbessert werden.¹⁸

6. Probleme und Lösungsansätze in der geburtshilflichen Versorgung

Finanzielle Fehlanreize

Für komplikationslose reguläre Geburten können Krankenhäuser in Bayern im Jahr 2018 Euro 1.953 abrechnen, für einen Kaiserschnitt ohne Komplikationen hingegen Euro 3.057. Die Einbindung der Geburtshilfe in das Fallpauschalensystem – so die Kritik – habe Anreize für medizinisch unnötige Eingriffe geschaffen, da zusätzliche individuelle Behandlungen als additive abrechenbare Leistungen die Einnahmen der Kliniken erhöhen. Das geschehe in der Geburtsmedizin mittels routinemäßig durchgeführten Interventionen wie Wehenmittel zur Einleitung und Geburtsforcierung, Sprengung der Fruchtblase, Schmerzbehandlung wie Periduralanästhesie (PDA), Damm- und Kaiserschnitten.¹⁹

Tatsache ist, dass die durchschnittliche Kaiserschnitttrate von 15 Prozent im Jahr 1999 auf rund 32 Prozent im Jahr 2016 gestiegen ist.²⁰ Die Rate der Frühgeburten ist in Deutschland mit 8,6% eine der höchsten in Europa.²¹ KritikerInnen sehen im bestehenden DRG-System einen finanziellen Anreiz der Krankenhäuser zur vorzeitigen Durchführung von Frühgeburten. Kinder mit niedrigerem Geburtsgewicht können mit höheren Tagespauschalen abgerechnet werden. Längere Liegezeiten für Frauen mit Frühgeburtsrisiko seien hingegen unterfinanziert. Außerdem könnten durch frühzeitige Untersuchungen und Behandlungen die Risiken für Frühgeburten deutlich reduziert werden.²²

Die oft formulierte Hypothese, Kaiserschnitte seien für Kliniken monetär besonders lohnend, ließ sich in einer Untersuchung jedoch nicht bestätigen – das fallpauschalierende Vergütungssystem steht einer Quersubventionierung eher entgegen.²³ Möglicherweise kann in kleineren Belegabteilungen die optimale Betreuung einer schwierigen Geburtssituation nicht zu allen Zeiten gewährleistet werden und eine Kaiserschnittentbindung erscheint dann als der sichers-

¹⁷ Hebammenbonusrichtlinie des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege Az. 32a-G8571.88-2017/10-76 (AllMBl. S. 564)

¹⁸ Pressemitteilung der Bayerischen Staatsregierung vom 26. Dezember 2018

¹⁹ BT-Drs. 19/4283

²⁰ BT-Drs. 18/12767

²¹ www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/article/947694/weltfruehgeborenenentag-anzahl-fruehchen-sieht-deutschland-alt.html.

²² Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. vom 6. Mai 2014

²³ Kolip, P., Nolting, D., Zich, K: Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh, 2012.

te Geburtsweg. Bayern hat mit die höchsten Kaiserschnitttraten aller Bundesländer. So sind Kaiserschnittentbindungen in Belegabteilungen häufiger als in Hauptfachabteilungen. Die Bedeutung von Belegabteilungen an der geburtshilflichen Versorgung wiederum variiert in den verschiedenen Regionen Deutschlands erheblich. Dies erklärt einen Teil der regionalen Unterschiede in der Kaiserschnitttrate: Ein höherer Versorgungsanteil von Belegfachabteilungen geht in vielen Regionen auch mit einem höheren Kaiserschnittniveau einher.

Finanzielle Defizite von Geburtshilfeabteilungen

Seit 1991 ist die Zahl der Kreißsäle um 40 Prozent gesunken. In den vergangenen zehn Jahren kam es zur Schließung insbesondere kleinerer Entbindungsstationen, von 880 im Jahr 2006 auf 690 im Jahr 2016.²⁴ Auf kleineren Geburtshilfeabteilungen mit weniger als rund 500 Geburten pro Jahr lastet durch das Abrechnungssystem der Fallpauschalen ein besonderer wirtschaftlicher Druck – und zwar unabhängig von der geleisteten Qualität. Große Geburtshilfeabteilungen hingegen werfen – ebenfalls unabhängig von der erbrachten Qualität – meist Profit ab.²⁵

In der zweiten Säule des „Förderprogramms Geburtshilfe“ der Bayerischen Staatsregierung sollen Landkreise und kreisfreie Städte, die zumindest teilweise dem ländlichen Raum zuzuordnen sind, 85 Prozent der Summe erhalten, mit der sie das Defizit einer in ihrem Gebiet gelegenen Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe ausgleichen (maximal 1 Mio. Euro pro Jahr). Voraussetzung ist, dass das jeweilige Krankenhaus zwischen 300 und 800 Geburten pro Jahr betreut und dabei mindestens die Hälfte der Geburten in der Kommune abdeckt. Dabei wird die Zahl der Geburten im Krankenhaus (unabhängig davon, woher die Mutter stammt) verglichen mit der Zahl der im Landkreis neu angemeldeten Säuglinge (unabhängig davon, wo die Kinder geboren wurden). Zusätzlich sollen die Krankenhäuser die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA für die Geburtshilfe erfüllen.

Sicherstellungszuschläge können für Krankenhäuser vereinbart werden, wenn die Vorhaltung von stationären Leistungen aufgrund des geringen Versorgungsbestandes und -bedarfs nicht kostendeckend finanzierbar ist, die Leistungen aber zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung bei einem Krankenhaus notwendig sind.²⁶ Seit Mai 2018 können Sicherstellungszuschläge für die Vorhaltung einer Fachabteilung für Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe vereinbart werden.²⁷ Davor war die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nur für eine Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, möglich. Ein Sicherstellungszuschlag wird nur dann gezahlt, wenn innerhalb der Geburtshilfe bestimmte Qualitätsstandards erfüllt werden. Um diese bundesweit einheitlich bestimmen und überprüfen zu können, hat der G-BA sogenannte planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Geburtshilfe und Gynäkologie beschlossen, welche den Änderungen der Sicherstellungs-Regelungen zugrunde liegen. Eine flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe ist als gefährdet einzustufen, wenn durch die Schließung des betreffenden Krankenhauses in dünn besiedelten Gebieten Pkw-Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten notwendig sind, um bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen. Mit dem Sicherstellungszuschlag können nur Defizite aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs ausgeglichen werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schätzt

²⁴ BT-Drs. 19/1924

²⁵ BT-Drs. 19/4283

²⁶ BT-Pl. 18/230

²⁷ Gemeinsamer Bundesausschuss: Pressemitteilung vom 19. April 2018.

in einer Stellungnahme den Sicherstellungszuschlag für Geburtshilfeabteilungen als weitgehend wirkungslos ein.

Personalmangel in der Geburtshilfe

Aktuell sind nur knapp 50 % der freiberuflichen Hebammen und Entbindungspfleger in Bayern in der Geburtshilfe tätig, und das bei stetig steigenden Geburtenzahlen. Viele Hebammen denken aufgrund der gestiegenen Arbeitsbelastung an eine Aufgabe des Berufs oder haben dies bereits getan. 60 % der Kliniken in Bayern arbeiten mit freiberuflich tätigen Beleghebammen. Seit 2017 mussten mehrere Geburtshilfestationen ihren Betrieb aufgrund fehlender Hebammen bzw. Entbindungspfleger einstellen.²⁸

Der Personalmangel in der Geburtshilfe kann insbesondere in Ballungszentren mit hohen Lebenshaltungskosten, hohen Geburtenraten und einem hohen Anteil an mitversorgten Geburten aus dem Umland zu akuten Versorgungsengpässen führen. Dies war z.B. in München im Jahr 2014 der Fall.²⁹ Damals mussten von den Münchner Kliniken insgesamt 587 Schwangere abgewiesen werden, was 2,8% der 21.295 Geburten im Jahr 2014 entspricht. Dabei scheinen nicht die räumlichen Kapazitäten das Problem gewesen zu sein, sondern der Mangel an Personal, der nicht den vollen Betrieb der vorhandenen Kapazitäten ermöglicht. Die Fachabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe in Münchner Kliniken waren im Jahr 2015 zu 69,9 Prozent ausgelastet, was deutlich unter dem in der Krankenhausplanung üblichen Zielwert von 80% liegt.

In der ersten Säule des „Förderprogramms Geburtshilfe“ der Bayerischen Staatsregierung sollen Landkreise und kreisfreie Städte bis zu 40 Euro pro Neugeborenem erhalten. Förderfähig sind alle Maßnahmen und Projekte, die die geburtshilfliche Hebammenversorgung sowie die Wochenbettbetreuung durch Hebammen und Entbindungspfleger stärken und sichern. Dafür stehen jährlich 5 Mio. Euro zur Verfügung. Förderfähige Maßnahmen können zum Beispiel sein: Werbemaßnahmen zur Personalgewinnung; Einrichtung von Vermittlungszentralen für die Geburtsbegleitung; Einrichtung von Koordinierungsstellen oder eines Hebammennotfalldienstes für kurzfristig auftretende Bedarfslagen in der Geburtshilfe oder der Wochenbettbetreuung; Bezuschussung von Wohnraumkonzepten; Finanzierung von Personal- und Sachkosten beim Landkreis oder der kreisfreien Stadt oder im Krankenhaus zur Durchführung von Maßnahmen zur Erreichung des Förderzwecks; Verträge mit Hebammen zur Organisation einer mobilen Reserve für die Geburtshilfe oder die Wochenbettbetreuung; Weitergabe der Mittel an Hebammen, wenn sich diese im Gegenzug verpflichten, für einen angemessenen Zeitraum und zeitlichen Umfang im Landkreis oder der kreisfreien Stadt für die Tätigkeit in der Geburtshilfe oder der Wochenbettbetreuung zur Verfügung zu stehen. Eine Eigenbeteiligung von 10 Prozent der Projektkosten durch den Landkreis oder die kreisfreie Stadt ist obligatorisch.

Eine Möglichkeit der Personalgewinnung in der Geburtshilfe wäre ein finanzieller Anreiz durch die Übernahme der Haftpflichtprämien von Beleghebammen oder Belegärzten. Dazu gab und gibt es allerdings Zweifel, ob dadurch nicht der Tatbestand der Korruption im Gesundheitswesen (§§ 299a f. des Strafgesetzbuchs) erfüllt wäre. Gemäß einer Antwort der Bundesregierung auf eine schriftliche Frage müsste dafür aber die Verknüpfung einer unlauteren Bevorzugung

²⁸ Hebammenbonusrichtlinie des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege Az. 32a-G8571.88-2017/10-76 (AllMBl. S. 564)

²⁹ LT-Drs. 17/16296

im Wettbewerb und dem Vorteil im Sinne eines Gegenleistungsverhältnisses – eine sogenannte „Unrechtsvereinbarung“ – vorliegen.³⁰ Auf die Übernahme der Haftpflichtprämien bezogen bedeutet das, dass Vergütung und zusätzlich die Übernahme der Haftpflichtprämien grundsätzlich keinen Anhaltspunkt für das Vorliegen einer Unrechtsvereinbarung sein können, wenn sie sich als angemessenes Entgelt darstellen. Wenn allerdings mit der Übernahme der Haftpflichtprämie die Zuweisung an das Krankenhaus selbst vergütet werden soll, wäre von einer Unrechtsvereinbarung auszugehen. Ob diese Voraussetzungen vorliegen, kann nur unter Berücksichtigung der Umstände des jeweiligen Einzelfalls beurteilt werden.

7. Konzepte und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der geburtshilflichen Versorgung

Hebammengeleitete Kreißsäle

Bei dem in Bayern praktizierten Modell eines hebammengeleiteten Kreißsaals handelt es sich um ein besonderes akutstationäres Versorgungskonzept in einem eigens dafür ausgewiesenen Kreißsaal einer Klinik oder im selben Kreißsaal einer Klinik wie alle Geburten. In diesem Modell wird die Geburt eigenverantwortlich durch eine Hebamme innerhalb einer geburtshilflichen Abteilung eines Krankenhauses geleitet. Die Abrechnung erfolgt wie jede Geburt im Krankenhaus über das Fallpauschalensystem. Zielgruppe sind gesunde Gebärende mit einer niedrigen Risikoeinstufung in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett. Die Schwangere verzichtet bei der Anmeldung zur hebammengeleiteten Geburt ausdrücklich auf die Leitung der Geburt durch einen Arzt. Das Klinikum Nürnberg betreibt seit 2011 einen hebammengeleiteten Kreißsaal. Die im hebammengeleiteten Kreißsaal tätigen Hebammen sind in der Klinik angestellt. Ein Arzt wird nur in den Fällen zugezogen, in denen dies nach gemeinsam in der Klinik entwickelten Kriterien erforderlich ist oder die Entbindende dies wünscht. Es erfolgt eine 1:1-Betreuung durch die diensthabende Hebamme. Nicht angeboten wird eine Betreuung durch dieselbe Hebamme vor, während und nach der Geburt. Abgerechnet wird die Geburt mit der Fallpauschale für vaginale Entbindungen ohne komplizierende Diagnose.³¹ Insgesamt gibt es in Deutschland derzeit 13 hebammengeleitete Kreißsäle.³²

Geburtshäuser

Bei Geburtshäusern handelt es sich um von Hebammen betriebene selbstständige und außerklinische Einrichtungen zur Betreuung von Geburten. Nach Angaben des Netzwerkes der Geburtshäuser e. V. gibt es in Bayern aktuell 19 Geburtshäuser. Die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. ermittelt durch Befragungen von Hebammen und Geburtshäusern die Zahl der Geburten, die außerklinisch begonnen wurden. Im Jahr 2015 sind demnach 1.451 Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen begonnen worden und 987 Hausgeburten.³³

³⁰ BT-Drs. 18/11553

³¹ LT-Drs. 17/17441

³² Wissenschaftliche Dienste des Bundestages Sachstand WD 9 - 3000 - 079/16

³³ LT-Drs. 17/17441

Weiterentwicklung der Hebammenausbildung

Die Hebammenausbildung muss aufgrund von EU-Vorgaben bis zum 18. Januar 2020 novelliert werden. Aufgrund einer Änderung der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen im Jahr 2013 wurde die Zugangsvoraussetzung zur Hebammenausbildung von einer zehnjährigen allgemeinen Schulausbildung auf die zwölfjährige allgemeine Schulausbildung angehoben. Darüber hinaus wurden die Anforderungen an die durch die Ausbildung zu vermittelnden Kenntnisse und Fähigkeiten von Hebammen erhöht. So sollen zukünftig von einer ausgebildeten Hebamme unter anderem genaue Kenntnisse der Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebammen beruhen, erwartet werden. Der Koalitionsvertrag auf Bundesebene sieht vor, dass die Hebammenausbildung zu einem akademischen Beruf wird. Die Hebammenausbildung wird daher zukünftig auf ein hochschulisches Niveau angehoben. Sie soll aber nicht als rein wissenschaftliches Studium ausgestaltet werden. Die Ausbildung soll, wie bisher auch, über einen hohen Praxisanteil verfügen. Die Akademisierung soll die Hebammenausbildung attraktiver machen und das Berufsbild weiterentwickeln. Zur Novellierung der Hebammenausbildung hat das Bundesministerium für Gesundheit ein Bund-Länder-Begleitgremium eingesetzt.³⁴

Mindestpersonalregelungen

Gemäß seiner EntschlieÙung vom 23. März 2018 „Die Situation der Pflege durch Pflegepersonaluntergrenzen spürbar verbessern“ erwartet der Bundesrat von der Bundesregierung, dass durch die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen auch für die Hebammenbetreuung im Kreißaal und auf Wöchnerinnenstationen angemessene Personalschlüsselzahlen verbindlich festgesetzt werden.³⁵

Aktuelle Planungen des Bundesministeriums für Gesundheit

Gemäß einem Eckpunktepapier vom 2. Januar 2019 plant das Bundesministerium für Gesundheit folgende Maßnahmen zur Stärkung der Geburtshilfe:³⁶

1. Ein Gutachten zur stationären Hebammenversorgung soll die notwendigen Informationsgrundlagen über die Situation der stationären Geburtshilfe schaffen, die Ursachen möglicher Versorgungseingpässe analysieren und Maßnahmen für die Verbesserung der Versorgung entwickeln.
2. Stationär arbeitende Hebammen und Entbindungspfleger sollen in das im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vorgesehene Programm zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf einbezogen werden. Durch zusätzliche Kinderbetreuungsmöglichkeiten soll die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Hebammen verbessert werden, da diese in der Geburtshilfe eine besondere Herausforderung darstellt.
3. Die beim Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegende Vertragspartnerliste mit allen verfügbaren Hebammen soll zur Hebammensuche zugängliche gemacht werden.

³⁴ BT-Pl. 18/51

³⁵ BR-Drs. 48/18

³⁶ https://www.dkgev.de/media/file/107291.Anlage_BMG_Eckpunktepapier_Sofortmassnahmen_zur_Staerkung_der_Geburtshilfe.pdf

4. Die Rückkehr von Hebammen, die ihren Beruf schon längere Zeit nicht mehr ausüben, soll durch Weiterbildungsmaßnahmen, Öffentlichkeitsarbeit und Informationen über bestehende Instrumente zur Förderung des Wiedereinstiegs erleichtert werden.

5. Die Hebammenausbildung soll vollständig akademisiert werden, um den gestiegenen Anforderungen an den Hebammenberuf gerecht zu werden und die einschlägigen EU-Vorgaben umzusetzen. Das zukünftige Hebammenstudium soll sich an dem dualen Studium orientieren und einen hohen Praxisanteil aufweisen.

8. Forderungen von Verbänden und politischen Gruppierungen

Forderungen von Verbänden

Der *Bayerische Hebammen Landesverband* hat in seinem Wahlprüfstein zur Landtagswahl 2018 folgende Forderungen aufgestellt und die Parteien zu einer entsprechenden Stellungnahme eingeladen:

→ Entwicklung, Einrichtung und Förderung von wohnortnahen geburtshilflichen Modellprojekten

→ Entwicklung eines Personalbemessungsinstrumentes für die Hebammenbetreuung in der Geburtshilfe

→ Erhalt des Belegsystems

→ Gelder aus dem Förderprogramm der Staatsregierung sollen Beleghebammenteams in kleinen geburtshilflichen Abteilungen unterstützen.

→ Unterstützung bei der Konzeptentwicklung für die ambulante Hebammenversorgung mit Hilfe der Fördergelder aus dem Programm der Staatsregierung

→ Fristgerechte Umsetzung der EU-Richtlinie zur Berufsanerkennung und die sofortige Finanzierung von drei Modellstudiengängen in Bayern, um den Nachwuchs der Hebammen sicher zu stellen

→ Übergangsregelungen für die jetzt arbeitenden und die aktuell lehrenden Hebammen im Zusammenhang mit der Umsetzung der EU-Richtlinie zur Berufsanerkennung

Die *Bundeselterninitiative Mother Hood e. V.* engagiert sich dafür, „dass Frauen und Kinder auch in Zukunft eine unbeschwerte und sichere Schwangerschaft, eine optimal begleitete Geburt und eine gute Betreuung danach erleben können“.³⁷ Mother Hood hat in seinem Wahlprüfstein zur Landtagswahl 2018 folgende Forderungen erhoben:

→ einen guten Betreuungsschlüssel (1:1) unter der Geburt

→ Maßnahmen für entsprechende personelle und strukturelle Kapazitäten in den Kliniken

³⁷ <https://www.mother-hood.de/ueber-uns/der-verein.html>

- Sicherung einer flächendeckenden Hebammenversorgung während Schwangerschaft und Wochenbett
- Umsetzung der Istanbul-Konvention zur “Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen” in Bezug auf Gewalterfahrungen unter der Geburt
- Einbezug der Elterninteressen in die strukturellen Planungen zur Geburtshilfe
- Maßnahmen gegen den Kinderärztemangel

Forderungen von politischen Gruppierungen

Im Rahmen ihres Gesetzentwurfs zur Novellierung des Bayerischen Krankenhausgesetzes hat die *SPD-Fraktion im Bayerischen Landtag* Mindestpersonalregelungen auch für die Betreuung durch Hebammen in Kreißsälen und auf Wöchnerinnenstationen gefordert.³⁸ Wie in der Pflege sollen diese Mindestpersonalzahlen durch Rechtsverordnung der Staatsregierung im Benehmen mit einem erweiterten Krankenhausplanungsausschuss erfolgen. Die Mindestpersonalzahlen sollen auf wissenschaftlicher Grundlage basieren, patientenbezogen und differenziert nach Berufsgruppen, Qualifikationen und Erkrankungsschwere festgelegt werden.

In ihrer Beantwortung der Wahlprüfsteine des Bayerischen Hebammen Landesverbands und von Mother Hood hat die Bayern-SPD folgende weitere Positionen vertreten:

→ Wir werden uns für die bestmögliche Hebammenversorgung einsetzen, wobei wir dabei auch die Kostenentwicklung der Krankenversicherungen und die finanzielle Belastung der BeitragszahlerInnen im Blick haben. Derzeit ist die Schwangeren-Betreuung durch freiberufliche Hebammen besser bezahlt als die eigentliche Geburt. Wir werden uns für Verbesserungen im DRG-System einsetzen, damit die eigentliche Geburt besser bezahlt werden kann. Dann lohnt es sich auch wieder für die Kliniken, vermehrt Geburten durchzuführen und man kann auch Hebammen noch besser bezahlen.

→ Die BayernSPD hält die Entwicklung, Einrichtung und Förderung von geburtshilflichen Modellprojekten z.B. als Geburtshäuser, Hebammenzentren oder hebammengeleitete Kreißsäle für sinnvoll. Auf der Basis der Ergebnisse der von der Bayerischen Staatsregierung in Auftrag gegebenen Untersuchung zur Hebammenversorgung sollten konzeptionelle Überlegungen zur Sicherung einer flächendeckenden Grundversorgung angestellt werden. Insbesondere in Regionen, die von der Schließung einer geburtshilflichen Abteilung betroffen waren, sollten Optionen für neue Versorgungsformen in Form von Modellprojekten geprüft werden.

→ Die BayernSPD wird sich in der nächsten Legislaturperiode auf Landesebene vor allem dafür einsetzen, dass die Anzahl der Plätze in der Hebammenausbildung erhöht wird. Klinikträger, die sich in der Hebammenausbildung engagieren, sollen von Freistaat gezielt finanziell gefördert werden. Wir wollen, dass das bayerische Gesundheitsministerium in seiner Krankenhausplanung Geburtszentren mit speziellen Qualitätsanforderungen ausweist. Diese Zentren sollen Zuschläge erhalten und von den Fixkostendegressionsabschlägen befreit werden. Dadurch

³⁸ LT-Drs. 17/21463

könnten große städtische Geburtshilfekliniken bessere Arbeits- und Betreuungsbedingungen anbieten.

→ Bayern nimmt in der Hebammenversorgung in Deutschland eine Sonderstellung ein, weil mehr als die Hälfte aller werdenden Mütter und neugeborenen Kinder durch Beleghebammen in geburtshilflichen Abteilungen betreut werden. Soweit und solange dies den Präferenzen aller Beteiligten entspricht und einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Hebammenleistungen nicht entgegensteht, kann und soll das Belegsystem erhalten werden. Wir weisen allerdings auch darauf hin, dass von der Problematik von steigenden Haftpflichtprämien nur die selbstständigen, nicht aber die an Krankenhäusern angestellte Hebammen betroffen sind.

→ Die BayernSPD unterstützt die Forderung nach einer zügigen Umsetzung der EU-Richtlinie zur Berufsankennung und der Einrichtung von Modellstudiengängen für Hebammenkunde in Bayern. Voraussetzung dafür sind allerdings Planungsüberlegungen zum konkreten mittel- und langfristigen Bedarf an Hebammenleistungen und Ausbildungsplätzen.

→ Die BayernSPD hält Übergangsregelungen im Zusammenhang mit der EU-Richtlinie zur Berufsankennung für sinnvoll. Es muss sichergestellt werden, dass die beabsichtigten positiven Effekte der Richtlinie (weitere Professionalisierung des Hebammenberufs, Verbesserung der Gehaltssituation) erreicht werden können, ohne berufserfahrene Hebammen zu benachteiligen oder auf deren Kompetenzen und Erfahrungen zu verzichten.

Eine Kernforderung der *Fraktion der Freien Wähler im Bayerischen Landtag* ist die Einrichtung eines Haftungsfreistellungsfonds für freiberufliche Hebammen auf Bundesebene.³⁹ Ein derartiger Fonds soll Hebammen, die angemessen haftpflichtversichert waren, von der Haftung mit ihrem Privatvermögen freistellen. Es sollen fallbezogene Haftungshöchstgrenzen für Hebammen festgesetzt werden. Darüber hinaus gehende Ansprüche der Geschädigten soll der Fonds übernehmen. Die Finanzierung soll über die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, die Haftpflichtversicherer sowie steuerfinanzierte staatliche Zuschüsse erfolgen. Die Freien Wähler halten den Sicherstellungszuschlag zur Haftpflichtversicherung für freiberufliche Hebammen mittelfristig für nicht ausreichend. Die Regressbegrenzung wird nach Ansicht der Freien Wähler häufig zu teuren Gerichtsverfahren zur Klärung der Verschuldensfrage führen. Die SPD-Fraktion hielt die Forderung nach einem Haftungsfreistellungsfonds für nicht sachgerecht und hat sich im Gesundheitsausschuss der Stimme enthalten. Kritisiert wurde an einem Haftungsfreistellungsfonds auch, dass es nicht sinnvoll sei, völlig auf eine Haftung zu verzichten, weil das zu Lasten der Qualität der Leistungserbringung gehen könnte.

Eine weitere Forderung der Fraktion Freien Wähler bezieht sich auf das Kriterium der Erreichbarkeit als Bestandteil der Krankenhausplanung.⁴⁰ Demnach soll die Krankenhausplanung so adaptiert werden, dass eine Geburtshilfeabteilung mit dem PKW in höchstens 20 Minuten erreicht werden kann. Der entsprechende Dringlichkeitsantrag wurde von allen anderen Fraktionen abgelehnt. Die Krankenhausplanung könne die Ursachen der Schließung von Geburtshilfeabteilungen nicht beheben und auch nicht gewährleisten, dass dort ausreichend Personal zur Verfügung stehe. Das Kriterium der Mindesterreichbarkeit müsse in den Krankenhausplänen

³⁹ LT-Drs. 17/12171

⁴⁰ LT-Drs. 17/20794

für alle Versorgungsstufen ergänzt mit den Parametern des Regionalbedarfs und der Bevölkerungszahl aufgenommen werden.

Weitere Forderungen der Freien Wähler beziehen sich auf eine forcierte Akademisierung der Hebammenausbildung, die Einrichtung kommunaler Vermittlungsstellen, höhere Vergütungen durch die gesetzlichen Krankenkassen sowie auf Anreize für freiberuflich tätige Hebammen, die Praxisgründung im ländlichen Raum interessant zu gestalten.⁴¹

In ihrer Beantwortung der Wahlprüfsteine des Bayerischen Hebammen Landesverbands und von Mother Hood haben die Freien Wähler folgende Forderungen vertreten: unbürokratische Abrechnung mit den Krankenkassen; Haftungsfreistellungsfonds; Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments, um die bedarfsgerechte Versorgung von Schwangeren wissenschaftlich festzustellen; Erhalt des Belegsystems für Hebammen; Akademisierung der Hebammenausbildung; flächendeckende und wohnortnahe Versorgung durch Geburtshilfeabteilungen wobei wirtschaftliche Überlegungen nicht im Mittelpunkt stehen dürfen; Überprüfung und Überarbeitung der Fallpauschalen-Finanzierung; Erhöhung der Investitionskostenfinanzierung für Krankenhäuser.

Die *CSU-Fraktion im Bayerischen Landtag* hat die Staatsregierung dazu aufgefordert, sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass Kranken- und Pflegekassen ihre Regressforderungen gegenüber den in der Geburtshilfe tätigen Belegärzten auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränken. Dies soll analog der Regelung für freiberufliche Hebammen geschehen.⁴² Die CSU-Fraktion begründet das Petikum damit, dass die Haftpflichtprämien für Belegärzte kontinuierlich ansteigen und zum Teil bereits bei über 60.000 Euro pro Jahr liegen. Demnach sehen sich die in der Geburtshilfe tätigen Belegärzte vermehrt mit dem Problem konfrontiert, dass sie über ihre Arbeit in der Geburtshilfe die anfallenden Haftpflichtkosten kaum noch finanzieren können. Dies habe weitreichende Folgen für die medizinische Versorgung: so lassen sich immer weniger Nachfolger für belegärztlich tätige Frauenärzte im Bereich Geburtshilfe finden. Zudem sehen sich Kliniken zunehmend gezwungen, ihre geburtshilflichen Abteilungen zu schließen. Im aktuellen Koalitionsvertrag auf Bundesebene wurde vereinbart, die Finanzierungsgrundlagen für das Belegarztwesen zu überprüfen. Der Gesundheitsausschuss des Bayerischen Landtags hat dem Antrag einstimmig zugestimmt.

In ihrer Beantwortung der Wahlprüfsteine des Bayerischen Hebammen Landesverbands und von Mother Hood hat die CSU folgende weitere Positionen vertreten: rechtliche Klarstellungen bei der Übernahme von Haftpflichtversicherungsprämien durch die Krankenhäuser; Möglichkeit, die Haftpflichtversicherungsprämie durch eine gesetzliche Pflichtversicherung für alle Gesundheitsberufe oder eine Versicherung bei öffentlich-rechtlichen Institutionen zu reduzieren.

Die *Fraktion der Grünen im Bayerischen Landtag* forderten die Staatsregierung dazu auf, in Zusammenarbeit mit den Universitätskliniken und gegebenenfalls weiteren Geburtskliniken insbesondere in München ein Konzept für Unterstützung und den Ausbau von hebammengeleiteten Kreißsälen zu entwickeln.⁴³

⁴¹ LT-Drs. 17/23783, LT-Drs. 17/13308

⁴² LT-Drs. 17/22381

⁴³ LT-Drs. 17/16834

In ihrer Beantwortung der Wahlprüfsteine des Bayerischen Hebammen Landesverbands und von Mother Hood haben Bündnis90/Die Grünen in Bayern folgende Positionen vertreten: Förderprogramm für Hebammen mit den Elementen Förderung der Hebammen-Niederlassung und Gründung der Hebammenpraxen, Wohnungszuschüsse und Stipendien für Hebammen; Akademisierung verbunden mit angemessener Bezahlung und mehr Kompetenzen; echte Aufstiegs- und Karrierechancen sowie Möglichkeiten hochschulischer Hebammenausbildung in Bayern inkl. Hebammen-Lehrstühle in der Forschung; Digitalisierung und Entbürokratisierung vorantreiben, um Dokumentationsaufwand sinnvoll zu senken; systematische Erhebung von Daten zum Hebammenmangel sowie auch zum Bedarf an Ausbildungsplätzen in Bayern, um gezielte Steuerung und Planung der Ausbildungsangebote zu ermöglichen; Förderung der hebammengeleiteten Kreißsäle in Kliniken; bedarfsgerechte Sicherung der Kapazitäten bzw. Geburtshilfe-Abteilungen durch einen Sicherstellungszuschlag; schnellere Anerkennung der Qualifikationen von ausländischen Fachkräften, falls sie notwendige Qualifikation mitbringen, bzw. Angebote der Zusatzausbildung erweitern;