

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Nicola Beer, Katja Suding, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/11271 –

Geburtshilfliche Rahmenbedingungen und Hebammenausbildung

Vorbemerkung der Fragesteller

Deutschland freut sich über kontinuierlich steigende Geburtenzahlen (www.zeit.de/wissen/2018-07/geburten-deutschland-anstieg-2018). Den nun schon jährlich fast 800 000 Geburten stehen jedoch immer weniger geburtshilfliche Angebote in Kliniken zur Verfügung. Seit 1991 wurden bundesweit 40 Prozent der Geburtshilfeinrichtungen geschlossen, das entspricht einem Rückgang um 40 Prozent (www.aerzteblatt.de/nachrichten/73192/Zahl-der-Geburtsstationen-in-Krankenhaeusern-zurueckgegangen). Über 95 Prozent der Geburten finden in Kliniken statt (www.mother-hood.de/fileadmin/user_upload/Medien/Dokumente/MH_10-Punkte-Plan_L%C3%B6sungsans%C3%A4tze_f%C3%BCr_eine_sichere_Geburtshilfe_180706_09.pdf, S. 8). In der internationalen Literatur evidenzbasiert nachgewiesen, korreliert die Anzahl ärztlicher Geburtshelfer und die Anzahl ausgebildeter Hebammen umgekehrt proportional zur Sectiorate (Zbiri S. et al. Cesarean delivery rate and staffing levels of the maternity unit. PLoS One. 2018 Nov 28;13(11)). Ebenso verhält es sich mit der Anzahl der zur Verfügung stehenden Kreißsäle (Duvillier C. et al. Impact of organizational factors on the cesarean delivery occurrence in a low-risk population. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018 Nov;46(10-11)).

Die Bundeselterninitiative Mother Hood e. V. beschreibt die Situation der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland wie folgt: „Zahlreiche Schließungen geburtshilflicher Angebote der vergangenen Jahre lassen die Anfahrtswege für Schwangere immer länger werden. Frauen erleben die Geburt in überfüllten Kreißsälen und müssen sich eine Hebamme oft mit drei oder mehr Gebärenden teilen. Medizinisch nicht notwendige Routineeingriffe, häufig sogar als Gewalt empfunden, gehören zum Klinikalltag. Der Hebammenmangel in den Kreißsälen und in der großstädtischen hausaufsuchenden Wochenbettversorgung führt dazu, dass Familien nur mit Mühe eine Hebamme für die Betreuung während Schwangerschaft und im Wochenbett finden. Je nach Region sind 20 bis 50 Prozent der Frauen und Neugeborenen im häuslichen Wochenbett gar nicht mehr betreut“ (www.mother-hood.de/fileadmin/user_upload/Medien/Dokumente/MH_10-Punkte-Plan_Lösungsansätze_für_eine_sichere_Geburtshilfe_180706_09.pdf).

Kinder- und Jugendärzte kritisieren, dass der Beruf und auch die Geburtshilfe als System ausgeblutet würden, indem um Kosten zu sparen, Kliniken immer mehr Hebammen kündigen, diese freiberuflich beschäftigen oder Kreißsäle ganz schließen würden mit der Folge, dass es zu Komplikationen während der Geburt kommen kann (www.bvkJ.de/bvkJ-news/pressemitteilungen/news/article/kinder-und-jugendaerzte-warnen-hebammenmangel-gefaehrdet-die-gesundheit-neugeborener).

Aufgrund der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30. September 2005, S. 22; L 271 vom 17. Oktober 2007, S. 18) ist das Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers bis zum 18. Januar 2020 zu novellieren. Das Bundesministerium für Gesundheit hat einen Entwurf für ein Hebammenreformgesetz – HebRefG vorgelegt (www.bundesgesundheitsministerium.de/hebammenreformgesetz.html), das am 6. Juni 2019 in Erster Lesung im Deutschen Bundestag beraten wurde. Das Hebammenreformgesetz sieht vor, dass Hebammenschulen abgeschafft werden und die Länder flächendeckende Hochschulstudiengänge einrichten sollen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Als zentrales gesundheitspolitisches Anliegen ist die medizinische Versorgung von Schwangeren, Müttern und Neugeborenen für die Bundesregierung von besonderer Bedeutung. Hier konnten in den letzten Jahren durch zahlreiche gesetzliche Maßnahmen an vielen Stellen Verbesserungen erreicht werden.

Bereits in der vergangenen Legislaturperiode wurden durch die Einführung eines Sicherstellungszuschlags die Voraussetzungen für eine dauerhafte finanzielle Entlastung der freiberuflich tätigen Hebammen und Entbindungspfleger geschaffen und die Versicherungsprämien durch den gesetzlich geregelten Regressverzicht stabilisiert. Abteilungen für Geburtshilfe können im Rahmen der Unterstützung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser in die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen einbezogen werden. Zur Förderung der ländlichen stationären Strukturen erhalten Krankenhäuser, die die Erreichbarkeits- und Betroffenheitskriterien für einen Sicherstellungszuschlag erfüllen, ab 2019 überdies auch dann 400 000 Euro im Jahr, wenn sie kein Defizit aufweisen. Von dem hierfür bereitgestellten Finanzvolumen in Höhe von rund 50 Mio. Euro können auch die Abteilungen für Geburtshilfe profitieren.

Ferner wurde in Umsetzung des vom Bundesministerium für Gesundheit am 2. Januar 2019 veröffentlichten Eckpunktepapiers „Sofortmaßnahmen zur Stärkung der Geburtshilfe“ im Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) die Einbeziehung der Hebammen und Entbindungspfleger in das Programm zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Unterstützung von Familien bei der Hebammenuche durch die Bereitstellung eines elektronischen Suchverzeichnisses auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbands beschlossen. Mit der Novellierung der Hebammenausbildung wird der Hebammenberuf zukunftsgerecht weiterentwickelt, attraktiver gemacht und die Qualität der Ausbildung verbessert. Zukünftig sollen alle Hebammen akademisch im Rahmen von Regelstudiengängen ausgebildet werden. Das Studium ist als duales Studium ausgestaltet und weist einen weiterhin hohen Praxisanteil auf.

Zudem hat das Bundesministerium für Gesundheit ein Gutachten zur Untersuchung der Versorgungssituation der stationären Hebammenhilfe in Auftrag gegeben, das als Grundlage für die Bestimmung etwaigen weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarfes sowie für die Entwicklung entsprechender Maßnahmen dienen und in der zweiten Jahreshälfte 2019 vorgelegt werden soll. Hinzuweisen ist

in diesem Zusammenhang allerdings darauf, dass die Sicherstellung der bedarfsgerechten stationären Geburtshilfe im Rahmen der Krankenhausplanung kompetenzrechtlich den Ländern obliegt. Diese haben die geburtshilflichen Versorgungsangebote unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsbedarfs angemessen weiterzuentwickeln.

1. Plant die Bundesregierung Maßnahmen, damit die Vorhaltekosten in der Geburtshilfe aufwandsgerecht abgegolten werden?

Wenn ja, welche?

Wenn nein, warum nicht?

Im Rahmen des pauschalierenden Entgeltsystems für Krankenhäuser werden die dort erbrachten medizinischen Leistungen auf der Grundlage empirischer Daten über Leistungen und Kosten von tatsächlich an der Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern kalkuliert und jährlich aktualisiert. In diese Kalkulation fließen auch Vorhaltekosten ein, sofern sie typisch für das Leistungsgeschehen sind. Zudem können Krankenhäuser, die wegen geringer Fallzahlen nicht auskömmlich mit den pauschalierenden Entgelten wirtschaften können, Sicherstellungszuschläge mit den Kostenträgern vereinbaren, sofern kein anderes Krankenhaus in zumutbarer Entfernung die Leistung ohne einen Sicherstellungszuschlag erbringen kann und das gesamte Haus ein Defizit aufweist.

Zur Förderung der stationären Versorgung im ländlichen Raum erhalten Krankenhäuser, welche die Kriterien für den Sicherstellungszuschlag erfüllen, auch ohne ein Defizit zusätzlich jährlich 400 000 Euro. Hierdurch werden deutschlandweit rund 50 Mio. Euro zur Förderung ländlicher Krankenhäuser bereitgestellt, die teilweise wegen geringer Auslastung höhere Vorhaltekosten haben, als Kliniken in dichter besiedelten Regionen.

2. Hat die Bundesregierung Kenntnisse darüber, auf welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen die von der Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage vom 27. April 2019 (Bundestagsdrucksache 19/1924) genannte Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses beruht, dass eine flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe erst gefährdet sei, wenn durch die Schließung in dünn besiedelten Gebieten eine Pkw-Fahrzeit von mehr als 40 Minuten zur nächstgelegenen Klinik notwendig wird?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat vor jeder Beschlussfassung gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die Stellungnahmen bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen. Dieses Stellungnahmeverfahren wurde ordnungsgemäß vor dem Beschluss über die Ergänzung der Regelungen über die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen vom 19. April 2018 durchgeführt. Mit der Ergänzung ist die Einbeziehung der Geburtshilfe bei der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen unter Berücksichtigung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren ermöglicht worden.

Im Rahmen des Anhörungsverfahrens hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe darauf hingewiesen, dass nicht kurze Wege, sondern die Qualität der Versorgung entscheidend für die Sicherheit von Mutter und Kind sind. Hierbei wird auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse des „Runden Tisches Geburtshilfe“ darauf hingewiesen, dass jede Schwangere innerhalb eines Zeitraums von 20 bis maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen können sollte. Die Frage der Erreichbarkeit wurde mit den weiteren Fachgesell-

schaften, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-Spitzenverband, den Vertretungen der Länder und der Patientenvertretung intensiv erörtert. Die Festlegung der 40-Minutenfrist ist als Ergebnis dieser Beratungen und der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz erfolgt.

3. Welche Erkenntnisse hat das Bundesministerium für Gesundheit bezüglich bestehender Versorgungsengpässe der Hebammenversorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich?

Der Bundesregierung liegen keine eigenen Daten vor, die verlässliche Informationen über bestehende Versorgungsengpässe liefern. Verschiedene Länder haben Gutachten in Auftrag gegeben, um die Versorgungslage auf einer soliden Datenbasis beurteilen zu können. Dabei kommt ein Teil der Länder zu dem Ergebnis, dass es keine Probleme bei der Hebammenversorgung gibt. Andere Länder bejahen Engpässe in bestimmten Regionen. Für den stationären Bereich hat das Bundesministerium für Gesundheit Anfang dieses Jahres das in der Vorbemerkung der Bundesregierung genannte Gutachten zur stationären Hebammenversorgung in Auftrag gegeben, das die stationäre Versorgungssituation in Deutschland umfassend darstellen und analysieren soll.

4. Gibt es oder plant die Bundesregierung Maßnahmen, um eine Personalbedarfsermittlung von Hebammen für die vorgeburtliche Betreuung durchzuführen?

Wenn ja, wie soll die Bedarfsermittlung durchgeführt werden?

Wenn nein, warum nicht?

Soll diese bundesweit stattfinden, und wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung plant keine Maßnahmen, um eine Personalbedarfsermittlung von Hebammen für die vorgeburtliche Betreuung durch freiberufliche Hebammen durchzuführen. Nach § 134a Absatz 1 SGB V schließt der GKV-Spitzenverband mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Verbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe. Dabei haben die Vertragspartner den Bedarf an Hebammenhilfe zu berücksichtigen. Ihnen obliegt es damit auch, die notwendigen Maßnahmen zu vereinbaren, um eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe sicherzustellen. Dies können zum Beispiel finanzielle Anreize sein, um die Erbringung bestimmter Leistungen oder die Leistungserbringung in bestimmten Regionen zu fördern. Im Bereich der Schwangerenvorsorge besteht zudem die Besonderheit, dass diese in großem Umfang durch Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erbracht wird.

5. Gibt es oder plant die Bundesregierung Maßnahmen, um eine Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißaal durchzuführen?

Wenn ja, wie soll die Bedarfsermittlung durchgeführt werden?

Wenn nein, warum nicht?

Soll diese bundesweit stattfinden, und wenn nein, warum nicht?

6. Gibt es oder plant die Bundesregierung Maßnahmen, um eine Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißaal durchzuführen?

Wenn ja, wie soll die Bedarfsermittlung durchgeführt werden?

Wenn nein, warum nicht?

Soll diese bundesweit stattfinden, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 5 und 6 werden wegen ihres identischen Wortlauts zusammen beantwortet.

Die Bundesregierung plant aktuell keine Maßnahmen, die auf eine Personalbedarfsermittlung von Hebammen und Entbindungspflegern im Kreißaal gerichtet wären, da es an Erkenntnissen über das Vorliegen eines Hebammenmangels fehlt, welcher sich über eine Personalbedarfsermittlung beheben ließe.

7. Gibt es oder plant die Bundesregierung Maßnahmen, um eine Personalbedarfsermittlung von Hebammen bei außerklinischen Geburten durchzuführen durchzuführen?

Wenn ja, wie soll die Bedarfsermittlung durchgeführt werden?

Wenn nein, warum nicht?

Soll diese bundesweit stattfinden, und wenn nein, warum nicht?

Es wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

8. Gibt es oder plant die Bundesregierung Maßnahmen, um eine Personalbedarfsermittlung von Hebammen bei der nachgeburtlichen Versorgung durchzuführen?

Wenn ja, wie soll die Bedarfsermittlung durchgeführt werden?

Wenn nein, warum nicht?

Soll diese bundesweit stattfinden, und wenn nein, warum nicht?

Es wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

9. Mit welchen Maßnahmen will die Bundesregierung sicherstellen, dass Geburtshilfe mit geburtshilflichen Stationen und außerklinische Angeboten flächendeckend und wohnortnah gewährleistet ist?

Die Aufgabe, eine bedarfsgerechte Versorgung mit ambulanten geburtshilflichen Hebammenleistungen sicherzustellen, hat der Gesetzgeber der Selbstverwaltung, also den Vertragspartnern des Hebammenhilfevertrages, übertragen. Die im TSVG in § 134a SGB V enthaltenen Neuregelungen, mit denen die Vertragspartnerliste gesetzlich verankert und der GKV-Spitzenverband zur Bereitstellung eines elektronischen Suchverzeichnisses verpflichtet wird, tragen dazu bei, die Tätigkeitspotenziale der zur Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigten Hebammen besser auszuschöpfen.

Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung sowie die Antwort zu den Fragen 1, 2 und 4 verwiesen.

10. Wie will die Bundesregierung konkret die im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD angekündigte (Koalitionsvertrag, Zeilen 4633 bis 4634) Überprüfung der Finanzierungsgrundlagen für qualitativ hochwertige Geburtshilfe auch durch Belegärztinnen und Belegärzte Finanzierungsgrundlagen durchführen?
11. Bis wann wird die Bundesregierung die im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD angekündigten (Koalitionsvertrag, Zeilen 4633 bis 4634) Überprüfung der Finanzierungsgrundlagen für qualitativ hochwertige Geburtshilfe auch durch Belegärztinnen und Belegärzte durchführen?

Die Fragen 10 bis 11 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Festlegung und Anpassung der angemessenen Vergütung belegärztlicher Leistungen liegt in der Zuständigkeit des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 121 Absatz 2 bis 4 SGB V. Vor dem Hintergrund der aktualisierten Ergebnisse der vom Institut des Bewertungsausschusses (InBA) durchgeführten Erhebung zu den Haftpflichtversicherungskosten belegärztlicher Gynäkologinnen und belegärztlicher Gynäkologen mit aktiver Geburtshilfe hat der Bewertungsausschuss am 22. Januar 2019 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eine deutliche Anpassung der belegärztlichen Vergütung beschlossen. Danach erhalten niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen seit dem 1. Januar 2019 eine höhere Vergütung. Zudem kann vor dem Hintergrund der regional unterschiedlichen Bedeutung belegärztlicher Versorgung darauf aufbauend eine zusätzliche Förderung in den regionalen Gesamtverträgen vereinbart werden. Das InBA wird gemäß Protokollnotiz vom Bewertungsausschuss zudem beauftragt, die Situation der belegärztlichen Fachärztinnen für Gynäkologie mit Geburtshilfe und belegärztlichen Fachärzte für Gynäkologie mit Geburtshilfe für die Jahre 2018 bis 2020 zu evaluieren. Auf dieser Basis prüft der Bewertungsausschuss weiteren Anpassungsbedarf in der Vergütung. Das Bundesministerium für Gesundheit wird diese Beratungen beobachten.

Soweit die stationäre Versorgung und die Vergütung stationärer Leistungen der Geburtshilfe angesprochen sind, ist auf deren differenzierte Kalkulation im Rahmen des pauschalierenden Entgeltsystems hinzuweisen. Leistungen für Geburtshilfe in Belegabteilungen werden jährlich auf der Grundlage von Daten über die tatsächliche Kosten- und Leistungsentwicklung in diesen Abteilungen kalkuliert und angepasst.

12. Welchen Versorgungsgrad an Hebammen strebt die Bundesregierung bis wann an?
Wie soll dieser sichergestellt werden?

Wie bereits in der Vorbemerkung der Bundesregierung dargelegt, sind die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe und der Erhalt der Geburtshilfe durch freiberuflich tätige Hebammen der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen. Eine Bedarfsplanung, vergleichbar mit derjenigen im ärztlichen Bereich, bei der der Versorgungsgrad mittels einer Verhältniszahl (Schwangerschaft – Hebammen) bestimmt wird, ist im Bereich der ambulanten Hebammenversorgung nicht geplant und wird nicht als sachgerecht angesehen. Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 4 und 9 verwiesen.

Für die Einschätzung, ob weitere Maßnahmen zur Stärkung der Geburtshilfe bzw. zur Steigerung der Attraktivität des Hebammenberufes angezeigt sind, bleiben die Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Gutachtens zur stationären Hebammenversorgung abzuwarten.

13. Warum nimmt bisher die außerklinische Geburtshilfe nach Kenntnis der Bundesregierung nicht wie die klinische Geburtshilfe an der Qualitätssicherung des IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) teil?

Der Gesetzgeber hat gemäß § 134a SGB V die Regelung der Versorgung mit Hebammenhilfe dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen sowie den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene übertragen. Diese Vertragsparteien schließen bundeseinheitliche Kollektivverträge, in denen auch die Qualitätssicherung der außerklinischen Geburtshilfe geregelt ist. Es ist danach Aufgabe der Vertragsparteien, in den Verträgen Mindestanforderungen hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu bestimmen und geeignete unaufwendige Verfahren zum Nachweis der Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen festzulegen (§ 134a Absatz 1a Satz 2 SGB V).

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hingegen arbeitet gemäß § 137a SGB V im Auftrag und im Rahmen der Befugnisse des G-BA an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Dem G-BA sind keine gesetzlichen Aufgaben und Befugnisse zur Qualitätssicherung der Versorgung mit Hebammenhilfe übertragen. Zudem entfalten die Beschlüsse des G-BA gegenüber den freiberuflichen Hebammen und hebammengeleiteten Einrichtungen im Unterschied zu den Beschlüssen für Krankenhäuser gemäß § 91 Absatz 6 SGB V keine Bindung.

14. Plant die Bundesregierung, Geburtsschäden bei Geburten der außerklinischen Geburtshilfe ebenso durch das IQTIG erfassen zu lassen wie bei klinischen Geburten?

Wenn ja, ab wann?

Wenn nein, wieso nicht?

Die Bundesregierung plant keine Erfassung durch das IQTIG. Die Qualitätssicherung der Versorgung mit Hebammenhilfe wird gemäß § 134a SGB V in Verträgen geregelt (vgl. Antwort zu Frage 13). In diesem Rahmen erfolgt auch eine externe Qualitätssicherung. In diesem Zusammenhang sind die Hebammen und hebammengeleiteten Einrichtungen zur Aufzeichnung und Weiterleitung von Daten an die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. verpflichtet, welche die Daten zur Qualität der außerklinisch betreuten Geburten in Deutschland jährlich auswertet und einen Qualitätsbericht erstellt.

15. Ergreift die Bundesregierung Maßnahmen, um Elternvertreterinnen und Elternvertreter bundesweit in zukünftige Versorgungsplanungen und Lösungsdiskussionen einzubeziehen?

Wenn ja, welche, und wenn nein, warum nicht?

Die Versorgungsplanung liegt im Kompetenzbereich der Länder. Selbstverständlich wird die Bundesregierung die Belange von Eltern aber wie gehabt bei der Initiierung von Gesetzesvorhaben berücksichtigen und entsprechenden Vertreterinnen und Vertretern in Anhörungen die Gelegenheit zur Stellungnahme einräumen.

16. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass die Hebammenschulen in Deutschland im internationalen Vergleich eine zeitgemäße praktische und theoretische Ausbildung vor dem Hintergrund einer anspruchsvollen und komplexen Gesundheitsversorgung gewährleisten?

Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, was spricht nach Ansicht der Bundesregierung gegen einen parallelen Erhalt der Hebammenschulen in Deutschland und die Möglichkeit weiterqualifizierender Studiengänge aufbauend auf die Ausbildung an Hebammenschulen?

Die Hebammenschulen leisten einen wichtigen Beitrag zur aktuellen fachschulischen Ausbildung von Hebammen und Entbindungspflegern. Für einen zehnjährigen Übergangszeitraum können Hochschulen gemäß § 75 des Entwurfs eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz) die praktischen Lehrveranstaltungen des Studiums und auch die Praxisbegleitung von Hebammenschulen durchführen lassen und deren Erfahrung und Expertise für diesen Bereich nutzen.

Ein Nebeneinander verschiedener Ausbildungswege für Hebammen würde zu einer Spaltung der ohnehin kleinen Berufsgruppe führen.

17. Sieht die Bundesregierung evidenzbasierte Beschränkungen und Kontraindikationen in der außerklinischen und hebammengeleiteten Geburtshilfe?

Die von den Vertragspartnern des Hebammenhilfvertrags zu vereinbarenden Anforderungen an die Qualitätssicherung umfassen auch die Anforderungen, die an die Erbringung geburtshilflicher Leistungen durch hebammengeleitete Einrichtungen und durch Hebammen bei der Begleitung von Hausgeburten erbracht werden. Für Geburten im häuslichen Umfeld wurden am 24./25. September 2015 durch die Schiedsstelle nach § 134a Absatz 4 SGB V unter anderem Ausschlusskriterien für Geburten im häuslichen Umfeld festgelegt, die im Wesentlichen den in Geburtshäusern geltenden Kriterien entsprechen. Nachdem diese Festsetzung seitens der Hebammenverbände im Klagewege angegriffen wurde, haben die Vertragspartner des Hebammenhilfvertrags erneut Anstrengungen unternommen, um zu diesem Thema einen Konsens zu finden. Die Gerichtsverfahren ruhen derzeit. Es wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die unter Beteiligung einer Professorin für Hebammenwissenschaft über Ausschlusskriterien berät. Nach Information des GKV-Spitzenverbands ist diese optimistisch, hier zu einer sachgerechten einvernehmlichen Lösung zu kommen.

18. Was meint die Bundesregierung konkret mit den Ausführungen im Gesetzesentwurf zum Hebammenreformgesetz, dass durch die Akademisierung die Hebammen zudem in der interprofessionellen Zusammenarbeit gestärkt werden, und welche konkreten Vorteile sollen sich hieraus für die Patientenversorgung nach Ansicht der Bundesregierung ergeben?

Die interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit wird aufgrund ihrer Bedeutung im Studienziel des Entwurfs eines Hebammenreformgesetzes verankert.

Die Zusammenarbeit von verschiedenen Professionen, wie Hebammen und Entbindungspflegern und Ärztinnen und Ärzten ist ein wichtiger Bestandteil für eine gute und qualitativ hochwertige Versorgung und Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und der Stillzeit sowie von Neugeborenen und Säuglingen.

19. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Zusammenarbeit zwischen Hebammen, die ihre Ausbildung auf einer Hebammenschule absolvierten, und denen, die eine Hochschule besuchten, zu regeln?

Wenn keine Maßnahmen geplant sind, warum nicht?

Fachschulisch ausgebildete Hebammen und Entbindungspfleger sowie akademisch ausgebildete Hebammen können im gleichen Umfang beruflich tätig werden. Dies wird in § 73 des Entwurfs eines Hebammenreformgesetzes normiert.

