

Anhörung von Sachverständigen in der  
Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
am 06.12.2017 zum Thema  
**„Mit Hebammen und Entbindungspflegern gut versorgt von  
Anfang an“**

Stellungnahme von

Frau Prof. Dr. med. Maritta Kühnert  
Universitätsklinikum Marburg  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Landtag  
Nordrhein-Westfalen  
17. Wahlperiode

**Stellungnahme**  
**17/152**

**A01**

## **Stellungnahme zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen**

Der Abschlußbericht „Der Runde Tisch Geburtshilfe“ definiert seine Kernaufgabe wie folgt:

Erarbeitung zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen, Aufzeigen dafür erforderlicher Bedingungen, intensive Analyse und angemessene Reaktionen auf die stark angestiegenen Sectoraten und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit. Die Haftpflichtproblematik trifft Hebammen/Entbindungspfleger und Ärzte (Beleger) gleichermaßen (1,5% der Schäden machen 46,7 % des Gesamtschadensaufwandes aus, bei Hebammen machen Großschäden mehr als 90 % aus).

Eine staatliche Exzedentenlösung („Staatsfonds“) würde bedeuten, dass der vom Staat zu übernehmende Teil des Schadensaufwandes durch die Deckelung zunehmend aufgrund steigender Schadensaufwendungen steigen würde, das heißt: aus Steuermitteln zu tragen wäre. Das könnten dann andere Bereiche (z. B. bei Verkehrsunfällen) aus Gründen des Gleichstellungsgrundsatzes auch einfordern.

Die rasant steigenden Haftpflichtprämien trifft Hebammen und Belegärzte gleichermaßen: 2009 betrieben 389 Belegärzte Geburtshilfe, 2014 noch 90, ein Rückgang um 77 %. Im Jahr 2000 betrug die Prämie für Belegärzte 6.000 €/Jahr, heute liegt der Preis zwischen 50.000 - 60.000 €.

Die Betreuung und Leitung einer Geburt bei einer gesetzlich versicherten Patientin wird nach EBM-Ziffer 08411 mit 251,41 € honoriert, bei einer Privatversicherten nach Ziffer 1022 GOÄ mit 174,27 €: so kann man nicht wirtschaftlich arbeiten.

Der immense Anstieg der Haftpflichtprämien begründet sich durch die Höhe der von den Gerichten zuerkannten Schadenssummen (2003 bei schwerem Geburtsschaden: im Mittel 1,5 Millionen €, 2012: 2,6 Millionen €) und nicht durch die Zunahme von geburtshilflichen Schadensfällen.

Ähnliches gilt für den Regressausschluss der Sozialleistungsträger:

Ein Ersatzanspruch nach § 116, Absatz 1,10. SGB, wegen Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe kann von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nur geltend gemacht werden, wenn der Schaden vorsätzlich, oder grob fahrlässig verursacht wurde.

Diese Forderung muss dann auch für andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen mit hoher Schadensneigung gelten.

Der gesetzliche Anspruch auf Hebammenhilfe steht außer Frage.

Zur Kaiserschnitttrate: die Empfehlung der WHO von max. 10 - 15% ist illusorisch; sie variiert zwangsläufig zwischen Perinatalzentren Level 1 + 2 und Häusern der Grund- und Regelversorgung aufgrund des jeweiligen Patienten-Kollektivs.

Die DRG-Vergütung für vaginale Geburten sollte gestaffelt nach Betreuungsaufwand und Risikoprofil des einzelnen Falles erfolgen als mögliche finanzielle Anreize.

Berufliche Rahmenbedingungen, Versorgungsstrukturen, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätssicherung sind Landmarken in der Geburtshilfe. Die Qualität der Ausbildung speziell von Hebammen und Entbindungspflegern ist gut, was „verschlafen wurde“, ist eine angemessene Vergütung dieses verantwortungsreichen Berufes (wie in der Pflege auch). Es kann nicht sein, dass eine Nebentätigkeit/Zweitberuf unabdingbar ist, um seine Lebenshaltungskosten bezahlen zu können.

Aufgrund der unzureichenden Datenlage zur Anzahl von Hebammen und Entbindungspflegern im stationären und ambulanten Bereich etc. sind einheitliche Meldepflichten für die BRD eine *conditio sine qua non*. Ein adäquates Meldeverfahren für Hebammen muss exakt außerklinisch tätige und klinisch tätige Hebammen erfassen (keine Doppelerfassungen).

Das Ziel einer 1:1 Betreuung wäre wünschenswert, wird aber an der Realität scheitern (siehe Parallele: Betreuung von sehr kleinen Frühgeborenen).

Grundsätzlich kann man ein Versorgungskonzept „Hebammenkreißaal“ in Erwägung ziehen:

Versorgungskonzept „Hebammenkreißaal“ ist ein hebammengeleitetes geburtshilfliches Betreuungsmodell in der Klinik, in dem Hebammen und Entbindungspfleger eigenverantwortlich gesunde Schwangere vor, während und nach der Geburt ohne ärztliche Geburtshelfer oder -helferinnen betreuen. Der Vorteil dieses Modells liegt darin begründet, dass bei auftretenden Problemen während der Geburt eine schnelle Weiterleitung in die ärztliche Betreuung initiiert werden kann, ohne dass ein räumlicher oder personeller Wechsel (der Hebamme) erforderlich ist.

Ziele der zukünftigen Versorgungsstrukturen sind:

- Erhaltung der Gesundheit von Mutter und Kind
- Senkung der Sectio- und Interventionsraten
- Förderung der physiologischen Geburt