

**Stellungnahme  
des GKV–Spitzenverbandes  
vom 08.04.2019**

**zum Referentenentwurf  
eines Gesetzes  
zur Reform der Hebammenausbildung  
(Hebammenreformgesetz – HebRefG)**

**GKV–Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288-0  
Fax 030 206288-88  
politik@gkv-spitzenverband.de  
www.gkv-spitzenverband.de



## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Vorbemerkung .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Stellungnahme zum Gesetz .....</b>	<b>6</b>
<b>Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG).....</b>	<b>6</b>
§ 1 Der Hebammenberuf .....	6
§ 2 Geburtshilfe als vorbehaltene Tätigkeiten .....	7
§ 9 Studienziel .....	9
§ 13 Praxiseinsätze .....	12
§ 14 Praxisanleitung.....	14
§ 15 Die verantwortliche Praxiseinrichtung .....	15
§ 16 Durchführung des berufspraktischen Teils .....	16
§ 18 Nachweis- und Begründungspflicht .....	17
§ 33 Pflichten der verantwortlichen Praxiseinrichtung.....	18
§ 35 Vergütung .....	19
<b>Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....</b>	<b>20</b>
§ 17a Abs. 1 S. 1 – Finanzierung von Ausbildungskosten .....	20
§ 17a Abs. 1 S. 4 ff. (neu) – Finanzierung von Ausbildungskosten .....	21
§ 17a Abs. 3 S. 1 – Finanzierung von Ausbildungskosten .....	23
§ 17a Abs. 5 S. 6 (neu) – Finanzierung von Ausbildungskosten.....	24
<b>III. Ergänzender Änderungsbedarf.....</b>	<b>25</b>
Schaffung eines neuen Ausbildungsberufes „Mütterpflegekraft“ .....	25

## I. Vorbemerkung

Mit dem Hebammenreformgesetz (HebRefG) soll das Hebammengesetz aus den 1980er Jahren an die Anforderungen einer zeitgemäß akademisierten Hebammenausbildung angepasst werden. Der Hebammenberuf soll zukunftsgerecht weiterentwickelt und die Qualität der Ausbildung verbessert werden. Hebammen sollen künftig in die Lage versetzt werden, ihr eigenes Handeln kritisch zu hinterfragen und zu reflektieren. Die höhere Attraktivität des Hebammenberufes durch eine akademische Ausbildung soll zudem dazu führen, Versorgungsengpässe zu vermeiden. Diese Zielsetzung begrüßt der GKV-Spitzenverband.

### **Qualität der Hebammenausbildung verbessern**

Der Gesetzentwurf wird allerdings in der vorgelegten Form noch nicht zu der angestrebten Qualitätsverbesserung der Ausbildung führen. Gerade die sensiblen Bereiche wie Erkennen von Risiken in der Schwangerschaft, frühzeitiges Rufen/Weiterleitung an die Ärzteschaft/geburtshilfliche Abteilungen in den Kliniken während der Geburt und auch bei Komplikationen im Wochenbett z.B. bei Neugeborenen-Gelbsucht sind noch nicht hinreichend als Studienziele benannt. Auch erscheint es notwendig, dass Hebammen im Rahmen ihrer Ausbildung speziellere/tiefergehende Anleitungen benötigen, z. B. um Cardiotokographien (CTGs) auswerten zu können (vgl. BQS-Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten, beauftragt vom BMG, Juli 2018). Eine Differenzierung der nach dem Studium befähigten hebammenhilflichen Tätigkeiten bei physiologischen Verläufen zu den ärztlich vorbehaltenen Tätigkeiten (bei Pathologie) ist noch nicht enthalten und sollte ergänzt werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass der bisherige berufspraktische Teil 3.000 Stunden umfasst und zukünftig im Rahmen des dualen Studiums nur noch min. 2100 Stunden für Praxiseinsätze vorgesehen sind.

Das ambitionierte Vorhaben, dass die theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen an den Hochschulen ausschließlich von Lehrenden durchgeführt werden sollen, die mindestens den akademischen Grad erlangt haben, der mit Abschluss des Hebammenstudiums verliehen wird, ist aktuell nur schwer vorstellbar. Retrospektiv betrachtet, kann es in Deutschland nur einen geringen Teil akademisierter Hebammen geben, die gleichzeitig die Eignung für eine Lehrtätigkeit (z. B. pädagogische Voraussetzungen) vorweisen. Engpässe wären demzufolge nicht auszuschließen.

### **Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Professionen**

Wie das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte BQS-Gutachten herausstellt, ist eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit bei der Geburtshilfe angezeigt. Die Akademisierung der Hebammen kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Die Hebammen, die kei-

ne Geburten betreuen, benötigen sicherlich auch eine Stärkung in der interprofessionellen Zusammenarbeit (z. B. mit Kinderärzten, Gynäkologen); allerdings handelt es sich bei der Betreuung nach der Geburt nicht um solch hochkomplexe Tätigkeiten (vgl. hierzu § 9 des HebG) wie in der Geburtsbetreuung, wo Arzt und Hebamme Hand in Hand arbeiten müssen.

### **Kaiserschnittrate senken**

Mit den mit der Akademisierung einhergehenden evidenzbasierten Konzepten für die hebammengeleitete Geburtshilfe sollen insbesondere auch die hohen Kaiserschnittraten gesenkt werden. In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass der OECD-Vergleich mit anderen Staaten innerhalb der EU zeigt, dass andere Länder, in denen die Hebammen akademisiert sind, sowohl niedrigere als auch höhere Kaiserschnittraten zu verzeichnen haben. Ein Nachweis dafür, dass die Ausbildungsart von Hebammen die Kaiserschnittraten beeinflusst, ist nicht erkennbar.

### **Versorgungsengpässe beheben**

Es erscheint fraglich ob die berichteten Versorgungsengpässe im ambulanten und stationären Bereich alleine durch die Akademisierung des Hebammenberufes beseitigen können. Aus GKV-Sicht muss damit gerechnet werden, dass die „akademisierten“ Hebammen ihren künftigen Schwerpunkt auf die Leitung, Forschung, Geburtenbetreuungen usw. legen werden, aber die „einfacheren“ Aufgaben wie Wiegen, Messen des Kindes – also die Versorgung im Wochenbett – womöglich nicht mehr hinreichend bedienen werden. Eine Versorgungsverknappung bei diesen Aufgaben wäre die Folge. Hinzu kommt, dass rund ein Drittel der Anwärterinnen künftig mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen nicht mehr Hebamme werden könnten, da Ihnen die Hochschulzugangsvoraussetzungen fehlen (35 % aller in Bayern befragten Hebammen hatten einen Realschulabschluss; vgl. u.a. IGES-Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern, Juli 2018).

Derzeit ist davon auszugehen, dass mindestens die Hälfte aller Hebammen nach ihrer Ausbildung nicht mehr mit der Geburtshilfe in Berührung kommt. Den Frauen und Männern, die keine Geburten betreuen wollen, muss daher die Möglichkeiten gegeben werden, auch mit 10-jährigem Schulabschluss die Versorgung von Müttern und Kindern im Wochenbett als auch Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse anbieten zu können. Höhere Zugangsvoraussetzungen für Interessentinnen, ggf. längere Ausbildungszeiten und fehlende Studienangebote erschweren die Umsetzung und schaffen voraussichtlich eine Lücke bei den Absolventinnen. In der Folge ist eine Zunahme an Hebammen, die für die Versorgung zur Verfügung stehen, unwahrscheinlich. Verstärkt wird die Problematik mit dem bereits erwähnten Lehrkräfteengpass akademisierter Hebammen, die in Deutschland mutmaßlich eine Minderheit darstellen. Der GKV-Spitzenverband

schlägt daher zur Stärkung der bedarfsgerechten Versorgung der Mütter – insbesondere in der Wochenbettbetreuung – vor, einen neuen Ausbildungsberuf zur Mütterpflegekraft zu schaffen.

**GKV-Finanzierung für akademische Ausbildung – eine versicherungsfremde Leistung**

Die akademische Ausbildung ist eine hoheitliche Aufgabe des Staates und ergibt sich aus der grundgesetzlich verankerten Freiheit der Wissenschaft, Forschung und Lehre. Die Finanzierungsverantwortung obliegt damit den Bundesländern bzw. den Bundesländern und dem Bund gemeinsam soweit es sich um Aufgaben von überregionaler Verantwortung handelt. Wird dennoch die Vergütung von Teilen eines Hochschulstudiums der GKV gesetzlich zugeordnet, handelt es sich dabei um versicherungsfremde Leistungen.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den für die gesetzliche Krankenversicherung zentralen Neuregelungen Stellung.

## II. Stellungnahme zum Gesetz

### Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)

#### § 1 Der Hebammenberuf

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber erläutert in § 1 den Hebammenberuf: Demnach umfasst der Hebammenberuf die selbständige und umfassende Beratung, Betreuung und Beobachtung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und der Stillzeit, die selbständige Leitung von physiologischen Geburten sowie die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen und Säuglingen.

##### B) Stellungnahme

Die Erläuterung berücksichtigt nicht ausreichend, dass der Hebammenberuf auch das Erkennen regelwidriger Verläufe bei den Frauen und den Kindern in den jeweiligen Phasen umfasst. Dieses ist jedoch zum Schutz von Mutter und Kind unumgänglich (s.a. BQS-Gutachten; beauftragt durch das BMG).

##### C) Änderungsvorschlag

Satz 1 in § 1 wird wie folgt ergänzt:

*... und das Erkennen von regelwidrigen Verläufen bei der Frau und dem Neugeborenen.*

## **Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)**

### **§ 2 Geburtshilfe als vorbehaltene Tätigkeiten**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber erläutert hier, was die geburtshilfliche Tätigkeit einer Hebamme umfasst. Diese soll nach Absatz 2 auch die Überwachung des Wochenbettverlaufs umfassen (Absatz 2 Nr. 3.).

#### **B) Stellungnahme**

Die Veranlassung/Weiterleitung der Hebamme einer sich regelwidrig entwickelten Geburt (Pathologie) an Ärzt\*innen fehlt. Die Geburtshilfe durch Hebammen muss insbesondere das frühzeitige Erkennen von Komplikationen während einer Geburt umfassen und die Hinzuziehung von Ärzt\*innen bei pathologischen Vorgängen gewährleisten.

Des Weiteren erschließt sich nicht, dass eine mittlerweile 12-wöchige Wochenbettphase (unmittelbar) zur Geburtshilfe gehören soll. Die Wochenbettbetreuungen erfolgen überwiegend im häuslichen Umfeld nach der Entlassung aus der Klinik (einige Tage nach der Entbindung), in der über 98 % aller Geburten stattfinden. Personell werden deswegen die Wochenbettbetreuungen i.d.R. von anderen Hebammen, als denjenigen, die die Geburt betreut haben, übernommen. Ausnahme sind die wenigen Verweildauertage in der Klinik nach der Entbindung, wo eine (andere) Hebamme – als die, die die Geburt betreut hat – oder aber auch eine (Kinder-) Krankenpflegekraft in der Klinik die ersten Wochenbettbetreuungen auf der „Wöchnerinnenstation“ übernimmt.

Im Übrigen ist § 1 und in den Studienzielen nach § 9 die Ausbildung zu einer betreuenden Tätigkeit durch Hebammen im Wochenbett ausreichend und umfassend berücksichtigt. Eine Regelung i.S. Nr. 3 des Absatzes 2 erscheint daher nicht notwendig.

Unter Nr. 3 sollte die Überwachung/Betreuung in der postpartalen Nachgeburtsphase genannt werden, die die Geburtshilfe unmittelbar umfasst. Hier sind neben dem Erheben und Auswerten der Vitalzeichen von Mutter und Kind, den pflegerischen Tätigkeiten und der Anleitung zum ersten Stillen (inkl. Bonding) auch eine Blutungs- und Uteruskontrolle von großer Wichtigkeit. So wäre mit der in § 2 genannten Geburtshilfe die Tätigkeiten vor, während und nach der Geburt umfassend und abschließend abgedeckt.

**C) Änderungsvorschlag**

a) Absatz (2) Nr. 1. Wird wie folgt ergänzt: *(Ergänzungen in kursiv)*

(2) Geburtshilfe umfasst

1. die Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an *sowie dem frühzeitigen Erkennen von Regelwidrigkeiten und der Veranlassung ärztlicher Hilfeleistung bei nicht physiologischen Verläufen.*

b) Der Text aus Nr. 3. Absatz (2) wird gestrichen und durch folgenden Text ersetzt:

*3. die Überwachung des postpartalen Verlaufes.*



## **Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)**

### **§ 9 Studienziel**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber erläutert in § 9 die Studienziele: Demnach soll das Studium zur Hebamme die fachlichen und personalen Kompetenzen, die für die selbständige und umfassende Hebammentätigkeit im klinischen sowie im ambulanten Bereich erforderlich sind, vermitteln. Im Absatz 4 erfolgt dann eine Aufzählung von Aufgaben, die die Hebamme durch das Studium dazu befähigen soll, diese selbständig und eigenverantwortlich auszuführen (Nr. 1 des Absatzes 4).

Ferner soll im Rahmen der Akademisierung den Anwärter\*innen auch vermittelt werden, künftig interprofessionell mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten (Nr. 3 des Absatzes 4).

#### **B) Stellungnahme**

Zu Nr. 1 des Absatzes 4)

Hier sind einige wichtige Aufgaben, die nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes eine Hebamme nach dem Studium selbständig und eigenverantwortlich ausführen können sollte, nicht aufgelistet. So fehlen hier neben dem Erkennen von Regelwidrigkeiten und der Weiterleitung an Ärzt\*innen bei nicht physiologischen Verläufen in der Schwangerschaft und im Wochenbett (Pathologie/Risiko-faktoren/Komplikationen) auch die wichtige Informationsvermittlung der Eltern zu den Themen Impfen, Stillen, Neugeborenen-Screenings usw. Buchstabe l) und m) berücksichtigten womöglich nur das Erkennen von Anzeichen von Regelwidrigkeiten sowie die Weiterleitung an Ärzt\*innen „während der Geburt“. Denn von Punkt h) bis p) sind Ausführungen zu „Geburten“ gemacht worden.

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes wäre es zudem sinnvoll, auch die Ausbildungsbereiche Organisation, Buchführung, Abrechnung, weitergehende Verwaltungsaufgaben, die für eine etwaige spätere Freiberuflichkeit von Relevanz sind, in dem künftigen Hebammengesetz mit abzubilden. Eine Auflistung dieser Tätigkeiten alleine in der zum späteren Zeitpunkt vom BMG zu erstellenden Studien- und Prüfungsverordnung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes keine ausreichende Alternative.

### C) Änderungsvorschlag

a) Der Absatz 4 Nr. 1. ist wie folgt zu ergänzen: *(Ergänzungen in kursiv)*

(4) Das Studium soll darüber hinaus insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich auszuführen:

- a) über Fragen der Familienplanung aufzuklären und zu beraten;
- b) eine Schwangerschaft festzustellen *und Hilfestellungen bei physiologischen Schwangerschaftsbeschwerden zu leisten;*
- c) die physiologisch verlaufende Schwangerschaft durch Durchführung der hierfür erforderlichen Untersuchungen zu beobachten, *zu bewerten* und zu überwachen *und beim Erkennen von nicht physiologischen Verläufen eine Ärztin oder einen Arzt hinzuzuziehen;*
- d) über die Untersuchungen aufzuklären, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung von Risikoschwangerschaften oder Regelwidrigkeiten und Komplikationen in der Schwangerschaft erforderlich sind *sowie ggf. die Weiterleitung an eine Ärztin oder einen Arzt zu empfehlen bzw. zu veranlassen;*
- e) Überwachung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel mit Bewertung der ermittelten Befunde;
- f) Frauen und Familien auf die Geburt, das Wochenbett und die Elternschaft vorzubereiten sowie zur *(Still-) Ernährung, Pflege und Versorgung des Neugeborenen und des Säuglings anzuleiten und insbesondere über die Neugeborenen-Screenings zu beraten und über die Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zu informieren;*
- g) belastenden Lebenssituationen und psychosozialen Problemlagen bei Frauen und deren Familien erkennen;
- h) Frauen während der Geburt zu betreuen;
- i) Frauen und Familien bei Tot- und Fehlgeburten sowie bei Abbrüchen von Schwangerschaften nach der zwölften Schwangerschaftswoche zu betreuen und zu begleiten, *sofern kein Risiko für die Mutter besteht;*
- j) physiologisch verlaufende Geburten bei Kopflage durchzuführen;
- k) im Dringlichkeitsfall oder bei Abwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes Steißgeburten durchzuführen;

- l) Anzeichen von Regelwidrigkeiten bei der Mutter oder beim Kind, die das ärztliche Eingreifen erforderlich machen, zu erkennen;
  - m) die Frau und das Neugeborenen fachgerecht in die ärztliche Weiterbehandlung zu übergeben;
  - n) Hilfe bei ärztlichen Maßnahmen unter Fortsetzung der Hebammenhilfe zu leisten;
  - o) im Notfall oder bei Abwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes
    - aa) die medizinisch erforderlichen Maßnahmen, insbesondere die manuelle Ablösung der Plazenta, an die sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt, einzuleiten und durchzuführen sowie
    - bb) die Wiederbelebungsmaßnahmen bei der Frau und dem Neugeborenen durchzuführen;
  - p) das Neugeborene und die Mutter nach der Geburt zu untersuchen und zu pflegen und deren Gesundheitszustand zu überwachen;
  - q) *Mutter und Kind im Wochenbett zu betreuen und bei Beschwerden im physiologischen Wochenbett Hilfe zu leisten;*
- b) Aus Absatzes 4 Nr. 1 q) wird Absatz 4 Nr. 1. r)
- r) die angewendeten Maßnahmen, den Schwangerschaftsverlauf, die Geburt, das Wochenbett und das erste Lebensjahres des Kindes zu dokumentieren;
- c) Nach Nr. 3 des Absatzes 4 wird Nr. 4 neu angefügt:
- (4) Das Studium soll darüber hinaus insbesondere dazu befähigen,  
*4. betriebswirtschaftliche Grundkenntnisse anzuwenden und Organisations- und Verwaltungsaufgaben für eine freiberufliche Tätigkeit bewältigen zu können.*

## **Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)**

### **§ 13 Praxiseinsätze**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird definiert, dass Praxiseinsätze ausschließlich in zugelassenen Krankenhäusern und bei freiberuflichen Hebammen oder in ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen durchgeführt werden. Voraussetzung ist sowohl bei Krankenhäusern als auch bei freiberuflichen Hebammen und ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen, dass ein Praxisanleiter einen Umfang von mindestens 25 % der zu absolvierenden Stundenzahl durch entsprechende Anleitung des Studierenden abdeckt.

#### **B) Stellungnahme**

Praxisanteile wurden auch bisher schon in Krankenhäusern, bei freiberuflichen Hebammen und ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen erbracht, jedoch erfolgt nun die verbindliche Aufnahme der Praxiseinsätze außerhalb von Krankenhäusern in die gesetzliche Regelung. Dabei sollte aufgenommen werden, dass es sich um freiberufliche Hebammen oder ambulante hebammengeleitete Einrichtungen nach dem Vertrag nach § 134a SGB V handelt.

Die prozentuale Vorgabe eines Mindestumfangs von 25% für die Praxisanleitung bei den Praxiseinsätzen erscheint sehr hoch und wird weder durch EU-Recht noch durch relevante Fachempfehlungen vorgegeben. Es ist fraglich, ob die notwendigen personellen Kapazitäten zur Verfügung stehen. Sie führt zu einer Eingrenzung der Praxiseinrichtungen auf Krankenhäuser, freiberufliche Hebammen und ambulante hebammengeleitete Einrichtungen, die in der Lage sind, diesen Umfang an Praxisanleitung sicherzustellen. Der bisherige Umfang der Praxisanleitung für angehende Hebammen liegt im Krankenhaus tendenziell bei 10% entsprechend der Ausbildung in der Pflege. Selbst unter Berücksichtigung der bisherigen Dauer der praktischen Ausbildung von 3.000 Stunden und des nun verkürzten Umfangs von 2.100 Stunden läge das Äquivalent bei 15%. Eine gesetzliche Grundlage für die Refinanzierung der Praxisanleitung durch die GKV war bisher nicht explizit gegeben (vgl. auch OVG Sachsen Aktenzeichen 17A105).

Der Stundenumfang für die Praxiseinsätze selbst wird über die Gesamtzahl von mind 2.100 Stunden hinaus nicht weiter konkretisiert (vgl. § 11), eine Studien- und Prüfungsverordnung, die Näheres zu den Praxiseinsätzen regeln soll, liegt noch nicht vor.

Es ist vorgesehen, die Dauer des berufspraktischen Teils im Studium zu kürzen – von bisher 3.000 Stunden auf 2.100 Stunden (max. 2500 bei 4600 Stunden Gesamtstudierendauer). Damit

eine ausreichende Dauer für die Vermittlung der Studieninhalte in den klinischen Prozessen zur Verfügung steht, soll weiterhin der überwiegende Anteil des berufspraktischen Teils im Krankenhaus absolviert werden. Daher sollte die Dauer der Praxiseinsätze bei freiberuflichen Hebammen oder ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen begrenzt werden (analog bisheriger Begrenzung).

### **C) Änderungsvorschlag**

Der Absatz 1 Satz 2 wird ergänzt um „nach § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

b) Nach Absatz 3 wird ein neuer Absatz 4 eingefügt:

Die Praxiseinsätze bei freiberuflichen Hebammen oder in ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen sollen eine Dauer von bis zu 480 Stunden umfassen.

c) aus Absatz 4 wird Absatz 5

(2) Die Praxiseinsätze dürfen nur in Krankenhäusern, bei freiberuflichen Hebammen oder in ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen durchgeführt werden, die sicherstellen, dass die Studierenden während eines Praxiseinsatzes durch eine Praxisanleiterin oder einen Praxisleiter im Umfang von mindestens 10 Prozent der von der studierenden Person während eines Praxiseinsatzes zu absolvierenden Stundenanzahl angeleitet werden.

## **Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)**

### **§ 14 Praxisanleitung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es werden Aussagen zu den Aufgaben der praxisanleitenden Person getroffen.

#### **B) Stellungnahme**

Die vorgesehene Regelung beschreibt die Tätigkeit der praxisanleitenden Person in groben Zügen. Die lediglich in der Begründung getroffene Aussage, dass diese Beschreibung nicht abschließend ist, sollte direkt in den Gesetzestext Eingang finden. Ggf. bietet sich ein Verweis auf noch beabsichtigte Regelungen an.

#### **C) Änderungsvorschlag**

siehe Stellungnahme

## **Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)**

### **§ 15 Die verantwortliche Praxiseinrichtung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 15 wird der Status verantwortlicher Praxiseinrichtungen ausschließlich den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern zugewiesen. Das Krankenhaus schließt demgemäß einen Vertrag für die akademische Ausbildung mit der studierenden Person für die Dauer des Studiums.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung, ausschließlich zugelassene Krankenhäuser als verantwortlicher Praxiseinrichtungen vorzugeben, ist nachvollziehbar.

#### **C) Änderungsvorschlag**

keiner

## **Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)**

### **§ 16 Durchführung des berufspraktischen Teils**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung sieht vor, dass Krankenhäuser, die als verantwortliche Praxiseinrichtung fungieren, Vereinbarungen mit anderen an der berufspraktischen Ausbildung beteiligten Krankenhäusern sowie freiberuflichen Hebammen und ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen schließen, um die Durchführung aller Praxiseinsätze gemäß Praxisplan zu gewährleisten.

#### **B) Stellungnahme**

Die vertragliche Vereinbarung mit weiteren Praxiseinrichtungen ist folgerichtig und notwendig. Dabei ist zu gewährleisten, dass die aufzustellenden Praxispläne gemäß § 22 Absatz 2 in Verbindung mit § 19 Absatz 2 den Anforderungen des modularen Curriculums entsprechen. Mangels noch nicht vorliegender quantitativer und qualitativer Informationen zu den Curricula ist eine weitergehende Bewertung nicht möglich.

#### **C) Änderungsvorschlag**

keiner



## **Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)**

### **§ 18 Nachweis- und Begründungspflicht**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Regelung werden die Nachweis- und Begründungspflichten zwischen den Beteiligten der berufspraktischen Ausbildung vorgegeben. Umfasst sein sollen die erwartete Höhe der Kosten im Vereinbarungszeitraum sowie der Zeitpunkt für die Vorlage entsprechender Nachweise und Begründungen gegenüber der verantwortlichen Praxiseinrichtung.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung umfasst ausschließlich die Verpflichtung zwischen den an der berufspraktischen Ausbildung beteiligten Praxiseinrichtungen. Aufgrund der vorgesehenen Systematik sollen die Kosten der weiteren Kooperationspartner durch die verantwortliche Praxiseinrichtung (Krankenhaus) mitverhandelt werden. Die Vorlage von Nachweisen und Begründungen gegenüber der verantwortlichen Praxiseinrichtung und die Verwendung in den Verhandlungen mit den Kostenträgern wird durch Verweis auf § 17a Absatz 3 KHG sichergestellt. Hier sollte in die gesetzliche Vorgabe ein konkreter Hinweis auf § 17a Absatz 3 Satz 3 KHG aufgenommen werden, der unter anderem die Kostendeckung für eine wirtschaftliche Betriebsgröße und Betriebsführung vorsieht. Dieser Aspekt muss auch für die weiteren beteiligten Praxiseinrichtungen gelten.

#### **C) Änderungsvorschlag**

siehe Stellungnahme

## **Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)**

### **§ 33 Pflichten der verantwortlichen Praxiseinrichtung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die beabsichtigte Regelung trifft Vorgaben zu den Verpflichtungen verantwortlicher Praxiseinrichtungen.

#### **B) Stellungnahme**

Die konkret benannten Vorgaben sind nachvollziehbar, abschließende Ausführungen erfolgen in der gesetzlichen Regelung nicht. Auf die Betreuungsquote von 25% wird in der Gesetzesbegründung Bezug genommen. Hier wäre ein Hinweis auf die Herleitung der gewählten Mindest-Betreuungsquote sinnvoll. Eine Bewertung des gewählten Prozentsatzes kann nicht erfolgen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

keiner

## **Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)**

### **§ 35 Vergütung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die beabsichtigte Regelung soll die Zahlung einer Vergütung für die studierende Person während der gesamten Studiendauer sicherstellen.

#### **B) Stellungnahme**

Die Vergütung für die studierende Person ist Bestandteil des nach § 27 zu schließenden Vertrages. Dabei entsprechen die Vorgaben im Wesentlichen denen des § 15 des bisherigen Hebammengesetzes. Da das Krankenhaus nicht Träger der Ausbildung respektive des Studiums, sondern verantwortliche Praxiseinrichtung ist, erfolgte lediglich eine Neuformulierung gegenüber der bisherigen gesetzlichen Regelung.

#### **C) Änderungsvorschlag**

keiner

## **Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

Nr. 1a)

### **§ 17a Abs. 1 S. 1 – Finanzierung von Ausbildungskosten**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Kosten der Ausbildungsstätten für die Ausbildung im Beruf Hebamme sind künftig nicht mehr Gegenstand der Finanzierung nach § 17a KHG. Die Finanzierung der Vergütungen für studierende Personen sowie deren berufspraktische Ausbildung soll gesondert durch Anfügung der Sätze laut Buchstabe b) geregelt werden.

#### **B) Stellungnahme**

Der vollständige Ausschluss der Refinanzierung von Kosten der Ausbildungsstätten ab 2026 ist folgerichtig, da hochschulische Ausbildungen von den Ländern zu finanzieren sind. Kosten der Ausbildungsstätten fallen bei hochschulischen Ausbildungen nicht an und können daher nicht Gegenstand der Finanzierung nach § 17a KHG sein. Lediglich für die vor dem 31.12.2020 noch begonnenen Ausbildungen nach § 76 erfolgt die Finanzierung übergangsweise nach § 17a KHG in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung.

Hinsichtlich der nach § 75 möglichen übergangsweisen Kooperation von Hochschulen mit Hebammenschulen ist eine Klarstellung in § 75 notwendig, dass in diesen Fällen keine Finanzierung nach § 17a KHG erfolgt. Dies ist bislang lediglich in der Gesetzesbegründung angemerkt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

##### **§ 75 Kooperation mit Hebammenschulen**

In § 75 Abs. 1 wird folgender Satz 2 angefügt: „Die Finanzierungsverpflichtung bleibt davon unberührt.“

## **Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

Nr. 1b)

### **§ 17a Abs. 1 S. 4 ff. (neu) – Finanzierung von Ausbildungskosten**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Ergänzung der beiden Sätze ist beabsichtigt, die Refinanzierung der Vergütungen für die Hebammenstudierenden nach § 35 Absatz 1 des Hebammengesetzes und der Mehrkosten des Krankenhauses zu regeln. Dabei werden zu den Mehrkosten des Krankenhauses auch die Kosten der berufspraktischen Ausbildung bei freiberuflichen Hebammen und ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen hinzugerechnet.

#### **B) Stellungnahme**

Die Vergütung von Teilen eines Hochschulstudiums durch die GKV ist grundsätzlich als versicherungsfremde Leistung zu bewerten. Bei den Kosten der Praxisanleitung durch freiberufliche Hebammen und ambulante hebammengeleitete Einrichtungen handelt es sich darüber hinaus um systemfremde Kostenbestandteile, die den Krankenhäusern im Rahmen der Neuregelung zugeordnet werden sollen.

Insbesondere dann aber, wenn dennoch die Kosten der Praxisanleitung vollumfänglich durch die GKV zu tragen sind, ist hinsichtlich der Vergütung der Studierenden eine Prüfung notwendig, in welcher Höhe ein Anrechnungsschlüssel für die Leistungen der Studierenden in den Praxiseinsätzen angemessen ist. Ähnlich der Pflegeausbildung wird in Teilen eine Leistung durch die Studierenden erbracht, die durchaus aufwandsmindernd in den Praxiseinrichtungen in Ansatz zu bringen ist.

Die Länder sind über § 12 an der Ausgestaltung der Studiengänge und deren Dauer beteiligt. Damit ist eine Einflussnahme der Länder auf die Höhe der durch die GKV zu tragenden Vergütungen der Studierenden gegeben. Eine Beteiligung der Länder an der Vergütung der Studierenden, die über den Zeitraum von sechs Semestern hinaus anfällt, sollte erfolgen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

b) Folgende Sätze werden angefügt: „Zu den Ausbildungsvergütungen nach Satz 1 gehören auch die Mehrkosten der Vergütungen der Hebammenstudierenden nach § 35 Absatz 1 des Hebammengesetzes. Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die ein Studium nach HebRefG absolvieren, im Verhältnis X zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Pflegefachkraft anzurechnen. Die Finanzierung der Mehrkosten der Aus-

bildungsvergütung ist auf 6 Semester begrenzt. Im Falle einer landesindividuell längeren Regelstudienzeit hat das Krankenhaus ab dem siebten Semester den Studierenden eine leistungsgerechte Vergütung zu bezahlen. Zu den Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung nach Satz 1 gehören auch die Mehrkosten der berufspraktischen Ausbildung von Hebammenstudierenden durch ambulante hebammengeleitete Einrichtungen und freiberufliche Hebammen nach § 13 Absatz 1 Nummer 2 des Hebammengesetzes.“

## **Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

Nr. 2

### **§ 17a Abs. 3 S. 1 – Finanzierung von Ausbildungskosten**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Einfügung des Halbsatzes in Absatz 3 Satz 1 wird geregelt, dass das Ausbildungsbudget eines Krankenhauses als verantwortliche Praxiseinrichtung auch die Kosten des berufspraktischen Teils des Studiums durch freiberufliche Hebammen und ambulante hebammengeleitete Einrichtungen umfasst.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung wird begründet mit aufwandsarmer Finanzierung der Kosten des berufspraktischen Teils des Studiums. Die Zuordnung der Finanzierungsbestandteile zur verantwortlichen Praxiseinrichtung ist nachvollziehbar, da das Krankenhaus als verantwortliche Praxiseinrichtung entscheidet über Strukturierung, Art und Anzahl der weiteren Praxiseinrichtungen, um die Erreichung des Studienziels sicherzustellen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

keiner

**Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

Nr. 3

**§ 17a Abs. 5 S. 6 (neu) – Finanzierung von Ausbildungskosten**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit dieser Regelung werden Krankenhäuser, die als verantwortliche Praxiseinrichtung fungieren, dazu verpflichtet, die über den Ausbildungsfonds erlösten Anteile für die beteiligten freiberuflichen Hebammen und ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen monatlich an diese weiterzuleiten.

**B) Stellungnahme**

Die Verfahrensweise sorgt dafür, dass Zahlungen aus den Ausbildungsfonds weiterhin ausschließlich an Krankenhäuser geleistet werden. Die Weiterleitung der entsprechenden Anteile für die beteiligten freiberuflichen Hebammen und ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen fällt damit in die Zuständigkeit der Krankenhäuser.

**C) Änderungsvorschlag**

keiner



### III. Ergänzender Änderungsbedarf

#### **Schaffung eines neuen Ausbildungsberufes „Mütterpflegekraft“**

Eine Akademisierung von Hebammen die gar nicht in der Geburtshilfe tätig werden (wollen) erscheint nicht sinnvoll. Insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache, dass viele derzeit tätige Hebammen die Voraussetzungen für ein Studium nicht erfüllen und immer wieder von Versorgungsengpässen in der Wochenbettbetreuung berichtet wird, schlägt der GKV-Spitzenverband die Schaffung des neuen Ausbildungsberufes „Mütterpflegekraft“ vor.

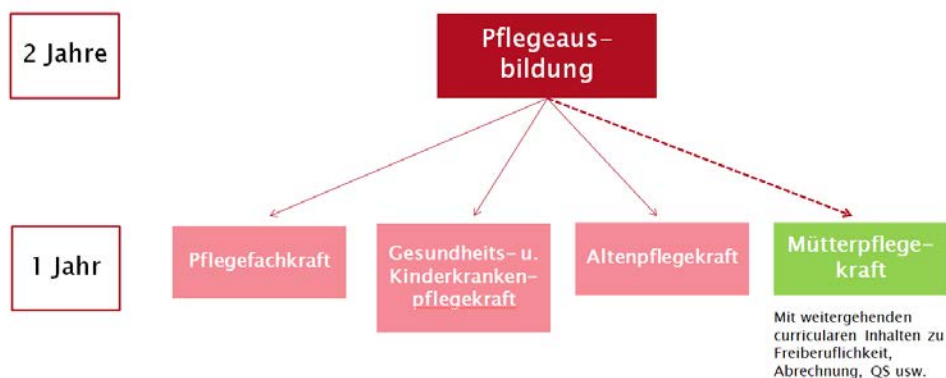
Derzeit dürfen den SGB V-Bestimmungen zufolge Ärzte und Hebammen die Schwangerenbetreuung durchführen (Vorsorgeuntersuchungen usw.). Geburten werden von Hebammen betreut, regelwidrige Geburten bedingen die Hinzuziehung eines Arztes (über 98 % aller Geburten werden in einer Klinik betreut). Die Versorgung von Mutter und Kind nach der Geburt (Wochenbett, Rückbildungskurse und Stillberatungen) ist alleinig der Berufsgruppe der freiberuflich tätigen Hebammen vorbehalten. Das bedeutet, dass bei einer Verminderung des Angebotes bzw. bei einer Erhöhung der Nachfrage nach diesen nachgeburtlichen Leistungen aktuell keine weitere Berufsgruppe diese Aufgaben alternativ übernehmen könnte.

Vor dem Hintergrund der Akademisierungsbestrebungen und den berichteten Versorgungsmängeln für Frauen im Wochenbett erscheint es daher sinnvoll, einen alternativen Leistungserbringer für diese Phase vorzusehen. Es ist zu befürchten, dass die „akademisierten“ Hebammen ihren künftigen Schwerpunkt nicht in den „einfacheren“ Tätigkeiten im Wochenbett und in der Durchführung von Kursen für Schwangere und junge Mütter sehen werden. Eine Verknappung des Versorgungsangebotes erscheint daher nicht unwahrscheinlich. Dies auch im Hinblick darauf, dass rund ein Drittel der Anwärterinnen künftig mit der beabsichtigten Vollakademisierung nicht mehr Hebamme werden könnten, da Ihnen die Hochschulzugangsvoraussetzungen fehlen.

	bis 202X	ab 202X	
Voraussetzung:	Mittlerer Schulabschluss	Abitur	Mittlerer Schulabschluss
Berufsbild:	Hebamme	Hebamme „mit Geburtshilfe“ (Bachelor); (EU-Umsetzung) <u>Vollakademisierung</u>	Mütterpflegekraft (neues Berufsbild, entspricht Hebamme „ohne Geburtshilfe u. Vorsorge“) oder Basispflegeausbildung mit Schwerpunkt Wochenbett
Lehrinstitution:	Fachschulen	Duales Studium an Uni/Fachschulen (plus)	Fachschulen
Vergütung für Ausbildung:	GKV über KHG	Länder (BAföG)	GKV über KHG
Dauer:	3 Jahre	3 Jahre	2 + 1 Jahre

Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Erstellung

Die derzeitige Pflegeausbildung könnte um die Ausbildung zur Mütterpflegekraft ergänzt werden:



Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Erstellung

Nach 2-jähriger Basisausbildung würde im dritten Jahr eine schulische Ausbildung an Fachschulen, die eng mit Kliniken, Geburtshäusern und Hebammen für die Praxisanteile kooperieren, erfolgen. Ausbildungsinhalte sind die Versorgung von Mutter und Kind im Wochenbett sowie die Erbringung von Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskursen. Krankenhäuser ab einer bestimmten Anzahl Geburten pro Jahr müssten hierfür eine gewisse Anzahl von Auszubildenden zur Mütterpflegekraft zu den existierenden Hebammenschülerinnen/-studentinnen ausbilden. Zusätzlich oder optional könnten die aktuell vorhandenen Fachschulen von Hebammen hierfür genutzt werden. Um die Durchlässigkeit der Bildungssysteme sicherzustellen, wäre es zudem sinnvoll eine Möglichkeit zu schaffen, nach der Ausbildung als Mütterpflegekraft durch Besuch einer Hochschule mit geringerer Studienzeit den Bachelor of Midwives „aufsatteln“ zu können.

Für die Integration des neuen Berufsbildes als Heilberuf wäre eine Erweiterung des Pflegeberufes-Ausbildungsgesetzes und eine Aufnahme von „Mütterpflegekräften“ in das SGB V als freiberuflich tätige Leistungserbringer für den eng abgesteckten Versorgungsbereich – Wochenbett und Kurse – notwendig. Zusätzlich wäre eine Ergänzung im SGB V erforderlich, um die Anforderungen an die Leistungserbringung, Qualitätssicherung usw. festzulegen und die Vergütung von Mütterpflegekräften über die Verträge mit den entsprechenden Vertragsparteien zu regeln. Bei regulatorischen Hindernissen der beschriebenen Umsetzung eines neuen Berufsbildes im Rahmen der Pflegeausbildung sind weitere Alternativen aufgrund der Verknappung des Versorgungsangebotes der Hebammenleistungen durch die Akademisierung des Hebammenberufes zu prüfen. Dies beinhaltet die Prüfung der Etablierung eines eigenständigen Ausbildungsberufes einer Mütterpflegekraft ohne direkte Anbindung an die derzeitige Pflegeausbildung bzw. die Weiterbildung zur Mütterpflegekraft aufbauend auf der 3-jährigen Pflegeausbildung ähnlich der DKG-Empfehlungen für pflegerische Weiterbildungen.

Laut Destatis arbeiten derzeit ca. 24.000 Hebammen in Deutschland. Davon arbeiten ca. 11.600 Hebammen tatsächlich in der Geburtshilfe. Es ist daher davon auszugehen, dass mindestens die Hälfte aller Hebammen nach ihrer Ausbildung nicht mehr mit Geburtshilfe in Berührung kommt. Diese Gruppe könnte künftig als Mütterpflegekräfte ausgebildet werden, während die die geburtshilflichen Hebammen, komplett akademisiert wären.

Aufgrund des großen Verantwortungsbereiches bei Geburten ist eine Akademisierung für Hebammen mit Geburtshilfe sicherlich sinnvoll. Den Hebammen wäre es so künftig möglich, auf „Augenhöhe mit den Ärzten zusammen zu arbeiten. Das ist überwiegend in der Geburtshilfe von Relevanz, da dort i.d.R. die beiden Professionen eng zusammenarbeiten. Von jeher sind hier aufgrund der unterschiedlichen Qualifikationen (Akademisierung versus Ausbildung) Akzeptanzprobleme vorhanden gewesen (vgl. hierzu auch BQS-Gutachten).

Mit dem GKV-Modell zur Schaffung eines neuen Berufsbildes – der Mütterpflegekraft – würden die aus der Vollakademisierung resultierenden Versorgungsprobleme aufgefangen werden. Insbesondere könnte das Problem der noch nicht ausreichend vorhandenen Hochschulstandorte und Lehrenden sowie die aus der Umstellung von einer drei- auf eine vierjährige Ausbildungs-/Studienzeit resultierenden Verzögerungen verringert werden. Die Fokussierung der „akademisierten“ Hebamme auf die klinischen und außerklinischen Geburten und die dazugehörigen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft in Kombination mit dem Zuwachs an potentiellen Leistungserbringern am Wochenbett durch Mütterpflegekräfte würde zu einer bundesweiten Entlastung/Entzerrung der Versorgungslage führen. Gleichzeitig wäre die von der Bundesregierung vorgesehene Vollakademisierung der Hebammen nach EU-Recht gewährleistet.