

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: DGHWi

Datum: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	Die geburtshilfliche Versorgung steht bereits jetzt unter hohem Druck. Der aktuelle Entwurf erlaubt Ausnahmen von Qualitätskriterien, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die DGHWi erkennt den Handlungsbedarf in strukturschwachen Regionen an. Dennoch sieht die DGHWi die Gefahr, einer dauerhaften Absenkung der Qualitätsstandards. Dies führt zwangsläufig zu einer Verschlechterung der geburtshilflichen Versorgung und zu erhöhten Risiken für die Mutter bzw. die gebärende Person und die Kinder.
2	§ 135d	– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas – Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin	Aus Sicht der DGHWi sind Ausnahmen von den Qualitätskriterien in der geburtshilflichen Versorgung ausschließlich unter strikter zeitlicher Befristung zuzulassen. Jede Ausnahme ist mit jährlich vorzulegenden Fortschrittsberichten zu unterlegen, die klar definierte Qualitätsmeilensteine enthalten, insbesondere die Einhaltung der Qualitätskriterien sowie die Sicherstellung einer 24/7-Facharztanwesenheit. Um Transparenz gegenüber Fachöffentlichkeit und Bevölkerung zu gewährleisten, sind sämtliche Ausnahmen mit Begründung, Laufzeit, definierten Meilensteinen und dem aktuellen Umsetzungsstand allgemeingültig und öffentlich zugänglich darzustellen.
3	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO	Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden stationären Versorgung in der Geburtshilfe und unter Berücksichtigung von

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss - Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern - Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) - Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 - Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) - Streichung eines Verweises (entfallen)	Bevölkerungsstrukturen, Bevölkerungsdichte, regionaler Erreichbarkeit und zumutbaren Anfahrtszeiten muss das bestehende geburtshilfliche System erhalten und gleichzeitig weiterentwickelt werden. Das bedeutet konkret, dass hebammengeleitete Kreißsäle mit eigener Leistungsgruppe ausgebaut, adäquate Personalstrukturen in Kreißsälen mit angestellten Hebammen, der Erhalt von Dienst- und Begleit-Beleghebammen zur Sicherstellung der kontinuierlichen Hebammenbetreuung gewährleistet, eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe gesichert werden müssen, um Versorgungsqualität und wissenschaftliche Evidenz im Rahmen einer eigenen Leistungsgruppe zu stärken. Hinsichtlich der Leistungsgruppen unterstützt die DGHWi den Vorschlag des Deutschen Hebammenverbandes (DHV), in Anlehnung an das in Nordrhein-Westfalen erprobte Modell, die geburtshilfliche Versorgung in zwei Leistungsgruppen zu gliedern: eine fachärztliche und eine hebammengeleitete Geburtshilfe. Zur adäquaten Abbildung der hebammengeleiteten Geburt in der klinischen Versorgung ist ein eigener Standard erforderlich, da der fachärztliche Standard hier nicht anwendbar ist. Bislang fehlen jedoch verbindliche Anforderungskriterien für diesen Standard. Für die Leistungsgruppe „hebammengeleitete Geburtshilfe“ müssen die Qualitätskriterien definiert werden, die aus hebammenspezifischer Perspektive entwickelt, verbindlich verankert und bei der Finanzierung vollständig berücksichtigt werden. Im Hinblick auf § 135e SGB V begrüßt die DGHWi die vorgesehene Steuerung über Leistungsgruppen, weist jedoch darauf hin, dass diese zwingend mit den nach § 136 SGB V festzulegenden Qualitätskriterien zu verknüpfen sind. Der vorliegende Referentenentwurf bleibt dagegen bei allgemeinen Verfahrensfragen und orientiert die Anlage weiterhin an den bisherigen Levels I–IV, ohne die hebammengeleitete Geburtshilfe als

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			eigenständige Leistungsgruppe abzubilden. Zudem sind die nach § 136a Abs. 7 bis zum 30. Juni 2025 vorzulegenden Qualitätskriterien bislang nicht veröffentlicht. Aus Sicht der DGHWi ist es unerlässlich, dass das KHAG diese Lücke schließt, die Kriterien gesetzlich verbindlich verankert und ihre vollständige Refinanzierung sicherstellt. Auf Grundlage von § 24 SGB V haben Schwangere das Recht, sowohl den Geburtsort als auch ihre betreuenden Fachpersonen – einschließlich Ärztinnen und Hebammen – frei zu wählen. Dieses Recht muss im Rahmen der Qualitätskriterien und insbesondere der Mindestanforderungen umfassend berücksichtigt werden, um werdenden Familien eine echte Wahlfreiheit zu garantieren.
4	§ 135f	– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach §6a KHG als zugewiesen gelten – Folgeanpassung Fristen	Vor dem Hintergrund der vorgesehenen Regelungen nach § 135f SGB V spricht sich die DGHWi dezidiert gegen die Einführung von Mindestfallzahlen (Anzahl der Geburten) in der Geburtshilfe aus. Mindestfallzahlen stellen aus der Sicht der DGHWi keinen geeigneten Qualitätsmaßstab dar. Hoffmann et al. (2023) stützt die Einschätzung der DGHWi, dass Mindestfallzahlen keinen geeigneten Qualitätsmaßstab darstellen [siehe Literaturverzeichnis] Die Analyse zeigt, dass Kliniken mit niedriger Geburtenzahl zwar häufiger schließen, eine verpflichtende Einführung von Mindestfallzahlen jedoch zu einem massiven Verlust wohnortnaher Versorgung führen würde. Die von Bauer et al. (2022) vorgelegte Analyse zur Erreichbarkeit geburtshilflicher Versorgung in Deutschland zeigt deutlich, dass bereits jetzt in einigen Regionen ein eingeschränkter Zugang besteht [s. o.] und gefährden insbesondere in strukturschwachen Regionen, die Versorgungssicherheit. Qualität in der Geburtshilfe lässt sich dabei entlang der klassischen Dimensionen von Donabedian definieren [s.o]:

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			• Strukturqualität umfasst die personelle Ausstattung, eine bedarfsgerechte Hebammenpräsenz, die räumliche und technische Infrastruktur sowie die Erreichbarkeit der Einrichtungen. • Prozessqualität beschreibt die Kontinuität der Betreuung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, transparente Kommunikation und die Möglichkeit zur partizipativen Entscheidungsfindung von Frauen und gebärenden Personen. • Ergebnisqualität bezieht sich sowohl auf klinische Indikatoren wie Morbidität und Mortalität als auch auf risikoadjustierte Interventionsraten sowie patientenberichtete Ergebnis- und Erfahrungsmessungen (PROMs/PREMs). Die kontinuierliche, transparente Veröffentlichung geburtshilflicher Qualitätsindikatoren, wie vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen [8] gefordert, bildet eine zentrale Voraussetzung für wirksame Qualitätssicherung, da sie Einrichtungen ermöglicht, Abweichungen in Versorgungsprozessen evidenzbasiert zu identifizieren und zielgerichtete Verbesserungen einzuleiten. Zentralisierung ist nur dann ein Instrument der Qualitäts- und Sicherheitssteigerung, wenn sie auf einer belastbaren Infrastruktur aus Transparenz und Qualitätsindikatoren basiert; andernfalls bleibt sie primär eine strukturelle Umsteuerung ohne gesicherten Qualitätsgewinn. Die kontinuierliche, transparente Veröffentlichung geburtshilflicher Qualitätsindikatoren, wie vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gefordert, bildet eine zentrale Voraussetzung für wirksame Qualitätssicherung, da sie Einrichtungen ermöglicht, Abweichungen in Versorgungsprozessen evidenzbasiert zu identifizieren und zielgerichtete Verbesserungen einzuleiten. Zentralisierung ist nur dann ein

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Instrument der Qualitäts- und Sicherheitssteigerung, wenn sie auf einer belastbaren Infrastruktur aus Transparenz und Qualitätsindikatoren basiert; andernfalls bleibt sie primär eine strukturelle Umsteuerung ohne gesicherten Qualitätsgewinn.
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	Die nach § 136a Abs. 7 bis zum 30. Juni 2025 vorzulegenden Qualitätskriterien wurden bislang nicht veröffentlicht. Diese Kriterien sind gesetzlich zu verankern und ihre vollständige Refinanzierung sicherzustellen.
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: - Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern - Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV - Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien - LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie - LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche - Streichung der LG 3 - LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung - Streichung der LG 16 - LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	Die DGHWi fordert eine eigene Leistungsgruppe hebammengeleitete Geburtshilfe anhand festgelegter definierter Qualitätskriterien.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung - LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen - LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung der LG 47 - LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung - LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung - LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung LG 65	
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	
2	§ 6a	- Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen - Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben - Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien - Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	
4	§ 12b	– Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. – Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO – Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Im Transformationsfonds gemäß § 14 KHG und § 187 Absatz 10 GWB müssen derzeit fehlende Evaluationskriterien sowie in der Evaluation involvierte Personen benannt werden.
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen – Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	Die DGHWi stuft die strategische Bedeutung hochschulischer und universitärer Standorte für die Ausbildung und Forschung im Bereich der Hebammenwissenschaft als hoch ein. Akademische Standorte mit geburtshilflichen Studiengängen sind zu schützen und ihre Finanzierung über die Vorhaltevergütung nachhaltig sicherzustellen.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Entgegen der Zielsetzung des KHAG, die Qualitätssicherung der akademischen Hebammenausbildung voranzutreiben und den Theorie-Praxis-Transfer inklusive praxisanleitender- und -begleitender Tätigkeitsbereiche zu unterstützen, können Verzögerungen bei der Vorhaltevergütung die finanzielle Basis des betroffenen Studiengangs schwächen. Hierdurch folgt eine Verfehlung der eigentlichen Zielsetzung. Daher spricht sich die DGHWi für die prioritäre Finanzierung hochschulgebundener Standorte der Hebammenwissenschaft aus. Dies gilt auch während notwendiger Übergangsphasen. Eine bundeseinheitlich koordinierte, akademische und institutionsübergreifende Weiterentwicklung von Forschung und Lehre in der Hebammenwissenschaft ist unverzichtbar, um den qualitativen Anspruch an eine moderne und zukunftsfähige Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die DGHWi schlägt vor, für Hochschulkliniken mit geburtshilflicher Ausbildung übergangsweise gezielte Zuschläge einzuführen, bis die Vorhaltevergütung vollständig greift. Dadurch könnten die bestehenden Ausbildungskapazitäten, insbesondere an forschungsstarken Standorten der Hebammenwissenschaft, verlässlich gesichert werden, ohne den Zeitplan der Reform maßgeblich zu verändern.
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Die DGHWi fordert eine gesetzlich verbindliche Zweckbindung der Förderbeiträge. Ohne eine solche Regelung besteht die Gefahr, dass die Mittel in anderen Leistungsbereichen verwendet werden und damit ihre intendierte Wirkung auf die geburtshilfliche Versorgung verfehlen.
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie:	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	
2	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	
3	§ 5	– Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	Die DGHWi begrüßt ausdrücklich die vorgesehene finanzielle Absicherung geburtshilflicher Vorhaltekosten und die Möglichkeit, Transformationsmittel für die strukturelle Weiterentwicklung der Geburtshilfe einzusetzen. Der Transformationsfonds in Höhe von 25 Mrd. Euro bis 2035 bietet die Chance, neue Versorgungsmodelle zu fördern. Hebammengeleitete Kreißsäle, integrative Wochenbettstationen und interprofessionelle Frühbetreuungsangebote könnten hier einen erheblichen Beitrag zur Entlastung der Kliniken und zur Verbesserung der Versorgungsqualität leisten. Geburtshilfliche Innovations- und Transformationsprojekte sind ausdrücklich als förderfähige Maßnahmen im Rahmen des Transformationsfonds zu

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			verankern. Für diese Förderungen ist eine strikte Zweckbindung vorzusehen, ergänzt durch eine transparente Nachweisführung zu geburtshilflich relevanten Fördertatbeständen. Die DGHWi regt an, im Rahmen des Transformationsfonds ein spezielles Förderfenster für Projekte zur hebammenspezifischen Versorgung einzurichten, beispielsweise für hebammengeleitete Kreißsäle, interprofessionelle und sektorenübergreifende Betreuungsteams oder Telehebammenversorgung in strukturschwachen Regionen. So ließe sich die Strukturreform gezielt mit nachweislich wirksamen Versorgungsinnovationen verknüpfen. Darüber hinaus sind alle aus dem Transformationsfonds geförderten geburtshilflichen Projekte durch eine unabhängige wissenschaftliche Evaluation begleiten zu lassen, wobei die Hebammenwissenschaft aktiv einzubinden ist. Dadurch kann die Umsetzung der Reform evidenzbasiert gesteuert und die Akzeptanz bei Fachpersonal wie auch in der Öffentlichkeit gestärkt werden.
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: - Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle - Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	
7	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
8	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	
9	§ 21	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV – Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	Gerade in der geburtshilflichen Versorgung führt der bisherige Wettbewerbsrahmen häufig zu einer Zersplitterung der Ressourcen: Kliniken halten parallel kleine Kreißsäle vor, die personell nur knapp besetzt sind, und können weder die WHO-empfohlene 1:1-Betreuung noch eine durchgängige Präsenz erfahrener Fachkräfte sicherstellen. Durch kartellrechtliche Hürden war es bislang erschwert, dass sich mehrere Standorte in einer Region zusammenschließen, um gemeinsame geburtshilfliche Zentren zu betreiben oder Ressourcen, wie Hebammenpools zu teilen. Die DGHWi befürwortet die geplante Änderung ausdrücklich, da sie die rechtliche Grundlage für regionale Kooperationsstrukturen stärkt, die im Zuge der Zentralisierung zwingend notwendig sind. Durch die kartellrechtliche Liberalisierung im Sinne des KHAG kann der Aufbau von regionalen geburtshilflichen Kompetenzzentren gelingen, vorausgesetzt, der Gesetzgeber verknüpft diese Flexibilität mit verbindlichen Qualitätskriterien und einer klaren öffentlichen Zielsetzung. Aus Sicht der DGHWi sind in allen Kooperationsverträgen verpflichtende Qualitätsvereinbarungen festzuschreiben, um sicherzustellen, dass Synergieeffekte nicht zu einer Reduktion geburtshilflicher Kapazitäten ohne nachweislichen Qualitätsgewinn führen. Zudem ist die frühzeitige und kontinuierliche Einbindung von Hebammenverbänden sowie wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Ausgestaltung regionaler Kooperationsmodelle zwingend erforderlich. Dabei muss sichergestellt sein, dass geburtshilfliche Kooperationsstrukturen nicht primär dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V folgen, sondern vorrangig an Versorgungsauftrag und Qualitätszielen ausgerichtet werden.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Schließlich ist die Hebammenwissenschaft systematisch in die wissenschaftliche Begleitforschung einzubinden, um die Reformmaßnahmen evidenzbasiert zu steuern und ihre Wirksamkeit transparent zu evaluieren.
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllung s-aufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		