

**Stellungnahme**  
**der Deutschen Gesellschaft für**  
**Hebammenwissenschaft e.V.**  
**zum**  
**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung der**  
**Krankenhausreform**  
**(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)**

Autorinnen: Ana Sophia Almeida Dehesa, Prof. Dr. Julia Berger, Claudia Donner M.A., Katrin Wagner B.A., Jana Mieke B.A., Astrid Polentz M.A.<sup>1</sup>

Datum: 21.08.2025

---

<sup>1</sup> Alphabetische Aufzählung

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) erkennt die Bedeutsamkeit des Krankenhausreformatungsanpassungsgesetzes (KHAG) als Anbindung an das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hinsichtlich eines Wendepunktes für berufliche als auch rahmende Bedingungen in deutschen Kliniken an. Dabei ist die Zielsetzung der Krankenhausreform, eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte, entbürokratisierte und effiziente Krankenhausversorgung sicherzustellen.

Internationale Evidenz zeigt, dass kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung zu besseren geburtshilflichen Ergebnissen und zu höherer Zufriedenheit bei Frauen und gebärenden Personen führt [10]. Diese Form der Betreuung ist unverzichtbar und muss in ihrer Qualität weiter ausgebaut werden. Hebammengeleitete Versorgungsmodelle, wie Hebammenkreißsäle oder eigenständige hebammengeleitete geburtshilfliche Modelle, verkörpern dabei ein zentrales Qualitätsmerkmal, da sie den Anspruch an Kontinuität, Selbstbestimmung und Interventionsarmut systematisch umsetzen. Sie haben für Frauen, gebärende Personen, Familien und Kinder einen herausragenden gesellschaftlichen Wert und müssen dauerhaft gewährleistet sein.

Eine hochwertige geburtshilfliche Versorgung ist ein Schlüsselfaktor für die Gesundheit von werdenden Familien und bringt erhebliche gesamtgesellschaftliche Vorteile mit sich [10]. Qualität in der Geburtshilfe lässt sich dabei entlang der klassischen Dimensionen von Donabedian definieren [6]:

- 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).

Im weiteren Verlauf dieser Stellungnahme wird der Begriff „Qualität“ bzw. „Qualitätskriterien“ stets in diesem umfassenden Sinne verstanden: als evidenzbasierte, kontinuierliche Hebammenbetreuung, die nicht nur gesundheitliche Outcomes, sondern auch die Erfahrungen und die Zufriedenheit von Frauen und gebärenden Personen systematisch berücksichtigt.

Qualität bedeutet in diesem Kontext die konsequente Sicherung einer Betreuung, die medizinische Sicherheit, psychosoziale Unterstützung und Selbstbestimmung miteinander verbindet und dadurch nachhaltige Verbesserungen für Mutter, Elternteil und Kind sowie für die Gesellschaft insgesamt schafft.

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft, die sich der Förderung von hebammenwissenschaftlicher Forschung, der hebammenspezifischen sowie interprofessionellen akademischen Lehre und Praxisentwicklung verpflichtet, sieht die DGHWi bei Teilen der Änderungen des KHAG erheblichen Diskussionsbedarf. Besonders betroffen sind hierbei die Bereiche geburtshilfliche Versorgung, die akademische Hebammenausbildung und die Qualitätssicherung in spezialisierten hebammenrelevanten Leistungsbereichen.

## **1. Allgemeine Bewertung des Referentenentwurfs**

Die DGHWi befürwortet ausdrücklich die folgenden Inhalte:

- Vorgesehene Stärkung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen Versorgungseinrichtungen nach § 109 Abs. 3a SGB V zur besseren Vernetzung und Zusammenarbeit von Kliniken und hebammengeleiteten Einrichtungen
- Regional angepasste Versorgungsplanung nach unterschiedlichen geographischen, demographischen und infrastrukturellen Gegebenheiten
- Geplante Maßnahmen zur Entbürokratisierung der Beantragung von Mitteln aus dem Transformationsfonds nach § 12b KHG

Abgelehnt wird durch die DGHWi Folgendes:

- Die in § 6a Abs. 4 KHG vorgesehene Möglichkeit der befristeten Qualitätskriteriensenkung für die Leistungsgruppe Geburtshilfe
- Mindestfallzahlen als Qualitätsparameter für die Leistungsgruppe Geburtshilfe
- Orientierung der Leistungsgruppe Geburtshilfe an dem Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 SGB V
- Zeitpunkt der Maßnahmenevaluation
- Eingruppierung der Geburtshilfe in die Leistungsgruppen: Geburten, Perinataler Schwerpunkt, Perinatalzentrum Level 1, Perinatalzentrum Level 2

## **2. Spezifische Anmerkungen zum Referentenentwurf**

### **2.1 Änderung des fünften Sozialgesetzbuch (Art. 1)**

#### **2.1.1 Zu §109 SGB V**

Die geburtshilfliche Versorgung steht bereits jetzt unter hohem Druck. Der aktuelle Entwurf erlaubt Ausnahmen von Qualitätskriterien, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten [1]. 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.

#### **2.1.2 Zu §135d SGB V**

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.

#### **2.1.3 Zu §135e SGB V**

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden stationären Versorgung in der Geburtshilfe und unter Berücksichtigung von 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 bereits oben genannten 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 [5]: 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 Leveln I–IV, ohne die hebammengeleitete Geburtshilfe als eigenständige Leistungsgruppe abzubilden [1]. 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.

#### **2.1.4 Zu §135f SGB V**

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 [7]. 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 [2] und gefährden insbesondere in strukturschwachen Regionen, die Versorgungssicherheit. Anstelle volumetrischer Schwellen empfiehlt die DGHWi die auf Seite 2 genannten Qualitätskriterien als Grundlage der Qualitätssteuerung. Die kontinuierliche, transparente Veröffentlichung geburtshilflicher Qualitätsindikatoren, wie vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen [10] 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 [10].

### **2.1.5 Zu § 136a Abs. 7 SGB V**

Im Referentenentwurf zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) bleibt unberücksichtigt, dass der Gesetzgeber bereits mit § 136a Abs. 7 SGB V den Gemeinsamen Bundesausschuss verpflichtet hat, bis zum 30. Juni 2025 sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in hebammengeleiteten Kreißsälen festzulegen. Diese Frist ist inzwischen verstrichen, ohne dass bislang eine Umsetzung oder Fortschreibung im aktuellen Entwurf erkennbar ist. Der DGHWi liegen derzeit keine Informationen über den Bearbeitungsstand vor. Die DGHWi möchte an dieser Stelle an die Festlegung der Qualitätskriterien erinnern, da die hebammengeleitete Geburtshilfe als zukunftsweisendes Modell besondere Unterstützung sowie klare und verbindliche Qualitätsstandards benötigt.

### **2.2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Art. 2)**

Die geplante Regelung einer maximalen PKW-Fahrzeit von 40 Minuten zur nächsten geburtshilflichen Einrichtung wird kritisch gesehen. Aus Sicht der DGHWi sollte dieser Wert auf maximal 30 PKW-Fahrminuten reduziert werden. Bei der Definition der Versorgungsradien sind zudem regionale Besonderheiten, Bevölkerungsdichte sowie die tatsächliche Kapazität der Einrichtungen zu berücksichtigen, um Versorgungslücken zu vermeiden. Eine nicht flächendeckende Geburtshilfe führt zu einer Abwanderung von Familien und somit zu einer sich potenzierenden Entvölkerung strukturschwacher Regionen.

### **2.3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (Art. 3)**

Die vorgesehene Regelung zur vollständigen Refinanzierung tarifbedingter Personalkostensteigerungen sowie zur Zahlung von Vorhaltepauschalen für Bereiche mit besonderen personellen Anforderungen, wie der Geburtshilfe, ist aus Sicht der DGHWi ein notwendiger und begrüßenswerter Schritt. Für die Sicherheit und das Wohlbefinden von Frauen und gebärenden Personen ist die flächendeckende 1:1-Betreuung durch Hebammen während der Geburt essenziell. Die DGHWi fordert eine an die Qualitätskriterien ausgerichtete verbindliche Personalbemessung, die diesen Standard gewährleistet.

Die DGHWi fordert eine gesetzlich verbindliche Zweckbindung der Vorhaltepauschalen. 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. Die derzeitige Vergütungsstruktur benachteiligt interventionsarme Geburtshilfe und schafft Fehlanreize für kostenintensivere Eingriffe. Die DGHWi fordert daher, ökonomische Fehlanreize abzubauen und die Vergütung so zu gestalten, dass kontinuierliche, interventionsarme und evidenzbasierte Geburtshilfe angemessen honoriert wird.

### **2.4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (Art. 4)**

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 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.

Im Transformationsfonds gemäß §14 KHG und §187 Absatz 10 GWB müssen derzeit fehlende Evaluationskriterien sowie in der Evaluation involvierte Personen benannt werden.

## **2.5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (Art. 5)**

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 [8,13]. 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.

Schließlich ist die Hebammenwissenschaft systematisch in die wissenschaftliche Begleitforschung einzubinden, um die Reformmaßnahmen evidenzbasiert zu steuern und ihre Wirksamkeit transparent zu evaluieren.



### **3. Weitere Anmerkungen**

#### **3.1. Zu § 115g, § 115h und § 116a SGB V**

Im Referentenentwurf fehlt die explizite Benennung von Hebammen als eigenständige Berufsgruppe in den geburtshilferelevanten Bestimmungen des Krankenhausreformatenpassungsgesetzes [1]. Dies betrifft insbesondere die sektorenübergreifende Versorgung nach § 115g SGB V sowie besondere Aufgaben nach § 116a SGB V. Eine pauschale Zuordnung zur „Pflege“ ignoriert die eigenständige Ausbildung, rechtliche Verantwortung und spezifische Expertise von Hebammen in der geburtshilflichen Betreuung. Gleichzeitig ist die stimmberechtigte Teilnahme der DGHWi in Qualitätssicherungsausschüssen und Krankenhausplanungsprozessen sicherzustellen, um die fachliche Kompetenz angemessen zu repräsentieren.

#### **3.2. Akademische Hebammenausbildung und Forschung**

Die DGHWi betont die strategische Bedeutung hochschulischer und universitärer Standorte für die Ausbildung und Forschung im Bereich der Hebammenwissenschaft [4]. Der KHAG-Entwurf berücksichtigt die Rolle dieser Standorte bei der Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken in § 38 KHG nicht ausreichend.

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 sowie akademischer Lehrkrankenhäuser als zentrale Ausbildungs- und Forschungskapazitäten in der Geburtshilfe aus. Dies gilt auch während notwendiger Übergangsphasen. Eine bundeseinheitlich koordinierte, akademische und institutionsübergreifende Weiterentwicklung von Forschung und Lehre ist unverzichtbar, um den qualitativen Anspruch an eine moderne und zukunftsfähige Versorgungssicherheit zu gewährleisten [12].

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, verlässlich gesichert werden, ohne den Zeitplan der Reform maßgeblich zu verändern.

Ein strukturiertes Kompetenzprofil ist Grundlage für die Ausbildung qualifizierter Hebammen, wie Pehlke-Milde [11] darlegt. Die in der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) definierten Kompetenzbereiche – darunter u. a.

- die fachlich-methodische Kompetenz (z. B. evidenzbasierte Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett),
- die personale Kompetenz (Selbstreflexion, berufsethische Verantwortung),
- die soziale Kompetenz (Kommunikation, interprofessionelle Zusammenarbeit),
- die wissenschaftliche Kompetenz (kritische Analyse und Anwendung aktueller Forschung)

bilden das Fundament einer qualitativ hochwertigen Berufsausübung.

Die DGHWi betont, dass eine kompetenzorientierte akademische Hebammenausbildung nicht nur die individuelle Handlungssicherheit und Versorgungsqualität steigert, sondern auch die Implementierung innovativer Versorgungsmodelle, wie die des hebammengeleiteten Kreißsaals, der Continuity-of-Care-Konzepte und hebammengeleiteter Beratungs- und Betreuungskonzepte fördert. Die Sicherung und Weiterentwicklung dieser Ausbildungsstandorte ist daher ein entscheidender Faktor für die langfristige Qualität und Resilienz der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland.

Gemäß § 13 Abs. 1 Nr. 2 HebG stellen auch freiberuflich tätige Hebammen und ambulante hebammengeleitete Einrichtungen qualitätsgesicherte Praxiseinsätze im Rahmen der Hebammenausbildung sicher. Der Wegfall dieses Angebotes aufgrund gesetzlich verzögerter Umsetzung würde das Spektrum an Praxiseinsatzorten erheblich einschränken und damit die Vielfalt und Qualität der praktischen Ausbildung angehender Hebammen deutlich mindern.

#### **4. Fazit und zentrale Forderungen**

Die DGHWi setzt voraus, dass verbindliche Qualitätskriterien in der geburtshilflichen Versorgung festgelegt und konsequent eingehalten werden. Nur so kann eine kontinuierliche, hochwertige und evidenzbasierte Betreuung gewährleistet werden.

Die Qualität der geburtshilflichen Versorgung darf nicht allein über numerische Mindestmengen (Geburtenzahlen) definiert werden, sondern muss sich an adäquat berechnetem Personalschlüssel, geprüfter Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie regional angepassten Strukturen und Erreichbarkeiten orientieren. Gleichzeitig sind hebammenwissenschaftliche Forschung sowie hebammen- und interprofessionelle Lehre und Praxisentwicklung unverzichtbar für kontinuierliche Verbesserung, Ausbildung und evidenzbasierte Praxis.

Von zentraler Bedeutung ist die Unterstützung der physiologischen Geburtsprozesse. Die Qualität der geburtshilflichen Versorgung sollte anhand evidenzbasierter Kriterien bewertet werden. Dafür muss die Berufsgruppe der Hebammen im Gesetzentwurf explizit berücksichtigt und der hebammengeleiteten Geburtshilfe eine eigene Leistungsgruppe zugeordnet werden. Nur so können fachliche Kompetenzen optimal genutzt und Widersprüche zwischen Maximal- und Regelversorgung aufgelöst werden. Dadurch würde eine Nachjustierung der bestehenden Unter-, Über- und Fehlversorgung erfolgen.

Die flächendeckende Ausweitung der Qualitätssicherung und den Ausbau der Hebammenkreißsäle fordert die DGHWi weiterhin.

Der Transformationsfonds soll gezielt für innovative geburtshilfliche Versorgungsmodelle geöffnet werden, um zukunftsfähige Strukturen zu fördern.

Die Hebammenwissenschaft ist systematisch in die Evaluation der KHAG-Maßnahmen einzubinden, damit Entscheidungen datenbasiert und evidenzgestützt erfolgen. 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. Die Qualitätssicherung der akademischen Hebammenausbildung soll vorangetrieben werden. Der Theorie-Praxis-Transfer sowie praxisanleitende und -begleitende Tätigkeitsbereiche müssen gestärkt werden. Eine solche Ausbildung steigert nicht nur individuelle Handlungssicherheit und Versorgungsqualität, sondern erleichtert auch die Implementierung innovativer Versorgungsmodelle. Die Sicherung und Weiterentwicklung dieser Standorte ist daher entscheidend für die langfristige Qualität der Hebammenversorgung.

Abschließend fordert die DGHWi, zur Umsetzung der KHAG-Regelungen in der Geburtshilfe, die Einrichtung eines kontinuierlichen Fachdialogs zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, den Ländern sowie den relevanten Berufs- und Fachgesellschaften, einschließlich der DGHWi. Ein solcher Dialog ermöglicht es, frühzeitig auftretende oder absehbare Probleme zu erkennen und zeitnah geeignete Anpassungen vorzunehmen. Ziel muss es sein, eine geburtshilfliche Versorgung zu schaffen, die durch Qualität, Evidenz, verlässliche Finanzierung und Verfügbarkeit geprägt ist und werdenden Familien in allen Regionen dauerhaft Sicherheit bietet.

## Literatur:

- [1] Bundesministerium für Gesundheit. Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG). Bearbeitungsstand 05.08.2025 [zitiert am 18.08.2025]. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/K/RefE\\_Krankenhausreformenpassungsgesetz\\_-\\_KHAG.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/RefE_Krankenhausreformenpassungsgesetz_-_KHAG.pdf)
- [2] Bauer, J., Groneberg, D.A., Maier, W. et al. Accessibility of general and specialized obstetric care providers in Germany and England: an analysis of location and neonatal outcome. *Int J Health Geogr* 16, 44 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12942-017-0116-6>
- [3] Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen. 2024 [zitiert am 17.08.2025]. Verfügbar unter: [https://www.dghwi.de/wp-content/uploads/2025/01/Referentenentwurf\\_KHVVG\\_24\\_04\\_25\\_DGHWi\\_final-2.pdf](https://www.dghwi.de/wp-content/uploads/2025/01/Referentenentwurf_KHVVG_24_04_25_DGHWi_final-2.pdf)
- [4] Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Positionspapier zur Akademisierung der Hebammenausbildung. 2023 [zitiert am 17.08.2025]. Verfügbar unter: [https://www.dghwi.de/wp-content/uploads/2022/12/ZHWi\\_Ausgabe12\\_2023a.pdf](https://www.dghwi.de/wp-content/uploads/2022/12/ZHWi_Ausgabe12_2023a.pdf)
- [5] Deutscher Hebammenverband (DHV). Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG). 2024 [zitiert am: 15.08.2025]. Verfügbar unter: [https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2024/04/2024\\_04\\_29-DHV-SteNa-KHVVG.pdf](https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2024/04/2024_04_29-DHV-SteNa-KHVVG.pdf).
- [6] Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743–8. doi:10.1001/jama.260.12.1743.
- [7] Hoffmann, J., Dresbach, T., Hagenbeck, C. et al. Factors associated with the closure of obstetric units in German hospitals and its effects on accessibility. *BMC Health Serv Res* 23, 342 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09204-1>
- [8] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Jahresauswertung Geburtshilfe 2023. Berlin: IQTIG; 2023 [zitiert am: 16.08.2025]. Verfügbar unter: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/aj2024/pm-gebh/DeQS-RL\\_PM-GEHBH\\_AJ2024\\_BUAW\\_V02\\_2024-08-15.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/aj2024/pm-gebh/DeQS-RL_PM-GEHBH_AJ2024_BUAW_V02_2024-08-15.pdf)
- [9] Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, Jones LV, Shennan AH, Rayment-Jones H. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub6.
- [10] Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129–45.
- [11] Pehlke-Milde J. Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnis-orientierten Curriculumsentwicklung [dissertation]. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin; 2009.

- [12] Plappert CF, Bauer NH, Dietze-Schwonberg K, Grieshop M, Kluge-Bischoff A, Zyriax BC, Striebich S. Academic education of midwives in Germany (part 1): Requirements for bachelor of science programmes in midwifery education. Position paper of the Midwifery Science Committee (AHW) in the DACH Association for Medical Education (GMA). *GMS J Med Educ.*2024;41(3):Doc33.
- [13] World Health Organization (WHO). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018 [zitiert am: 15.08.2025]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>