

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung



Deutscher
Hebammen
Verband

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) begrüßt ausdrücklich den vorliegenden Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung. Dieser sieht zahlreiche Umstrukturierungen und eine engere Vernetzung zwischen vertragsärztlichem Notdienst, Notaufnahmen und Rettungsdienst vor – insbesondere mit dem Ziel, die medizinischen Leistungen im Rettungswesen mitzudenken und für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen. Besonderes Augenmerk liegt auf der Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sowie darauf, die Wirtschaftlichkeit der Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Der Entwurf schafft zudem eine dringend notwendige Basis, um im Gesundheitsbereich – über die lokale Notfallrettung hinaus – in Krisen- oder Katastrophenfällen abgestimmt handeln zu können. Der DHV sieht das als zwingend geboten an.

Der vorliegende Referentenentwurf weist jedoch eine große Lücke im Bereich Notfallversorgungsstrukturen für Schwangere und Gebärende auf. Wichtige Ressourcen und Fachkräfte werden nicht genutzt und strukturell eingebunden. Das ist eine schwerwiegende Schwachstelle, die im parlamentarischen Verfahren dringend adressiert werden sollte. Gleiches gilt für den Bereich der Versorgung anderer vulnerabler Gruppen, wie alte und pflegebedürftige Personen, worauf der Deutsche Pflegerat (DPR) in seiner Stellungnahme ausführlich eingeht. Wir unterstützen diese Positionierung ausdrücklich. Die Grundproblematik ist in beiden Bereichen ähnlich gelagert:

Die erwartbaren Belastungen für das Gesundheitssystem werden aus vielfältigen Gründen bereits kurzfristig erneut deutlich steigen und damit auch die Notfallversorgung schnell an die Kapazitätsgrenze führen. Zu nennen seien nur der laufende Umbau des Gesundheitssystems unter Finanzdruck, deutlich häufigere Extremereignisse aus Klimafolgen, demographischer Wandel in der Bevölkerung sowie im Gesundheitssektor, ggf. aber auch Verteidigungs- oder Bündnisfälle innerhalb Europas oder sogar der BRD. Um diese Belastungen auszugleichen, müssen konsequent alle Gesundheitsberufe anhand ihrer spezifischen Kompetenzen bestmöglich eingebunden werden. Das ist noch nicht der Fall. Es wäre aber nicht schwierig, dies im vorliegenden Gesetzesentwurf zu berücksichtigen und damit wichtige Weichenstellungen vorzunehmen.

Im Weiteren konzentriert der DHV sich spezifisch auf den Bereich der Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen und ihren Familien. Vor dem Hintergrund der Umsetzung des KHVVG, dem BStabG und dem fortschreitenden Wegfall geburtshilflicher Kliniken ist dieser Versorgungsbereich kritisch betroffen und es sind neue Versorgungslücken zu erwarten, die Auswirkungen auf die Notfallversorgung haben werden. Der DHV sieht nach Analyse der Herausforderungen jedoch auch gute Chancen, dass die Versorgung in diesem Bereich durch die Berücksichtigung von Hebammenkompetenz im Sinne der Zielsetzung dieses Gesetzes, relativ einfach niedrigschwellig sichergestellt werden kann.

Grundsätzlich ist es in Deutschland gesetzlich verpflichtend, eine Hebamme zu einer Geburt hinzuzuziehen. Auch Notärzte sind dieser Hinzuziehungspflicht unterworfen. In einem akuten Notfall kann dies jedoch oft nicht praktisch umgesetzt werden. Rettungsfachpersonal ist in der Regel nicht ausreichend in Geburtshilfe geschult und kann bei schwierigen Verläufen nur bedingt intervenieren. Gleiches gilt für die passgenaue Risikoanalyse, Patientenlenkung und Versorgung in integrierten Notfallzentren (INZ). Hebammen haben in diesen Bereichen eine Kernkompetenz und sollten entsprechend sowohl im Rettungsdienst, im klinischen Bereich als auch in der ambulanten Versorgung strukturell mitgedacht und eingesetzt werden. Nicht jede Schwangere braucht sofort einen Arzt oder muss im Kreißaal vorstellig werden. Hier können Kapazitäten effizienter eingesetzt werden.

Fünf niedrigschwellige Möglichkeiten im Gesetzesentwurf, um Hebammen einzubinden:

1. **Im Rettungsdienst** sollten Hebammen von den Leitstellen zu Einsätzen mit Schwangeren oder Gebärenden hinzugezogen werden können. Gerade in Regionen, in denen weite Anfahrtswege zur nächsten Geburtshilfe abgedeckt werden müssen, entlastet dies die Rettungsdienste, verhindert unnötige Transporte und steigert Sicherheit für Mutter und Kind. Über sinnvolle Alarmierungsketten können zudem ungeplante Alleingeburten besser verhindert werden. Hierfür sollten bundesweit geltende Grundlagen geschaffen werden.
2. **Für „Integrierte Notfallzentren“ (INZ)** ohne Geburtsklinik in unmittelbarer Nähe sollte dringend die Möglichkeit geschaffen werden, über Kooperationen mit Hebammen, Hebammenpraxen oder Geburtshäusern die Versorgung bei Notfällen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit abzudecken. Auch bei INZ die in Kliniken mit Geburtshilfe eingerichtet werden, ist der Einsatz von Hebammen sinnvoll, um die Kreißsäle zu entlasten.
3. **Beim „aufsuchenden Dienst“** erscheint es sinnvoll, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Kooperationen mit Einrichtungen der Hebammenhilfe für die Versorgung von Schwangeren eingehen kann. Hebammen werden bislang nicht explizit genannt, sind als Berufsgruppe aber prädestiniert, bei geburtshilflichen Fällen sowie in Schwangerschaft und Wochenbett aufsuchend tätig zu sein.
4. **Beim digitalen Ersteinschätzungstool (Erst-Triage)** sollte die Fachexpertise der Hebammen in der physiologischen Schwangerschafts- und Geburtshilfe explizit für die Formulierung passgenauer Parameter und Fragen einbezogen werden, um Über-, Unter- und Fehlversorgung einzudämmen.
5. **Beim Gesundheitsleitsystem** sollten Hebammen in die Liste der Leistungserbringer aufgenommen und technisch eingebunden werden. Dadurch wäre auch eine Registrierung der regional zur Verfügung stehenden Hebammen möglich.

Die Notfallreform sollte die Chance nutzen, sowohl die Kompetenzen der Pflege als auch der Hebammen für die Notfallversorgung effizient nutzbar zu machen und dafür die bestehenden Hürden abzubauen.

Im Einzelnen nimmt der DHV Stellung wie folgt:

Zu § 30 Medizinische Notfallrettung

Der DHV begrüßt die Einführung eines eigenständigen Anspruchs auf medizinische Notfallrettung in § 30 SGB V, sieht jedoch, genau wie der DPR, wichtigen Anpassungsbedarf. Um die Notfallrettung effizient und praxisnah zu verbessern, braucht es dringend die passgenaue Abstimmung der sektorenübergreifenden Versorgung über die ärztlichen Leistungserbringer hinaus.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich im Zuge der laufenden geplanten und ungeplanten Zentralisierung im Gesundheitsbereich die Anfahrtszeiten bis zur nächsten Geburtshilfe deutlich verlängern und in strukturschwachen Regionen die Gefahr einer Geburt im Rettungswagen oder sogar eines unbegleiteten Geburtsvorgangs signifikant steigt. Geburten sind ein physiologischer Vorgang, der jedoch schnell zu einem Notfall werden kann. Rettungshelfer erwerben in der Regel keine geburtshilfliche Qualifikation, um eine Notsituation oder eine normale Geburtssituation sicher einzuschätzen und angemessen handeln zu können.

Hebammen sind häufig die ersten Personen, die Regelwidrigkeiten in Schwangerschaft oder im Geburtsverlauf erkennen und Versorgungsentscheidungen eigenständig treffen. Zudem besteht die gesetzliche Hinzuziehungspflicht von Hebammen zur Geburt. Sowohl die werdende Mutter als auch das ungeborene Kind können Einsätze der Notfallversorgung auslösen. Sie werden im Gesetzesentwurf jedoch bislang nicht ausreichend berücksichtigt.

Der DHV empfiehlt, Hebammenhilfe als Teil des Notfallmanagements zu ermöglichen und die Berufsgruppe der Hebammen ausdrücklich als Teil des ‚nichtärztlichen Fachpersonals‘ nach § 30 Abs. 4

zu benennen. So können Fehlinterpretationen verhindert, Versorgungsqualität gesichert und die angestrebte bundesweite Standardisierung in diesem Versorgungsbereich ermöglicht werden.

Formulierungsvorschlag § 30:

(1) Bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles haben Versicherte Anspruch auf medizinische Notfallrettung durch einen in § 133 Absatz 1 genannten Leistungserbringer. Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass

*1. sich der Versicherte aufgrund seines Gesundheitszustandes **oder des Gesundheitszustandes des ungeborenen Kindes** in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder*

*2. eine lebensbedrohende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung des Versicherten **oder des ungeborenen Kindes** zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.*

(...)

*(3) Das Notfallmanagement umfasst die Entgegennahme des medizinischen Hilfeersuchens, die Vermittlung der erforderlichen Hilfe und, sofern im Einzelfall erforderlich, die barrierefreie telefonische oder telemedizinische Notfallberatung, einschließlich der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen **oder geburtshilflicher Unterstützung durch eine Hebamme.** Ab dem (...)*

*(4) Die notfallmedizinische Versorgung umfasst die aus medizinischen Gründen erforderliche Versorgung durch nichtärztliches Fachpersonal an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des rettungsdienstlichen Notfalls befindet, und während eines Notfalltransports sowie, sofern aus medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich, eine zusätzliche Versorgung durch Notärzte, die auch telemedizinisch erbracht werden kann. **Bei geburtshilflichen Notfällen wird Hebammenhilfe bereitgestellt.***

(5) (...)

Zu § 60 Krankenfahrten und Krankentransporte

Der DHV begrüßt die strukturelle Neuordnung der Transportregelungen, sieht aber Ergänzungsbedarf bei Schwangeren oder gebärenden Personen. Angesichts der größer werdenden Versorgungslücken – insbesondere in strukturschwachen Regionen, aber auch in Metropolregionen – erscheint es notwendig, den Transport von Schwangeren oder gebärenden Personen über die lebensbedrohlichen Fälle hinaus, wie in § 30 festgelegt, explizit zu regeln. Nur so kann die sachgemäße Weiterleitung in die passende Versorgungsstufe strukturell untermauert werden, um die existente Über-, Unter- und Fehlversorgung einzudämmen. Da jedoch der Transport zu ambulanten Behandlungen eine Pathologie voraussetzen, Geburten jedoch primär physiologische Vorgänge mit intensivem Betreuungsbedarf sind, sollte der Transport dieser Personengruppe eindeutig geregelt werden. Ebenso ist es sinnvoll klarzustellen, dass die Regelungen unter Absatz 2 Nr. 1 und 4 auch die Verlegung vom Geburtshaus in eine Klinik mit umfassen.

Der DHV weist darauf hin, dass die digitale Einbindung der Hebammen auch bei der Notfallversorgung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett entscheidend ist: Sowohl aufsuchend tätige Hebammen als auch hebammengeleitete Einrichtungen (HgE) brauchen interoperable Schnittstellen zu den standardisierten Ersteinschätzungsverfahren, damit Informationen von Hebammen unmittelbar in Transportentscheidungen einfließen können. Dies erhöht die Patientensicherheit und reduziert Fehlsteuerungen sowie unnötige Transporte. Sowohl im Entwurf des GeDIG als auch in diesem Gesetzesentwurf ist dies noch nicht zufriedenstellend geregelt.

Formulierungsvorschlag § 60:

§ 60 Krankenfahrten und Krankentransporte

(3) Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für (...)

3. Krankenfahrten oder Krankentransporte zu

a) (...)

d) Transport in eine hebammengeleitete Einrichtung nach § 24f SBG V.

wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen erforderliche vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese nicht ausführbar ist,

4. (...)

Zu § 75 Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung

Der DHV begrüßt grundsätzlich den Ansatz, die Durchführung des aufsuchenden Dienstes über Kooperationen mit qualifiziertem nichtärztlichem Personal zu organisieren. Die offensichtliche Schwachstelle des arztzentrierten Systems ist die knapp bemessene ärztliche Ressource. So ist die Entwicklung der Facharztzahlen in strukturschwachen Regionen alarmierend und lässt kaum eine andere Lösung sinnvoll erscheinen.

Wir betonen ausdrücklich: Eine flächendeckende aufsuchende Akutversorgung kann nur dann gelingen, wenn sie nicht allein auf den Schultern der Ärztinnen und Ärzte lastet, sondern alle medizinische Fachberufe mit ihren spezifischen Kompetenzen berücksichtigt und in der Versorgung entsprechend einsetzt. Daher sollte die Kassenärztliche Vereinigung als ersten Schritt die Befugnis erhalten, Kooperationsverträge auch mit anderen Gesundheitsberufen abschließen zu können.

Für den Versorgungsbereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind Hebammen die einzige prädestinierte nichtärztliche Berufsgruppe, da ihnen primär die Versorgung in diesem Bereich obliegt und insbesondere die Hinzuziehungspflicht ihre Anwesenheit bei jeder Geburt zwingend erfordert (§ 4 Abs. 3 HebG). Für den Bereich der Pflege verweisen wir auf den DPR.

Formulierungsvorschlag § 75

„(1b) (...) Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Durchführung der in Satz 6 Nummer 2 und 3 genannten Maßnahmen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander sowie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 6 Nummer 3 genannten Maßnahme qualifiziertes nichtärztliches Personal einsetzen, das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt. Bei geburtshilflichen Einsätzen kann die Kassenärztliche Vereinigung die Versorgung auch über eine Kooperation mit hebammengeleiteten Einrichtungen sicherstellen. Das Nähere (...)

(1c) (...) Zur Behandlung soll vorrangig in die Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren vermittelt werden, sofern diese als medizinisch gebotene Versorgungsebene in Betracht kommen. In geeigneten Fällen kann eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation vermittelt werden. Bei Versorgungsfällen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kann an Einrichtungen der Hebammenhilfe vermittelt werden. Dies gilt auch für die telefonische oder videounterstützte Konsultation. Für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt (...)

Zu § 123 Integrierte Notfallzentren (INZ)

Um die Überlastung der verbleibenden Kreißsäle zu vermindern und die passgenaue Patientinnenlenkung sicherzustellen, müssen Hebammen in INZ systematisch eingesetzt werden. Dies ist sektorenübergreifend problemlos möglich.

Hebammen obliegt die Betreuung von Frauen und ihren Familien im gesamten Versorgungsbereich Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Sie sind häufig die ersten, die Notfallsituationen bei dieser Patientinnengruppe erkennen und Versorgungsentscheidungen treffen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich bei Schwangerschaften und Geburten um physiologische Prozesse handelt, die für unerfahrene Personen schnell wie Regelwidrigkeiten oder Notfallsituationen aussehen können, ist der Einsatz dieser Berufsgruppe im INZ effizienz- und qualitätssteigernd.

Der DHV empfiehlt dringend, die Versorgung von Schwangeren und Gebärenden bei den INZ, analog zu der Versorgung von Kindern und Jugendlichen oder psychischen Erkrankungen, mitzuregeln. Dafür ist in regionalen Versorgungskonzepten die personelle Einbindung von Hebammen als Teil der Mindestbesetzung des INZ verpflichtend sicherzustellen. Standorte mit Erwartungswert oder Erreichbarkeit für Schwangere und Gebärende sollten verpflichtet sein, mindestens Hebammen im Team vorzuhalten (personell oder im Konsildienst, möglicherweise mit Einbindung durch Telemedizin).

Der Einsatz von Hebammen stärkt die Patientensicherheit bei geburtshilflichen Fällen, da diese sich von anderen Notfällen in ihrer Natur deutlich unterscheiden. Schwangere benötigen kompetente Ansprechpartner*innen und Fachpersonal, um einen gleichwertigen Zugang zur geburtshilflichen Notfallversorgung nach Klinikschließungen zu erhalten. Die fachlich richtige Einschätzung durch Hebammen entlasten gleichzeitig Notaufnahmen, Rettungsdienst und Akutleitstellen. Über-, Unter- und Fehlversorgung wird vermieden.

Formulierungsvorschlag § 123

(1) (...) Eine Kooperationspraxis muss organisatorisch und technisch so mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass ohne jeden zeitlichen Verzug eine rückverfolgbare und digitale Fallübergabe zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und der Kooperationspraxis möglich ist. An Standorten mit Erwartungen oder Erreichbarkeit für Schwangere und Gebärende ist sicherzustellen, dass die vertragsärztliche Praxis Hebammenhilfe vorhält. Dies kann auch durch Kooperationen mit Einrichtungen der Hebammenhilfe, Rufbereitschaft, Konsildienst oder telemedizinisch erfolgen.

(2) (...)

(3) Integrierte Notfallzentren haben sicherzustellen, dass sie

- 1. zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützt werden, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist, und*
- 2. bei Hinweisen auf das Vorliegen psychischer Erkrankungen von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenheilkunde durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützt werden, wenn an ihrem Standort keine Fachabteilung für Psychiatrie oder Psychosomatik vorhanden ist.*
- 3. zur Behandlung von Schwangeren oder Gebärenden durch eine Hebamme nach § 1 HebG oder durch eine hebammengeleitete Einrichtung unterstützt werden. Die Unterstützung kann auch durch telemedizinische oder telefonische Konsilien erfolgen.*

(...)

Zu §123c Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des Integrierten Notfallzentrums

In Ersteinschätzungsstellen und digitalen Ersttriage-Tools (wie im § 123c vorgesehen) sollte das spezifische Wissen von Hebammen, insbesondere bei geburtsbezogenen Fragestellungen, verankert werden, beispielsweise bei der Formulierung von spezifischen Fragen und Parametern. Hebammen sollten darüber hinaus verpflichtend bei der Entwicklung von Algorithmen und Schulungen eingebunden werden, welche die Fragestellungen zur Physiologie in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett oder zum Zustand des Neugeborenen umfassen.

Formulierungsvorschlag zu § 123c

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt (...) Bei der Ausgestaltung der Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Belange der an der Ersteinschätzung und an der notfallmäßigen Versorgung beteiligten medizinischen Fachberufe, insbesondere der Pflegefachberufe und der Hebammen, angemessen zu berücksichtigen. In der Richtlinie ist auch das Nähere vorzugeben

1. zur Einbeziehung ärztlichen Personals, sowie von Pflegefachpersonen und Hebammen bei der Durchführung der Ersteinschätzung und bei einer Entscheidung über die Weiterleitung eines Hilfesuchenden an ein Integriertes Notfallzentrum oder an ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche;

2. (...)

§ 92 Absatz 7e gilt für die Richtlinie nach Satz 1 entsprechend. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie nach Satz 1 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, sowie den maßgeblichen Berufsorganisationen der betroffenen Gesundheitsfachberufe, insbesondere der Hebammen und der Pflege, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen der Richtlinie nach Satz 1 auf die Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Notdienstpraxen und der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer und medizinische Fachberufe, insbesondere Pflegefachberufe und Hebammen, sowie auf die Patientenversorgung und die Erforderlichkeit einer Anpassung der Richtlinie zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum (...)

Zu § 133 Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

Im Gesetzestext sollte klar aufgenommen werden, dass Hebammen bei geburtshilflichen Notfällen im aufsuchenden Notdienst – analog zu Notfallsanitätern und Pflegefachpersonen – unter definierten Bedingungen eigenständig und/oder in Zusammenarbeit mit ärztlichem Notfalldienst tätig werden können. Der Bedarf ist auf kommunaler- und Landesebene vorhanden und der DHV hat wegen der häufigen Nachfrage im Mai 2026 die derzeit vorhandenen Chancen und Hürden in einem [Praxisleitfaden](#) veröffentlicht.

Kooperationsverträge mit Hebammen dienen der fachgerechten Einbindung hebammenkundlicher Expertise und gewährleisten eine rechtssichere Zusammenarbeit im Einsatzfall. Hebammenleistungen im Rettungsdienst sollten, sofern die Leistung freiberuflich erfolgt, regulär über den Hebammenhilfungsvertrag abgerechnet werden. Zudem muss die Trägerstruktur und Absicherung klar geregelt sein, damit Hebammen durch Notfalleinsätze kein erhöhtes haftungsrechtliches Risiko erleiden und ein niederschwelliger Zugang für diese qualifizierten Fachkräfte zu Notfallstrukturen gewährleistet bleibt. Ohne diese Klarstellung bleibt der berufsspezifische Haftpflichtschutz ansonsten ein beschäftigungs- und versorgungshinderndes Risiko.

Formulierungsvorschlag zu § 133:

(1) Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 werden ausschließlich durch Leistungserbringer erbracht, die nach Landesrecht dafür vorgesehen sind. Bei geburtshilflichen Einsätzen kann die Kassenärztliche Vereinigung die Versorgung auch über eine Kooperation mit Hebammen oder Hebammengeleiteten Einrichtungen sicherstellen.

(2) (...) § 71 Absatz 1 bis 3 ist zu beachten. Für durch kooperierende Hebammen zu erbringende Leistungen im Rahmen von Einsätzen im Rettungsdienst gelten die nach SGB V § 134a Abs. 1 vereinbarten Vergütungen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam, einheitlich und elektronisch die wesentlichen Inhalte der nach Satz 1 abgeschlossenen Verträge.

(...)

Zu § 133a Gesundheitsleitsystem

Die Beteiligung, Einbindung und effiziente Vermittlung von Hebammen ist enorm wichtig für die Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen im Not- oder Krisenfall. Der DHV betont ausdrücklich: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erfordern besonders in Ausnahmesituationen eine spezifische Betreuung durch eine darauf spezialisierte Berufsgruppe.

Die Versorgung von Gebärenden muss jederzeit und unabhängig von externen Faktoren mitgedacht und geplant werden. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind – anders als elektive Gesundheitsleistungen – akut und unplanbar. Umso wichtiger ist die vorherige theoretische Auseinandersetzung mit der Versorgungsplanung.

Rettungsleitstellen benötigen Kontakte und Prozesse, um lokal ansässige Hebammen in Notfallrettung, Katastrophenpläne und Kommunikationsstrukturen regelhaft einzubinden.

Der DHV weist darauf hin, dass zur flächendeckenden Absicherung der Versorgung nicht nur in Notfallsituationen, sondern auch in Krisensituationen, zeitnah die Registrierung aktiver Hebammen eine wichtige Voraussetzung ist. Eine zentrale Registrierung der aktiv arbeitenden Hebammen könnte z. B. in Verbindung mit dem Heilberufsausweis erfolgen. Weitere Modelle sind ebenfalls denkbar.

Zu § 133b Fachgremium medizinische Notfallrettung

Der DHV begrüßt die Einrichtung eines Fachgremiums für medizinische Notfallrettung. Die von diesem Gremium zu erarbeitenden Rahmenempfehlungen betreffen wesentliche Fragen der Qualität und Organisation der medizinischen Notfallrettung, der Versorgungssteuerung, des Einsatzes besonderer Einsatzmittel, der Fort- und Weiterbildung des Rettungsfachpersonals sowie der Entwicklung von Qualitätsindikatoren.

Der Gesetzentwurf gewährleistet bislang keine verbindliche Vertretung der beruflichen Pflege und Hebammen. Zwar sieht § 133b Absatz 2 Satz 3 SGB V zusätzliche Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände vor. Pflegeorganisationen und pflegerische Fachgesellschaften oder Hebammen werden jedoch nicht ausdrücklich genannt. Ihre Berücksichtigung bleibt damit von der späteren Auswahlentscheidung der bereits benannten Mitglieder abhängig.

Dies wird der Bedeutung der Hebammen- und pflegfachlicher Expertise für die Akut- und Notfallversorgung nicht gerecht. Die Empfehlungen des Fachgremiums betreffen auch die Versorgung der vulnerablen Gruppe Schwangerer und Gebärender sowie Einsätze während des Wochenbettes. Die eigenständige Perspektive der Hebammen ist für die Vermeidung nicht erforderlicher Rettungsdiensteinsätze bei Schwangeren und Wöchnerinnen, für die reibungslose Zusammenarbeit mit komplementären Diensten, für die Qualifikation des eingesetzten Personals sowie für die Schnittstellen zu Kranken-

hausnotaufnahmen und anderen Versorgungsbereichen essenziell. Analog unterstützt der DHV ausdrücklich die Einbindung des DPR als maßgebliche Organisation der Pflege auf Bundesebene in das Fachgremium.

Formulierungsvorschlag § 133b

(2) (...) zwei weitere Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Fachgesellschaften auf Bundesebene und drei weitere Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Fachverbände auf Bundesebene, sowie jeweils eine Vertretung der maßgeblichen Vertretung der Pflege auf Bundesebene sowie der maßgeblichen Vertretung der Hebammen auf Bundesebene. Absatz 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. (...)

Zu § 133c Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung

Um Hebammenhilfe systematisch in die Notfall- und Rettungsstrukturen einzubinden, bedarf es der systematischen Erfassung der vorhandenen Kapazitäten (Registrierung) sowie die vollständige Berücksichtigung dieser Berufsgruppe bei der Telematik Infrastruktur.

Die §§ 133c bis 133g regeln Struktur, Vernetzung, Datenhaltung und Koordination im System. Eine äquivalente Struktur wie die Registrierung freiwilliger Ersthelfer ist sinnvollerweise auf Hebammen zu übertragen, im Idealfall verbunden mit einer bundesweit zentralen Erfassung aller aktiven Hebammen. Dies erhöht die Einsatzfähigkeit und Digitalisierung der Notfallversorgung und dient zugleich Qualitätssicherung und Nachweisführung.

Der DHV weist mit Blick auf die Beratung des GeDig darauf hin, dass die Einbindung eines funktionierenden eMutterpasses samt Geburtsbericht in die ePA noch nicht erfolgt ist und Hebammen noch kein Schreibrecht haben. Dies kann auch Datenlücken für die Notfallrettung bedingen.

Formulierungsvorschlag § 133c

(1) (...)

5. die Ärzte sowie Pflegefachpersonen und Hebammen, die im Notdienst im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 5 tätig sind oder die als oder für einen in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer oder in einer Kooperationspraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 7 Patienten eines Integrierten Notfallzentrums behandeln.

(...)

Zu § 133d Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung, Verordnungsermächtigung

Wie oben beschrieben weist der DHV darauf hin, dass es der systematischen Erfassung der vorhandenen Kapazitäten sowie die Berücksichtigung der Berufsgruppe bei der Telematikinfrastruktur mit Lese- und Schreibrecht bedarf, um Hebammenhilfe sinnvoll in die Notfall- und Rettungsstrukturen einzubinden.

Zu § 133e Einbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung in die Telematikinfrastruktur und Finanzierung

Als Folgeänderung zur Aufnahme von Hebammen in §§ 30 und 133 Abs. 1 wären Hebammen hier von der Anschlusspflicht betroffen, sofern sie als Leistungserbringer tätig werden.

Berlin, den 07.09.2026

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden sowie rund 80 hebammengeleiteten Einrichtungen zusammen. Mit rund 22.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Hebammen in den Frühen Hilfen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschüler*innen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.

Kontakt

Deutscher Hebammenverband e.V.

Büro Berlin
Lietzenburger Straße 53
10719 Berlin

T. 030-39406770

referat-pol-strategie@hebammenverband.de
hebammenverband.de