

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit  
  
Ausschussdrucksache  
18(14)0089(8)  
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.  
15\_Hebammen  
24.03.2015



**Stellungnahme**  
**der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.**  
**im Vorfeld der**  
**öffentlichen Anhörung**  
**zu den Anträgen im Deutschen Bundestag**

- **der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:** Geburtshilfe heute und in Zukunft sichern – Haftpflichtproblematik bei Hebammen und anderen Gesundheitsberufen entschlossen anpacken  
BT-Drucksache 18/850
- **der Fraktion DIE LINKE:** Zukunft der Hebammen und Entbindungspfleger sichern  
– finanzielle Sicherheit und ein neues Berufsbild schaffen  
BT-Drucksache 18/1483

**sowie der die Hebammen betreffenden Regelungen im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)**

Autorin: Ulrike Geppert-Orthofer, M.Sc. (General Management)

Co-Autorin: Elke Mattern, M.Sc. (Gesundheits- und Pflegewissenschaft)

Datum: 23. März 2015

Wo Menschen handeln, geschehen Fehler. Diese können gerade in der Geburtshilfe gravierende Auswirkungen haben. Diese Folgen sind für die betroffenen Familien und die Hebammen sowohl persönlicher, als auch finanzieller Art. Folgerichtig sind Hebammen durch die Verordnungen über die Berufspflichten der Hebammen und Entbindungspfleger der Länder verpflichtet, sich ausreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern.

Dies wird zunehmend problematischer, denn in den vergangenen Jahren hat sich der Versicherungsmarkt in diesem Bereich dramatisch verändert. Zum einen ist laut dem Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ die Versicherungsprämie für Hebammen stark angestiegen und zum anderen zeichnen nur noch sehr wenige Versicherer im Bereich der Geburtshilfe Neugeschäfte. Der Anstieg der Versicherungsprämien ist laut dem vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Gutachten „Versorgungs- und Vergütungssituation der außerklinischen Hebammenhilfe“ nicht auf einen Anstieg der Schadensfälle zurückzuführen. Vielmehr ist die Anzahl der Schadensfälle tendenziell sogar rückläufig. Ursächlich für den Anstieg der Haftpflichtversicherungsprämie sind die anhaltend stark steigenden Schadenssummen pro Versicherungsfall (Albrecht et al., 2012).

## **1. Lösungsansätze zur Haftpflichtproblematik der freiberuflich geburtshilflich tätigen Hebammen**

Es ist zweifelsohne immer ein dramatisches Ereignis, wenn ein Kind mit einer Schädigung geboren wird. Dabei ist es zunächst unerheblich, wer den Schaden verursacht hat und wann er entstanden ist. Eltern und Hebammen sowie ärztliche Geburtshelfer leiden unter einem solchen Ereignis. Umso wichtiger ist es, allen bei der Bewältigung dieses Erlebnisses bestmöglich zu helfen. Dazu gehört für die Eltern auch die unkomplizierte finanzielle Kompensation.

Hebammen und ärztlichen Geburtshelfern muss ein baldiges Fortführen ihres Berufs ermöglicht werden. Beides gilt es aus Sicht der DGHWi bei jeder angedachten Lösung mit zu bedenken.

### **Regressverbot für Sozialversicherungsträger**

Ein Verbot für Regressforderungen seitens der Sozialversicherungsträger für eine unter der Geburt entstandene Schädigung des Kindes stellt zunächst ein geeignetes Mittel dar, um zukünftig die Schadenssummen und die daraus resultierenden steigenden

Versicherungsprämien teilweise zu deckeln. Unklar ist allerdings laut dem Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe (IMAG) „Versorgung mit Hebammenhilfe“ aus dem Jahr 2014, wie hoch der Anteil der durch die Sozialversicherungsträger geltend gemachten Regressforderungen derzeit ist. Die Aussagen reichen von 25% der Schadenssumme (Anlage 5 des Abschlussberichtes) bis 60-70% der Schadenssumme (Anlage 2 des Abschlussberichtes).

### **Ausschluss des Regressverbots bei grober Fahrlässigkeit**

Keine Aussagen können darüber getroffen werden, wie stark sich ein Ausschluss des Regressverbotes bei grober Fahrlässigkeit, wie sie der Entwurf der Neuregelung des § 134a Abs. 5 SGB V vorsieht, auf die Entwicklung der Schadenssummen und die Haftpflichtversicherungsprämien auswirken würde. Dies vor allem deswegen, weil der Grad der Fahrlässigkeit bisher bei gerichtlichen Auseinandersetzungen keine Rolle spielte und deswegen auch nicht untersucht wurde.

Ein Ausschluss des Regressverbots bei grober Fahrlässigkeit lässt befürchten, dass in jedem einzelnen Schadensfall die Frage nach dem Grad der Fahrlässigkeit gerichtlich zu klären sein wird. Dies führt zu einer unvorhersehbaren Verlängerung der Klärung der Haftungsfrage und damit zu einem Mehraufwand, der wiederum von den Haftpflichtversicherern zu tragen wäre. Das Ausmaß eines solchen Mehraufwands können wir auf der Grundlage der uns zur Verfügung stehenden Daten jedoch nicht beurteilen. Außerdem ist bei einer notwendigen gerichtlichen Klärung des Grades der Fahrlässigkeit zu bedenken, dass bis zu dessen Klärung die Haftpflichtversicherer die antizipierte Schadenssumme in ihren Rückstellungen belassen, wodurch eine Auswirkung auf die Versicherungsprämie ausbliebe.

Erfahrungsberichte betroffener Kolleginnen zeigen, dass eine Verlängerung eines Rechtsstreites nach einem Schadenserlebnis bei einem nicht unerheblichen Teil aufgrund der psychischen Belastung dazu führt, dass diese nicht mehr geburtshilflich arbeiten können oder wollen. Eine wissenschaftliche Untersuchung liegt uns diesbezüglich nicht vor. Wir halten es jedoch für notwendig, um das Angebot der Geburtshilfe zuverlässig und nachhaltig aufrechtzuerhalten, diese Fragestellung zu untersuchen. Hier gilt es festzuhalten, dass davon nicht nur Hebammen betroffen sind, die außerklinisch tätig sind, sondern auch Hebammen und geburtshilflich tätige Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern. Es ist zu befürchten, dass sich dadurch die Situation für die Krankenhäuser zusätzlich erschwert, freiwerdende Hebammenstellen neu besetzen

## **Haftungsfonds**

Die in der Interministeriellen Arbeitsgruppe diskutierten Fondsmodelle sehen für die Haftpflichtversicherer eine Haftungsobergrenze vor, die sich laut der Anlage 6 des Deutschen Hebammenverbands zum Abschlussbericht der IMAG auf beispielsweise 2 Millionen Euro im Einzelfall belaufen könnte. Für Schadenssummen, die darüber hinaus gehen, tritt dann der noch einzurichtende Fond ein. Einmal die Hürde der Einrichtung des Haftungsfonds genommen, erscheint der DGHWi, diese Lösung als zielführend im Sinne einer nachhaltigen Sicherstellung des Angebots der freiberuflichen Geburtshilfe durch Hebammen. Mit dieser Lösung könnte das bisherige Verfahren der Schadensregulierung beibehalten werden, so dass eine solche Lösung keine zusätzliche Belastung für die betroffenen Familien oder die Leistungserbringer zur Folge hätte. Für die Haftpflichtversicherer würde das eigene wirtschaftliche Risiko, das sie durch das Zeichnen der Geburtshilfe eingehen, wieder kalkulierbar. Es ist davon auszugehen, dass die Versicherung der freiberuflichen Geburtshilfe für die Versicherungsgesellschaften wieder attraktiver wird, und in der Folge dessen auch wieder ein Versicherungsmarkt entstehen wird.

## **Versicherbarkeit der Geburtshilfe**

Bei der Betrachtung der Entwicklung der Haftpflichtversicherungsproblematik, die sich für geburtshilflich tätige Hebammen und Ärzte darstellt, wirft sich auch die Frage auf, ob der Versicherungsgedanke, der davon ausgeht, dass die Zahl der Individuen, die gemeinsam ein Risiko tragen, mit der Zahl der Individuen, die von diesem Risiko betroffen sind, annähernd übereinstimmt.

Gerichte, die über das Verschulden von Leistungserbringern in der Geburtshilfe urteilen, begründen ihr Urteil auf der Grundlage von Gutachten, die von unabhängigen Sachverständigen erstellt werden. Laut der unabhängigen Sachverständigen im Hebammenwesen Patrizia Gruber beruhen diese Gutachten maßgeblich auf einer retrospektiven Beurteilung der cardiotokographischen Aufzeichnungen (CTG). Ein CTG zeichnet sich jedoch erwiesenermaßen durch eine hohe interpersonelle und intrapersonelle Variabilität aus (Alfirevic et al.; 2013). Das bedeutet, dass ein und derselbe Gutachter ein und dasselbe CTG unterschiedlich beurteilt, wenn es ihm zu unterschiedlichen Zeitpunkten vorgelegt wird, und dass unterschiedliche Gutachter ein und dasselbe CTG unterschiedlich beurteilen. Es muss also an dieser Stelle die Frage erlaubt sein, ob die aktuellen Verfahren tatsächlich retrospektiv einen Behandlungsfehler nachweisen können bzw. ob der Leistungserbringer eine Veränderung des CTG prospektiv als

(Be-)Handlungsbedarf hätte erkennen müssen. Derzeit wird davon ausgegangen, dass eine während der Geburt im CTG dokumentierte Auffälligkeit der kindlichen Herztöne ursächlich für die Schädigung eines Kindes ist. Ebenso wäre der Schluss möglich, dass ein bereits vor der Geburt geschädigtes Kind, eher mit schlechten Herztönen auf die Wehentätigkeit unter der Geburt reagiert und das CTG aus diesem Grund Auffälligkeiten aufweist. Es lässt sich also bei der Geburt eines geschädigten Kindes nicht mit Sicherheit ausschließen, dass die Schädigung bereits vor der Geburt vorlag. Ist Letzteres der Fall, trägt die Haftpflichtversicherung der Hebammen nicht ausschließlich das berufliche Risiko der Leistungserbringer, sondern das persönliche Risiko eines jeden Neugeborenen bzw. das gesellschaftliche Risiko der Geburt. In anderen Worten tragen die verhältnismäßig wenigen geburtshilflich tätigen Personen in Deutschland, das Risiko von ca. 670.000 Personen, die geboren werden. Kein Versicherungssystem kann diese Diskrepanz überbrücken.

Die DGHWi sieht auch darin Gründe für das Zusammenbrechen des Versicherungsmarktes für freiberuflich tätige Hebammen. Gleichzeitig hält sie es für ebenso notwendig, Fragen der Entstehung auffälliger Herztonmuster des Kindes einer weiteren wissenschaftlichen Klärung zuzuführen.

### **Zwischenfazit**

Das Regressverbot für die Sozialversicherungsträger für Schäden, die unter der Geburt entstehen, scheint zunächst geeignet, die Schadenssummen und die daraus resultierenden Versicherungsprämien teilweise zu deckeln. Es greift jedoch nicht weit genug, da der Gesetzentwurf das Regressverbot für Schäden, die vor und nach der Geburt entstanden sind, ausschließt. Kritisch zu betrachten ist auch, dass durch das Ermöglichen eines Regresses bei grober Fahrlässigkeit die gerichtlichen Verfahren bis zur endgültigen Klärung aufwendiger und länger werden. Darüber hinaus bleibt durch diesen geplanten Ausschluss des Regressverbots das Risiko für die Haftpflichtversicherer die Geburtshilfe zu zeichnen weiterhin unkalkulierbar.

Diese Nachteile sieht die DGHWi bei der ebenfalls diskutierten Fondslösung nicht. Dass diese Lösung darüber hinaus das Entstehen eines echten Wettbewerbs auf dem Haftpflichtversicherungsmarkt in der Geburtshilfe ermöglicht, ist als überzeugender Vorteil einer Fondslösung zu sehen.

## **2. Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe**

Wie bereits erwähnt ist es zweifelsohne immer ein dramatisches Ereignis, wenn ein Kind mit Schädigungen geboren wird. Umso wichtiger ist es, alle nur erdenklichen Anstrengungen zu unternehmen, um diese Schädigungen zu verhindern. Eine hohe Qualität ist in der außerklinischen Geburtshilfe, ebenso wie in der klinischen Geburtshilfe unabdingbar. Eine kontinuierliche Steigerung der Qualität ist unabhängig vom geburtshilflichen Setting wie in allen anderen Bereichen des Gesundheitswesens anzustreben. Zur Steigerung dieser Qualität werden unterschiedliche Instrumente eingesetzt. Neben transparenten Qualitätsnachweisen und kontinuierlichen Schulungen werden immer wieder auch Forderungen nach Mindestmengen in der außerklinischen Geburtshilfe geäußert. Die DGHWi nimmt aus diesem Grund auch zu dieser Forderung Stellung.

### **Qualitätsverbesserung durch Mindestmengenregelung in der außerklinischen Geburtshilfe**

Informationen des Deutschen Hebammenverbands e.V. zu Folge leisten 80% der außerklinisch geburtshilflich tätigen Hebammen bei weniger als 10 Geburten pro Jahr Hebammenhilfe. Es ist kaum anzunehmen, dass eine eventuelle Mindestmengenregelung in der außerklinischen Geburtshilfe weniger als 10 Geburten pro Jahr vorsehen würde. Daraus ergäbe sich zum einen die Folge, dass in strukturschwachen Gegenden das Angebot der außerklinischen Geburtshilfe nicht mehr zur Verfügung stünde, und zum anderen, dass Hebammen ihren Beruf nicht mehr frei ausüben könnten. Eine Mindestmengenregelung kann nur dann sinnvoll sein, wenn trotz dieser beiden Auswirkungen, ein spürbarer Qualitätsvorteil zu erwarten wäre.

#### *Mindestmengenregelung in der außerklinischen Geburtshilfe aus Frauensicht.*

Die aktuelle Studienlage in Deutschland zeigt, dass die Qualität der Geburtshilfe bei Frauen mit einem geringen Risiko außerklinisch und klinisch gleich gut ist. Diesen Nachweis erbrachte zuletzt die von der GKV-SV in Auftrag gegebene und durchgeführte Pilotstudie „Zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit“ aus dem Jahr 2011. Das von den Autorinnen gezogene Fazit lautet: „Festzuhalten bleibt, dass den Auswertungen des Pilotprojektes zufolge, geburtshilfliche Ergebnisse in von Hebammen geleiteten Einrichtungen (HgE) in Deutschland resultieren, die dem Vergleich mit der Klinik nicht nur Stand halten, sondern hinsichtlich einiger

Ergebnisparameter überzeugend sind. So konnte beispielsweise der Parameter „Damm intakt“ signifikant häufiger in den HgE erreicht werden. Auch erzielten die HgE bei dem neu entwickelten Parameter „Mutter und Kind zusammen nach Hause“ ein besseres Ergebnis als die Klinik insgesamt. Dies fällt insbesondere im Vergleich zu Kliniken mit neonatologischer Intensivstation auf. Hier ist eine deutlich geringere Rate gemeinsamer Entlassungen zu verzeichnen“. Verglichen wurden in beiden Settings nur die Daten unauffälliger Einlingsschwangerschaften ohne geburtseinleitende Maßnahmen (GKV-SV, 2011)). Zudem bestätigen „Prozessparameter, dass in HgE weniger Medikamente zum Einsatz kommen und die Varianz hinsichtlich der Gebärpositionen deutlich größer ist. Lediglich der Anteil Neugeborener mit 5-Minuten-Apgar-Werten <7 postpartum war nach HgE-Geburten größer, 10 Minuten postpartum hatte sich die Situation jedoch soweit normalisiert, dass hier kein signifikanter Unterschied mehr nachgewiesen werden konnte.“ (Bauer, S; Kötter, C (2013): 19)

Ein von David et al. (2006) an der Charité-Universitätsmedizin Berlin durchgeführter Vergleich der Ergebnisqualität innerhalb der außerklinischen Geburtshilfe belegt, dass kein Unterschiede in Abhängigkeit der Anzahl der durchgeführten Geburten erkennen sind. Es wurden 14.672 Einlingsgeburten (1999-2002) hinsichtlich der Fragestellung untersucht, ob die Größe eines Geburtshauses (gemessen an der Zahl von Entbindungen pro Zeiteinheit) aufgrund unterschiedlicher Strukturen zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Es konnte kein Beleg dafür gefunden werden, dass die wenigen festgestellten Unterschiede auf Unterschiede in der Anzahl der durchgeführten Geburten zurückzuführen sind.

Hebammen erbringen nachweislich eine qualitativ hochwertige Leistung bei der Geburt – auch in der außerklinischen Geburtshilfe –, so dass keine Veranlassung besteht, durch eine Mindestmengenregelung Frauen die außerklinische Geburt vorzuenthalten.

#### Mindestmengenregelung in der außerklinischen Geburtshilfe aus Hebammensicht

Für die oben genannten 80% der außerklinisch geburtshilflich tätigen Hebammen mit weniger als 10 Geburten pro Jahr würde eine Mindestmengenregelung eine Einschränkung der freien Berufsausübung darstellen. Dies ist laut Art. 12 Abs. 1 GG aber nur dann gerechtfertigt, wenn diese Einschränkung zum Schutz der Sicherheit und Gesundheit der Frauen und Neugeborenen (zwingend) geboten wäre. Ein Hinweis darauf, dass eine Mindestmengenregelung einen solchen Qualitätsvorteil mit sich bringen würde, ergibt sich auf der aktuellen, oben geschilderten Studienlage nicht.

An dieser Stelle ist darüber hinaus festzuhalten, dass in Deutschland im Zusammenhang mit Qualität im Gesundheitswesen so gut wie ausschließlich über die Unterlassung von Interventionen diskutiert wird. Im Gegensatz dazu lässt diese Debatte in Großbritannien einen deutlich differenzierteren Umgang mit erhöhten Interventionsraten in der klinischen Geburtshilfe erkennen. So existiert in Großbritannien seit Dezember 2014 eine Richtlinie, die geburtshilflich tätige Hebammen und ärztliche Geburtshelfer ausdrücklich dazu verpflichtet, Frauen, bei denen unter der Geburt keine Komplikationen zu erwarten sind, eine hebammengeleitete Geburt außerhalb der Klinik (Mehrgebärende) oder in einer der Klinik angeschlossenen Abteilung (Erst- und Mehrgebärende) als geeigneten Geburtsort zu empfehlen. Die mütterlichen und kindlichen Ergebnisse dort entsprechen denen einer Klinikgeburt, jedoch sind weniger Interventionen unter der Geburt zu erwarten. (National Institute for Health and Care Excellence, 2014)

#### Qualitätsverbesserung durch kontinuierliche Schulungen

Notfälle sind in der Geburtshilfe, insbesondere in der außerklinischen Geburtshilfe aufgrund einer im Vorfeld der Geburt durchgeführten ausführlichen, individuellen Risikoselektion sehr selten. Es werden Frauen in dieses Betreuungsmodell aufgenommen, bei denen unter der Geburt keine Komplikationen zu erwarten sind. Dennoch können auch bei unkomplizierten Schwangerschaftsverläufen und nach unauffälligem Geburtsbeginn Notfälle auftreten, die eine Hebamme in der außerklinischen und in der klinischen Geburtshilfe beherrschen muss. Aus der Dokumentation der außerklinischen Geburtshilfe über die 1999 gegründete Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. ist bekannt, dass im Jahr 2011 nur 1,3 % der Frauen in Eile in eine Klinik verlegt wurden (Loytved, 2013). Es liegt auf der Hand, dass die in diesen Fällen notwendigen Fertigkeiten der Hebamme nicht durch Mindestmengenregelungen sichergestellt werden können. Dies gilt im Übrigen nicht nur in der außerklinischen Geburtshilfe. Kritische Ereignisse unter der Geburt sind grundsätzlich sehr selten. Es kann auch bei einer Mindestmengenregelung und auch im klinischen Setting mit hoher Fallzahl nicht davon ausgegangen werden, bei Eintritt eines kritischen Ereignisses auf eine damit erfahrene Fachperson bzw. ein damit erfahrenes Team zu treffen. Vielmehr erfordern diese Einzelfälle Trainings, bei denen mögliche Notfälle kontinuierlich in Simulationen geübt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass bei Bedarf die notwendigen Handlungsabläufe vertraut sind und leicht von der Hand gehen. Hebammen sind bereits jetzt durch die Berufsordnungen und die

Vergütungsvereinbarung zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-SV der Krankenkassen dazu verpflichtet sich regelmäßig fortzubilden und zu trainieren.

### Qualitätsverbesserung durch Best Practice-Beispiele und anonyme Fehlerberichts- und Lernsysteme (CIRLS)

Weitere qualitätssichernde Maßnahmen sind das Lernen aus Best-Practice-Beispielen (Eiff (2012)) oder das Lernen aus eigenen Fehlern oder den Fehlern anderer. Dies geschieht über eine anonymisierte Berichterstattung und Reflektion von kritischen, aber auch von positiven Ereignissen. Diese Erfassung zielt darauf ab, der Wiederholung kritischer Ereignisse vorzubeugen (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2010). Der Verein „Fälle für alle“ ([www.fälle-für-alle.org](http://www.fälle-für-alle.org)) bietet seit 2013 ein allen Hebammen zugängliches Online Tool an. Studien belegen, dass solche Critical Incident Reporting and Learning-Systems ein probates Mittel sind, um die eigene Qualität kontinuierlich zu verbessern (Bohnet-Joschko, Zippel, 2014; Latzke et al. 2014). Die DGHWi erachtet solche Initiativen als förderungswürdig.

### **Zwischenfazit**

Es lässt sich festhalten, dass Hebammen in Deutschland – auch in der außerklinischen Geburtshilfe - einen hohen Anspruch an die Qualität ihrer Arbeit haben und diese transparent dokumentieren. Der Vergleich der außerklinischen Geburtshilfe mit der klinischen Geburtshilfe lässt erkennen, dass die Klinikgeburt nicht zu qualitativ besseren Ergebnissen führt. Es lässt sich auch kein Zusammenhang zwischen der Anzahl der von Hebammen betreuten Geburten und der Qualität dieser Betreuung erkennen. Es konnte gezeigt werden, dass eine Mindestmengenregelung für die außerklinische Geburtshilfe weder notwendig noch umsetzbar ist.

### **3. Fazit**

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine nachhaltige Lösung auf dem Haftpflichtversicherungsmarkt für die freiberuflich von Hebammen angebotene Geburtshilfe sowohl aus Sicht der Hebammen als auch aus Sicht der Frauen von Vorteil ist. Dabei sollten Verschlechterungen der Situation während einer Schadensregulierung sowohl für die Leistungserbringer als auch für die betroffenen Familien verhindert werden. Diese Voraussetzung ist bei der vorgesehenen Gesetzesänderung, die eine Klärung des Grades der Fahrlässigkeit in jedem einzelnen Schadensfall erforderlich macht, nicht gegeben. Sowohl eine Ausweitung des Regressverzichts auf Fälle der groben Fahrlässigkeit als auch die diskutierten Fondslösungen stellen Alternativen dar, die eine deutliche Verbesserung der Situation der Eltern und Hebammen mit sich bringen.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass unterschiedliche Instrumente zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen, also auch für die Geburtshilfe, zur Verfügung stehen. Die Einführung von Mindestmengenregelungen in der außerklinischen Geburtshilfe ist hierbei weder notwendig, noch zielführend oder umsetzbar.

Gleichzeitig konnten in dieser Stellungnahme an unterschiedlichen Stellen Forschungslücken aufgezeigt werden. Für die DGHWi ergibt sich daraus die Schlussfolgerung, dass Hebammen in die Lage versetzt werden müssen, eigene Themen, wie in allen anderen Berufen üblich, selbst zu erforschen.

## Literatur:

- Albrecht, M.; Loos, S.; Sander, M. und Schliwen, A.W. (2012). Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe – Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. BMG (Hg.), IGES-Institut.
- Alfirecic, Z.; Deyane, D.; Gyte G.M.L. (2013) Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. (5) Art.-No. CD006066.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hg. (2010). Aus der Fehleranalyse gemeinsam lernen. <http://www.aeqz.de/mdb/edocs/pdf/pressemitteilungen/pm2010-07-06.pdf/view?searchterm=Aus%20der%20Fehleranalyse> – zuletzt besucht am 22. März 2015.
- Bauer, S.; Kötter, C (2013). Geburtshäuser: Versorgungsalternative zur Klinikentbindung? Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 217 (1), 14-23.
- Bohnet-Joschko, S.; Zippel, C. (2014). Humanzentriertes Risikomanagement im Krankenhaus. Der Betriebswirt, (1), 21-25.
- David, M.; Pachaly, J.; Wiemer, A. (2006). Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland – Perinataldaten “großer”, “mittlerer” und “kleiner” Geburtshäuser im Vergleich. 205 (5), 166-172.
- Eiff, W. von (2012). Best practice management: in search of hospital excellence. International Journal of Healthcare Management. 5 (1), 48-60.
- GKV-SV Bund (Hg.) (2011) Pilotprojekt zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen bundesweit. [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2011/Nov-2011\\_Pilotprojekt\\_Vergleich\\_klin-ausserklin\\_Geburten\\_GKV-SV\\_18221.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2011/Nov-2011_Pilotprojekt_Vergleich_klin-ausserklin_Geburten_GKV-SV_18221.pdf) - zuletzt besucht am 22. März 2015.
- Interministerielle Arbeitsgruppe (2014). Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/120504\\_IGES-Gutachten\\_Versorgungs- und\\_Verguetungssituation\\_in\\_der\\_ausserklinischen\\_Hebammenhilfe.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/120504_IGES-Gutachten_Versorgungs- und_Verguetungssituation_in_der_ausserklinischen_Hebammenhilfe.pdf) - zuletzt besucht am 22. März 2015.
- Latzke, M.; Schiffinger, M. und Steyrer, J. (2014). Der Einfluss eines anonymen Fehlermeldesystems auf das organisationale Lernen und die Häufigkeit von Behandlungsfehlern. Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung. 66 (2) 120-146.
- Loytved, C. (2013). Qualitätsbericht 2011 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Wissenschaftliche Scripten, Auerbach/v.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE Clinical Guideline 109.