



Hintergrundinformationen zur E-Petition des DHV

Haftungssituation und Prämienentwicklung

Bis 1981 war das sozialrechtliche Verwaltungsverfahren in etwa 25 verschiedenen Gesetzen geregelt, die dann schrittweise im Sozialgesetzbuch (SGB) zusammen gefasst wurden.

Das SGB X regelte ursprünglich nur das Sozialverwaltungsverfahren, wurde dann 1983 erweitert um das Kapitel „Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten“ (§§86-119 SGB X).

Durch die Einführung u.a. des §116 SGB X sind die Krankenkassen in den letzten Jahren vermehrt dazu übergegangen eigene Regressabteilungen damit zu beschäftigen teure Behandlungsfälle nach „Schuldigen“ zu durchsuchen, denen die Kosten angelastet werden können.

Heute erzielen Sozialversicherungsträger einen Anteil von teilweise bis zu 10 % ihrer Einnahmen durch Ingressnahme von Schädigern¹.

Während vorher hauptsächlich Schmerzensgeld und Strafen bei schwerwiegenden Vergehen zugesprochen wurden, gibt es seit 1995 Urteile aus höheren Instanzen, die den Sozialversicherungsträgern Schadenersatzansprüche zusprechen. Die zugesprochenen Summen sind seitdem kontinuierlich gestiegen, da immer weiter reichende Versorgungsansprüche geltend gemacht werden. Fälle mit geburtshilflichem Zusammenhang gehören zu den teuersten Haftpflichtfällen überhaupt. Neben Schmerzensgeld und unmittelbaren Kosten, wie Behandlung, wird inzwischen vom mutmaßlichen Verdienst des Kindes über die Betreuung durch die Mutter das Leben zweier Menschen komplett zugesprochen. Es ist richtig und wichtig, dass Behinderte und diejenigen, die sich um sie kümmern alle Unterstützung erhalten, die sie benötigen. Dies sollte jedoch unabhängig davon so sein, ob Schuldige gefunden werden oder ob die Behinderung andere Ursachen hat. Leider sind jedoch Behinderte und deren Betreuungspersonen schlechter gestellt, wenn die Behinderung schicksalhaft aufgetreten ist.

Normalerweise muss jemand der einen Schaden durch einen anderen erlitten hat, nachweisen, dass der Schaden ursächlich dem Angeschuldigten zuzuordnen ist.

Im Bereich des medizinischen Schadensfalles gilt jedoch Beweislastumkehr bzw. Beweiserleichterung. D.h. unter bestimmten Voraussetzungen müssen die Beschuldigten nachweisen, dass ein Schaden NICHT von Ihnen verursacht wurde. Dies ist z.B. der Fall, wenn Dokumentation oder Aufklärung mangelhaft waren. Die Begründungen vieler Urteile im medizinischen Schadensfall bauen daher auf „mangelhafter Dokumentation“ und „mangelhafter Aufklärung“ auf. Dies hat in der Geburtshilfe zu einem enormen Dokumentationsaufwand und einer allumfänglichen Aufklärung geführt, sowie zu einem defensiven, juristisch sicheren Verhalten, der das Maß des sinnvollen längst überschritten hat. Die juristische „Sicherheit“ für den Geburtshelfer/die Hebamme ist längst nicht mehr der „sicherste Weg“ für Mutter und Kind.

Steigende Kaiserschnitt- und Interventionsraten führen zu einer Verschlechterung der Ergebnisse für Mütter und Kinder und sind mit Folgeschäden für die Gesundheit behaftet. Medizinisch sinnvoll und segensreich sind ca. 15% der Kaiserschnitte. Die tatsächliche Rate liegt in Deutschland jetzt bei über 30%, in großen Zentren und einigen Bundesländern bei 50%.

Die allermeisten Frauen wünschen sich eine normale Geburt. Etwa 160.000 Geburten (knapp ein Viertel) in Deutschland werden durch freiberufliche Hebammen durchgeführt. Viele Frauen nehmen „die eigene Hebamme“ mit in die Klinik, um sich so eine 1:1 Betreuung durch eine Person des Vertrauens gewährleistet zu wissen. Etwa 10.500 Geburten jährlich finden in Geburtshäusern oder zu Hause statt. Frauen haben ein Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes und eine ungestörte Geburt, sofern sie dies wünschen und medizinisch nichts dagegen spricht. Diese Wahlfreiheit ist nun in Gefahr.

Die derzeitige Entwicklung stellt die Versorgung von Mutter und Kind gänzlich in Frage.

¹ Wikipedia

Belegärzten ist die bestehende Haftpflichtversicherung gekündigt worden. Die neuen Prämien liegen bei ihnen zwischen 40.000 bis zu 80.000 Euro. Damit ist der ohnehin vorhandene Nachwuchsmangel bei Belegärzten nicht mehr auszugleichen. Ebenso verhält es sich mit den Hebammen. Die Steigerung der Haftpflichtprämien zwischen 2007 und 2010 beträgt 203%. Bereits mit den letzten Erhöhungen sind wieder 10% der Hebammen aus der Geburtshilfe „ausgestiegen“. Kontinuierlich mit den Haftpflichterhöhungen hat sich die Anzahl der Hebammen vermindert, die Geburtshilfe anbieten. Gerade mal ein Viertel ist überhaupt noch in der Geburtshilfe tätig.

Entwicklung der Haftpflichtprämien:

1981	30,68 Euro
1992	178,95 Euro
2007	1.218,00 Euro
2009	2.370,48 Euro
2010	3.689,00 Euro

Nicht nur die freiberuflichen Hebammen leiden unter der Haftungssituation:

Es häufen sich Fälle, wo die angestellte Hebamme haftet, weil

- die Klinik eine zu niedrige Haftpflichtsumme abgeschlossen hat
- Ärzte überhaupt nicht oder ebenfalls unzureichend haftpflichtversichert sind
- Der Schaden durch Überlastung entstanden ist
- Verantwortungsübernahme für ärztliche Tätigkeiten bei fehlendem/überlastetem ärztlichen Personal (PDA, Blutabnahmen, Ultraschall, Geburtseinleitungen, Intensivüberwachung, zunehmende Komplikationen nach Sectio- vor allem nachgeburtliche Blutungen)

Die angestellte Hebamme haftet dabei entweder lebenslang mit ihrem Privatvermögen bzw. muss vom ohnehin kläglichen Gehalt noch eine eigene Haftpflicht finanzieren.

Im freiberuflichen Bereich haftet die Hebamme für Systemmängel wie z.B.

- Entlassung der Frauen und Neugeborenen in schlechtem Zustand und zu ungünstigen Zeiten – z.B. zum Wochenende, fehlende oder unzumutbare Möglichkeit für notwendige Laboruntersuchungen
- Die Weigerung von Kliniken Frauen die Möglichkeit einer Spontangeburt zu bieten

Es wird zunehmend schwieriger überhaupt noch Haftpflichtversicherungen zu finden, die überhaupt das Risiko zeichnen. Die Politik ist gefordert dringend die erforderlichen Schritte zu planen, für den Fall, dass keine Haftpflichtversicherung mehr bereit ist die Geburtshilfe zu versichern.

Die Folgen wären:

- keine ambulante Versorgung durch professionelle Fachkräfte
- eingriffsreiche Massenabfertigung in den Kliniken

In anderen Ländern existieren folgende Lösungen:

- Übernahme der Haftpflichtkosten oder Zuschuss durch den Staat
- Andere gesetzliche Regelungen zum Regress
- Gleichstellung Kranker und Behinderter mit und ohne „Schadensverursacher“

Sicher ist: eine so kleine Berufsgruppe kann nicht aufkommen für derartig große Summen.

Hebammen ca. 15.000, Frauenärzte ca. 15.000, insgesamt geburtshilflich tätige ca. 7000.

Höchster Einzelfallschaden bei Hebammen 4,5 Mio, höchster Einzelschaden in der Geburtshilfe 14 Mio.

Nach dem „Solidarprinzip“ kann damit ein einzelner Schaden Kosten von 2000 Euro für eine in der Geburtshilfe tätige Person bedeuten.

Wirtschaftliche Lage der Hebammen

Bei einem zu versteuernden Einkommen von ca. 14.000 Euro im Jahr können Hebammen nicht mehrere tausend Euro alleine für die Haftpflicht aufbringen. Die ohnehin wenigen geburtshilflich tätigen Hebammen sind nicht mehr bereit alleine für die Haftpflicht zu arbeiten. Geburtshilfe zu leisten ist am wenigsten mit dem Privatleben vereinbar, sehr anstrengend und ausgesprochen schlecht bezahlt. Eine Beleghebamme bekommt 224 Euro für die bis zu 11 – stündige Betreuung. Als Ausgleich für die Erhöhung der Haftpflichtprämien wurden von den Kassen gerade mal 4,39 Euro je Beleggeburt und 14,19 für eine außerklinische Geburt geboten, wobei der „Ausgleich“ nur zukünftige Geburten umfasst und schon absehbar ist, das auch die nächste drastische Steigerung kommen wird und auch diese allenfalls Monate später „ausgeglichen“ wird.

Um den Ausstieg der Hebammen aus der Geburtshilfe zu bremsen, wurde von den Hebammenverbänden einer kurzfristig in Kraft tretenden Erhöhung der Gebühren zugestimmt. Diese musste jedoch teuer eingekauft werden. Sie bedeutete einen Verzicht auf die Erhöhung des Einkommens aller Hebammen und kann allenfalls als Notlösung bis zu einer grundsätzlichen Klärung betrachtet werden. Die am 1.1.2010 vereinbarte Erhöhung der Geburtsgebühren wurde als Übergangslösung abgeschlossen, um die absehbare Berufsaufgabe der Hebammen abzubremsen. Die Verhandlungen zum Haftpflichtausgleich sind nun gescheitert und werden der Schiedsstelle vorgelegt. Entscheidet sie gemäß dem Antrag der Krankenkassen, dann müssen die Gebühren zeitgleich mit der Steigerung der Haftpflichtprämien wieder gesenkt werden, damit auch Hebammen ohne Geburtshilfe eine minimale Anhebung der Honorare bekommt. Ohne diese Kürzung würden das Angebot der Kassen gerade mal reichen eine einzige Gebühr z.B. für die Wochenbettbetreuung von 26,52 um 0,12 Euro auf 26,64 Euro zu erhöhen. Es ist den Hebammen nicht weiter zuzumuten sich gegenseitig zu subventionieren, damit wenigstens ein Teil der Hebammen Geburtshilfe betreiben kann!

Gründe für den Rückstand

Die Vergütungssätze der Hebammen wurden bis 2007 vom Gesetzgeber auf dem Verordnungsweg festgesetzt. Dies erfolgte bis dahin in 20 Jahren lediglich drei Mal. Durch eine Gesetzesänderung (Neueinführung des §134 a SGB V)², wurde festgelegt, dass die Hebammenvergütung seit 2007 direkt zwischen den Krankenkassen und den Hebammenverbänden ausgehandelt wird.

Die Entlassung der Hebammen in die eigenverantwortliche Vergütungsverhandlung mit den Krankenkassen und der gleichzeitigen Vorgabe aus § 71 SGB V, dass diese Vergütung an das Beitragsstabilitätsgesetz gebunden ist, macht die Hebammen in ihrer Verhandlungsfähigkeit gegenüber den Krankenkassenverbänden handlungsunfähig und erpressbar.

Auf dem niedrigen Vergütungsniveau, mit der die Entlassung in diese Selbstverwaltung erfolgte, ist die Aufholung des in 20 Jahren entstandenen Rückstandes niemals möglich. Sowohl die Krankenkassen, als auch die Schiedsstelle sind lt. §134 a verpflichtet, Anpassungen gemäß Beitragssatzstabilitätsgesetz (§ 71 SGB V) prozentual -gemessen an der Grundlohnsummensteigerung- vorzunehmen. Die hier ebenfalls genannten wirtschaftlichen Interessen der Hebammen wurden bis dato nicht in der Form berücksichtigt, dass der Einkommensrückstand bei der Vergütung der Hebammen ausgeglichen werden konnte.

Durchschnittlich erzielt eine freiberufliche Hebamme 23 300 Euro Umsatz im Jahr. Davon zu bestreiten sind Betriebsausgaben und Sozialversicherungsbeiträge (Hebammen sind trotz Freiberuflichkeit rentenversicherungspflichtig mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil)³ und Steuern. Eine Auswertung von realen Einkommenssteuerbescheiden aus 2007 und 2008 zeigte, dass das zu versteuernde Einkommen in Vollzeit bei 14.150 im Jahr Euro bzw. 1180 Euro im Monat liegt, bei vollem unternehmerischem Risiko. Der Netto-Stundenlohn einer Hebamme liegt damit bei durchschnittlich 7,50 Euro. Aufgrund dieser Ein-

² Siehe hierzu folgenden Link: <http://www.buzer.de/gesetz/2497/a149590.htm>

³ http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/06/index.php?norm_ID=0600200

kommenssituation sind viele Hebammen gezwungen, neben ihrer freiberuflichen Hebammentätigkeit andere Tätigkeiten auszuüben. Nur noch ca. 30% aller freiberuflichen Hebammen üben diese Tätigkeit in Vollzeit aus. Die Gebührenerhöhung von 1,54% für 2010 wirkt sich überhaupt nicht einkommenssteigernd aus, da sie zum Ausgleich der Prämienhöhung der Haftpflichtversicherung verwendet werden musste sowie zur Umsetzung struktureller Mängel.

Der Hebammenverband fordert 30% – weil nur das eine sichtbare Erhöhung bringt, mit der eine Hebamme von ihrem Beruf leben kann. Die Krankenkassenbeiträge für die Versicherten würden dadurch nicht steigen. Hebammenleistungen machen nur 0,23% der Gesamtkosten der gesetzlichen Krankenkassen aus.

Die Politik ist gefordert die jahrzehntelangen Versäumnisse des BMG auszugleichen und das Hebammeneinkommen auf ein Niveau zu stellen, von dem aus prozentuale Steigerungen überhaupt eine Wirkung entfalten können. Dies könnte umgesetzt werden durch: einen zweckgebundenen Beitrag aus dem Gesundheitsfond, außer Kraft setzen des Beitragssatzstabilitätsgesetzes für Hebammen, Erfassung von Daten zum Bedarf an Hebammenhilfe und zur Einkommenssituation der Hebammen (siehe Anfragen unterschiedlicher Parteien an die Bundesregierung).

Bedarf an Hebammenhilfe

Schon heute kann die flächendeckende Versorgung durch Hebammenleistungen in vielen Regionen Deutschlands nicht mehr sichergestellt werden, dies gilt vor allem für ländliche Regionen, die neuen Bundesländer und grenznahe Gebiete. Bei einer Vollbetreuung in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit betreut eine in Vollzeit arbeitende Hebamme jährlich 30 bis 40 Frauen. Bei derzeit ca. 600.000 Geburten im Jahr in Deutschland würden hierfür 15.000 bis 20.000 Hebammen benötigt, die in Vollzeit arbeiten. Von den 15.706 freiberuflichen Hebammen sind nur noch ca. 25% mit Geburtshilfe tätig. Sie stellen 150.000 Beleggeburten jährlich und ca. 10.000 außerklinische Geburten sicher.

Nur ca. 30% der Hebammen sind in Vollzeit tätig. Dies ist u.a. auf die schlechte Verdienstsituation zurück zu führen, die Hebammen dazu zwingt, neben der Hebammentätigkeit noch anderen Beschäftigungen nachzugehen. Die von der Bundesregierung in einer Antwort auf eine kleine Anfrage der FDP postulierte Zunahme der Anzahl der Hebammen, schlägt sich nicht nieder in einer Verbesserung der Versorgung.

Die Bundesregierung konnte bisher „kein Problem sehen, weil es dazu keine Daten gibt. Da kein Problem sichtbar ist, wurde kein Bedarf für die Datenermittlung gesehen“.

Der Deutsche Hebammenverband fordert die Erhebung valider Daten zum Bedarf unter Berücksichtigung der Interessen der Frauen und Kinder, sowie unverzügliche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung mit Hebammenhilfe in mangelversorgten Regionen. Dazu können gehören: Finanzielle Anreize zur Niederlassung, Übernahme der Fahrtkosten für Schülerinnen aus mangelversorgten Gebieten, angemessene Bezahlung, Entbürokratisierung.

Seit einigen Jahren ist in der Geburtshilfe ein anhaltender Trend Zentralisation zu beobachten. Unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit werden kleinere Abteilungen geschlossen, zusammen gelegt, privatisiert oder ins Belegsystem umgestellt, um Personalkosten einzusparen.

In der vom gemeinsamen Bundesausschuss herausgegebenen Strukturvereinbarung zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen werden insbesondere Frühgeborene und kranke Neugeborene berücksichtigt. Es wird davon ausgegangen, dass auch normale Geburten am Besten in Zentren stattfinden. Dabei werden weder die langen Wege der Mütter zur Geburt noch die notwendige sektorübergreifende Infrastruktur im ambulanten Bereich thematisiert.

Die Auswirkungen der Zentralisierung in der Geburtshilfe in Deutschland auf gesunde Schwangere und Neugeborene sind nicht Gegenstand von Untersuchungen. Z.B. werden Geburten, die auf dem Weg in eine zu weit entfernte Klinik auf der Straße oder in einem Auto stattfinden, weder in der klinischen noch

in der außerklinischen Perinatalerhebung erfasst. Eine Zusammenführung der Perinataldaten mit den Neonataldaten findet nicht statt. Die Präferenzen der Mütter und deren Versorgungsbedarf im gesamten Prozess werden weder ermittelt noch berücksichtigt.

Die Zentralisation von Risikogeburten in Perinatalzentren benötigt ein Gegengewicht in Form von wohnortnaher Versorgung für die Gesunden und die Weiterbetreuung der Familien nach der heute üblichen Frühentlassung. Versicherte in strukturschwachen Gebieten zahlen die gleichen Krankenkassenbeiträge wie Versicherte in Ballungsgebieten. Ihnen steht jedoch nur ein weit geringerer Teil des Leistungsspektrums der Krankenversicherung unmittelbar zur Verfügung.

Wahlfreiheit der Frauen zu Geburtsort und Versorgungsform

Frauen haben das Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes, sowie der Versorgung, die sie für sich und ihre Familie für angemessen halten. Diese Wahl wird immer mehr eingeschränkt.

- Die Wahl einer kleinen wohnortnahen Klinik wird eingeschränkt durch das sinkende Angebot. –
- Die Wahl einer möglichst interventionsarmen Geburt wird eingeschränkt durch routinemäßig übliche Interventionen in den Kliniken (nur 10% der Geburten in Kliniken verlaufen interventionsfrei). Bei vielen Geburten, bei denen eine natürliche Geburt möglich wäre, wird aus forensischen und wirtschaftlichen Gründen ein Kaiserschnitt vorgenommen.
- Die Kaiserschnitttrate liegt heute schon über 30% (in einzelnen Bundesländern bei ca. 50%), obwohl nur ca. 15% medizinisch notwendig wären. Dadurch wird auch die Wahl der möglichen Anzahl von Kindern erheblich eingeschränkt.
- Die Wahl für eine Hausgeburt wird eingeschränkt durch ein mangelndes Angebot von Hebammen, die noch für Hausgeburten zur Verfügung stehen.
- Der Bedarf an Hebammen, die eine Frau individuell zur Geburt in die Klinik begleiten ist weit größer als das Angebot.

Geburtshilfe zu leisten ist für individuell arbeitende Hebammen nicht mehr finanzierbar. Ein Blick in Elternforen im Internet zeigt, dass es einen Trend zur „Alleingeburt“ gibt. Außerdem bieten sogenannte „Doulas“ ihre Dienste an, die darin bestehen die Frau während der Geburt zu unterstützen. Für eine Doula bezahlen die Eltern ca. 500 Euro. Eine Hebamme verdient lediglich 224 Euro für eine Beleggeburt in 1:1 Betreuung, trotz voller Verantwortung und umfassender Ausbildung.

Das Recht der Frauen auf eine der Situation angemessene Unterstützung bei der Geburt darf nicht weiter ausgehöhlt werden. Einsparungen im Gesundheitswesen dürfen nicht dazu führen, dass Frauen finanziell belastet werden und Hebammen die Berufsausübung unmöglich gemacht wird.

Adäquate Betreuungsmöglichkeit durch Hebammen während der Geburt mit dem Ziel der 1:1 Betreuung

Aufgrund der Sparzwänge der letzten Jahrzehnte haben mittlerweile immer mehr Krankenhäuser schließen müssen oder drastisch an Personal eingespart. Dies führt dazu, dass heute eine Hebamme im Krankenhaus regelmäßig mehrere Frauen gleichzeitig betreuen muss. Selbst die aus den 90er Jahren stammenden völlig überholten Stellenschlüssel werden regelmäßig überschritten. Die Konsequenzen für die Hebammenarbeit sind schwerwiegend:

- Zunahme der Interventionen
- Burnout
- Steigende Haftpflichtprämien
- Frühzeitige Berufsaufgabe (durchschnittlich vier Jahre, Berufstätigkeit bis 65 sehr selten und kaum leistbar)
- Frauen „kaufen sich Betreuung ein“

In Belegkliniken und Geburtshäusern werden händeringend Kolleginnen gesucht. Insbesondere junge Hebammen sind nicht mehr bereit für 224 Euro in der Freiberuflichkeit 11 Stunden konzentriert und rund- um-die-Uhr zu arbeiten.

Geburtshilfe ist gleichzusetzen mit einer Intensiv- Betreuung. Eine 1:1 Betreuung ist dringend erforderlich. Der deutsche Hebammenverband fordert die Politik auf Rahmenbedingungen festzusetzen, die dies ermöglichen.

Überführung und Modernisierung des § 195 der Reichsversicherungsordnung ins Sozialgesetzbuch (Anspruch der Frauen auf Leistungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie Hebammenhilfe)

Jeder Frau steht im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit Hebammenhilfe zu. Als einziger Leistungsanspruch ist dieser noch in der Reichsversicherungsordnung von 1911 festgelegt (§195), statt wie alle anderen Leistungen seit über 40 Jahren, im Sozialgesetzbuch. Somit sind Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit als gesundes, physiologisches Ereignis nicht im SGB benannt und finden daher bei Gesetzesänderungen, wie z.B. dem Präventionsgesetz, keine Berücksichtigung.

Die gesetzlichen Regelungen im SGB V sind überwiegend zugeschnitten auf krankhafte Zustände. Unberücksichtigt aber bleibt die Mehrzahl der gesunden Mütter und deren Neugeborener.

Die in der RVO paragraphierte Regelung beinhaltet lediglich das Wort „Hebammenhilfe“, ohne hier weitere Ausführungen über den Umfang dieser Leistung zu machen. In der Folge wird insbesondere seit der „Entlassung in die Selbstverwaltung“ im Jahr 2006, der Umfang des Anspruchs der Frauen auf Hebammenhilfe durch die Krankenkassen auf gerichtlichem Wege bestritten. In Ermangelung konkretisierender Ausführungen, auf die sich Gerichte beziehen könnten, wird schrittweise der Anspruch auf Hebammenhilfe ausgehebelt oder muss durch Verzicht auf Honorarerhöhungen in den Verhandlungen der Hebammenverbände mit den Krankenkassen „eingekauft“ werden.

Beispiele:

- Hebammenhilfe nach Adoption
- Betreuung von Neugeborenen und Vater des Kindes im Wochenbett nach Tod der Mutter
- Hilfe durch eine zweite Hebamme bei außerklinischen Geburten
- Betreuung in der Schwangerschaft bei stationärem Aufenthalt der Frau
- Anspruch auf Wegegeld bei über 20 km Entfernung
- Wochenbettbesuche innerhalb der ersten zehn Tage nach der Frühentlassung aus der Klinik
- Präventionsleistungen werden allen bezahlt außer Hebammen

Eine Überführung des §195 RVO ins SGB V scheiterte bisher trotz langjähriger Bemühungen der Hebammenverbände. Insbesondere bedarf es hier einer Abgrenzung von Leistungen der Gesellschaft (staatlicher Leistungen) und Leistungen durch die Krankenkassen.

Monika Selow

Beirätin für den freiberuflichen Bereich

Kontakt bei Nachfragen:

Dr. Edith Wolber

Pressereferentin des Deutschen Hebammenverbandes

Bergstraße 3, 74909 Meckesheim

Telefon 06226-429400

E-Mail: [wolber\(at\)hebammenverband.de](mailto:wolber(at)hebammenverband.de)