

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0089(9)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_Hebammen
24.03.2015

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz GKV-VSG)

Bundestagdrucksache 18/4995

Der **Deutsche Fachverband für Hausgeburtshilfe e. V. (DFH)** ist der jüngste von den drei Hebammenverbänden in Deutschland und vertritt die Interessen der Hausgeburtshebammen.

Bei der Hausgeburt handelt es sich um ein fachlich hochspezialisiertes Angebot für werdende Eltern. Nur wenige Hebammen in Deutschland sind dafür ausgebildet und darauf spezialisiert. Neben besonderen wirtschaftlichen Bedingungen unterliegt die Hausgeburtshilfe in den momentanen Bestrebungen zur Zentralisierung der Geburtshilfe in Deutschland existenzvernichtenden Härten. Der DFH ist die Vertretung dieser Minderheit der Hausgeburtshebammen und setzt sich dafür ein, sie wirtschaftlich und gesellschaftlich zu stärken.

Die Hebamme ist eigenverantwortlich tätig, ihr Beruf ist ein autonomer Heilberuf. Insbesondere Hausgeburtshebammen arbeiten in hohem Masse eigenständig und unabhängig in der geburtshilflichen Versorgung. Sie bieten sowohl die bestmögliche Kontinuität der Betreuung im Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverlauf bei gleichzeitig größtmöglicher Nähe zur Lebensrealität der betreuten Frauen als auch einen hohen Einsatz durch überwiegend aufsuchende Betreuung.

Hausgeburtshebammen stellen im geburtshilflichen Angebot einen unverzichtbaren Baustein dar, um das Recht der Frauen und Familien auf eine freie Wahl des Geburtsortes zu sichern. Sie bieten Menschen eine interventionsarme Alternative zur speziellen Geburtshilfe der an operativen und invasiven Maßnahmen reichen Prä- und Perinatalmedizin.

In enger Kooperation mit Hausärzten und Allgemeinmedizinern können Hausgeburtshebammen das ganze Portfolio der Gesundheitsprävention für Frauen und ihre Kinder während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett- und Stillzeit abdecken. So können sie dazu beitragen, dass keine Frau Schwangerschaft und Geburt ohne Hebammenhilfe erleben muss, wenn sie ihre Bedürfnisse vom Angebot der Prä- und Perinatalmedizin nicht erfüllt sieht und es vorzieht, darauf zu verzichten.

Die Ziele des DFH sind

- der Erhalt der Geburtsleitung regelrechter Geburten als Kernkompetenz der Hebammen,
- die Recherche, der Erhalt und die Weitergabe des tradierten Wissens der Hebammengeburtshilfe, um in der Verbindung mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen eine qualitativ hochwertige, nicht-invasive Versorgung der Schwangeren, Gebärenden, Mütter und ihrer Kinder zu gewährleisten,
- der Erhalt des Hebammenberufsstandes in seiner Eigenständigkeit als Voraussetzung für die freie Wahl des Geburtsortes,
- die Stärkung unternehmerischer Kompetenzen der Hebammen als Grundlage für ihre effektive und effiziente Berufsausübung und
- eine angemessene wirtschaftliche Absicherung der Hebammen.

Zum Gesetzentwurf

Der vorliegende Gesetzentwurf hat zum Ziel, die Versorgung der Versicherten zu stärken, insbesondere die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Der DFH begrüßt dieses Vorhaben und arbeitet gern an der Sicherstellung der Versorgung mit Hebammenhilfe mit.

Für die Versorgung mit Hebammenhilfe sieht der Entwurf der Bundesregierung eine Beschränkung der Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflichen Hebammen vor. Die aktuelle Haftpflichtversicherungsproblematik ist nach Auffassung des DFH jedoch lediglich ein Symptom für die Schwächung des Hebammenberufes über Jahre und Jahrzehnte hinweg. Es ist seinen Vertretungen in der Vergangenheit nicht gelungen, ein klar umrissenes Berufsbild zu zeichnen und die Hebammenarbeit durch eine gelungene Kommunikation mit den zuständigen Vertretern politischer und gesellschaftlicher Institutionen sowie angrenzenden Berufsgruppen auf ein solides gesetzliches Fundament zu stellen. Ohne ein durchdachtes Gesamtkonzept, welches die Stärkung des Hebammenberufes in den Mittelpunkt stellt, sind die freie Wahl des Geburtsortes und die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Hebammenhilfe nach Auffassung des DFH nicht zu erreichen.

Ohne spürbare Entlastung für den Hebammenberuf verschärft sich die Versorgungslage für die Versicherten

Die Bundesregierung erkennt deutlich die Bedrohung der bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit Hebammenhilfe und die dadurch drohende Gefahr für die freie Wahl des Geburtsortes. In der Beschränkung der Regressforderungen sieht sie „das mildeste Mittel“, um hier über den Weg einer mittelbaren Senkung der Berufshaftpflichtprämie Abhilfe zu schaffen.

Der vorgesehene begrenzte Ausschluss der Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen gegenüber Hebammen und somit die faktische Begrenzung der Haftungsansprüche ist ein Ansatz, um die freiberuflichen Hebammen finanziell zu entlasten. Da der Regressausschluss ausdrücklich auf „nicht grob schuldhaft verursachte Behandlungsfehler in der Geburtshilfe“ beschränkt ist, schließt er den Rückgriff auf die verurteilte Hebamme nicht aus. Der DFH gibt zu bedenken, dass mit dieser Einschränkung eine Schadensforderung über die vereinbarte Schadenssumme hinaus möglich und die private Insolvenz der Hebamme nicht ausgeschlossen ist. Somit ist und bleibt die geburtshilfliche Leistungserbringung für die Hebamme ein untragbares Risiko. Dies trifft auch zu, sollte die Regelung nicht auf Altfälle erweitert werden.

Die Einschätzungen über die tatsächlichen Auswirkungen des geplanten Regressausschlusses auf die Berufshaftpflichtprämie schwanken stark. Aber selbst in dem Fall, dass es zu einer erheblichen Senkung der Prämie pro geburtshilflich tätiger Hebamme kommt, bleibt es bei diesem Ansatz dabei, dass Hebammen mit vielen Geburten bevor-, Hebammen mit wenigen Geburten, vor allem also Hausgeburtshebammen, benachteiligt werden. Auch

die Summen, die von den Krankenkassen in der jüngsten Vergangenheit zum Ausgleich des Prämienanstieg zur Verfügung gestellt wurden (Stichwort: „Haftpflchtzulage“) kamen Hebammen mit vielen Geburten überproportional zu Gute. Hebammen mit wenigen Geburten, die z.B. familienbedingt nicht in Vollzeit arbeiten oder Hebammen strukturschwächerer Regionen, die nicht nach Belieben ihre Arbeitsweise verdichten können, gerieten hier besonders ins Hintertreffen und hatten trotz der Haftpflchtzulage pro Geburt aufgrund der Prämiensteigerungen, die pro geburtshilflich tätiger Hebamme anfallen, teilweise massive reale Einkommenseinbußen zu verzeichnen. Diese ungerechte Systematik wird mit dem vorgeschlagenen Ansatz nicht bereinigt, die schon erlittenen Benachteiligungen werden nicht aufgefangen.

Die optimistische Einschätzung der Bundesregierung, mit der geplanten Einzelmaßnahme eines begrenzten Regressausschlusses die Versorgung der Versicherten mit Hebammenhilfe in der Zukunft flächendeckend sicherzustellen, kann der DFH aus diesen Gründen leider nicht teilen. Die Argumente des Bundesrates hält der DFH für stichhaltig. Weiterhin hegt der DFH die Befürchtung, dass der Beruf der Hebamme durch eine solche Regelung sogar mittelbar geschwächt werden könnte, da Hebammen auf diesem Weg zu einem unattraktiven Leistungserbringer für die Krankenkassen werden.

In ihrer Begründung der geplanten Gesetzesänderung schreibt die Bundesregierung: „Es ist erkennbar, dass Hebammen auch aus diesem Grund teilweise die freiberufliche Geburtshilfe aufgeben“ und räumt damit ein, dass es über die finanzielle Belastung durch die steigenden Haftpflchtprämien hinaus weitere Gründe für die Berufsaufgabe insbesondere der freiberuflich geburtshilflich tätigen Hebammen gibt, die die Versorgung der Versicherten mit Hebammenhilfe gefährden.

Der DFH beantragt

Bis zur Erarbeitung einer nachhaltigen und umfassenden Lösung für die Haftpflchtproblematik und eines Gesamtkonzeptes zur Stärkung des Hebammenberufes wird eine „Haftpflchtpauschale pro Geburt“ eingeführt. Auch der GKV-SV fordert eine stärkere Orientierung an der Zahl der leisteten Geburtshilfen. Diese Möglichkeit wurde schon in der Interministeriellen Arbeitsgruppe IMAG erörtert. Letztendlich wurde diese Variante nicht weiter verfolgt, weil der Deutsche Hebammenverband DHV Probleme bei der Umsetzbarkeit anmahnte. Voraussetzung wäre die Auflösung der bestehenden Gruppenverträge des DHV mit seinem Versicherer.

Dem DFH ist bewusst, dass diese Zwischenlösung das Problem der Prämiensteigerung nicht direkt angeht. Allerdings führt sie relativ kurzfristig direkt zu einer Entlastung der freiberuflich geburtshilflich tätigen Hebammen mit vergleichsweise wenigen Geburten, die durch die Prämiensteigerung der letzten Jahre am Meisten belastet und durch alle Maßnahmen der jüngsten Vergangenheit am wenigsten entlastet wurden. Zumindest könnte auf diese Weise dem Exodus der freiberuflichen Hebammen aus der Geburtshilfe, insbesondere aus der außerklinischen Geburtshilfe, entgegengewirkt und die freie Wahl des Geburtsortes zumindest nicht weiter geschwächt werden.

Die eindeutige Zuordnung der Schadensverursachung durch die freiberufliche Hebamme bei einer regelrechten Geburt, die natürlichen Kräften unterliegt, ist fraglich. Die Hebamme überwacht den Geburtsvorgang an sich – ohne Medikamenteneinsatz und chirurgische Eingriffe. Die Kriterien der Überwachung sind in der Berufsordnung geregelt, bei Regelwidrigkeiten überweist sie zum Arzt. Die Unterscheidung der Tätigkeiten zwischen der der Hebamme vorbehaltenen Geburtshilfe und der dem Gynäkologen vorbehaltenen Tätigkeit der Geburtsmedizin ist jedoch komplett verwässert. Diese Tatsache erschwert die Zuordnung in der Haftungsfrage. Der DFH regt an, die beruflichen Zuständigkeiten und Grenzen in den Berufsordnungen wieder eindeutiger zu benennen (Belau, 2013; Kopp, 2013; Wascher-Ociepka, 2014).

Der DFH e.V. gibt zu bedenken, dass die Beitragsentwicklung der Berufshaftpflichtversicherung nie grundlegend seit der Entlassung in die Selbstverwaltung im Jahre 2007 behandelt worden ist (Abschlussbericht IMAG, 2014). Betrug die Haftpflichtprämie, welche Hebammen mit geburtshilflicher Tätigkeit im Jahre 2007 aufbringen mussten, noch 1.218,00 Euro, so stieg sie im Jahre 2012 auf 4.243,00 Euro, die Vergütung der Geburt stieg im gleichen Zeitraum von 440,00 Euro auf 626,80 Euro. Freiberuflich tätige Hebammen haben in den letzten Jahren äußerst drastische finanzielle Einbußen hinnehmen müssen. Der DFH e.V. fordert eine grundlegende Reform der Vergütungssituation in der Freiberuflichkeit, die die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der Hebamme auch tatsächlich abbildet.

Keine aktiven Mitgestaltungsmöglichkeiten beruflicher Rahmenbedingungen für Hebammen

Mit Sorge beobachtet der DFH e.V., dass Hebammen nahezu keine Gestaltungsmöglichkeiten ihrer beruflichen Rahmenbedingungen eingeräumt werden. Obwohl sie ein eigenständiger Heilberuf sind, und – anders als Heilhilfsberufe wie z. B. die Kranken- und Gesundheitspflege, Physiotherapie, Logopädie usw. – ohne Weisung eines Arztes tätig werden, sind sie im G-BA weder zur Mitgliedschaft noch zu Anträgen berechtigt. Der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften DGHWi ist die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF bisher verwehrt. Im neugegründeten Institut für Qualitätssicherung und Transparenz sind Hebammen nicht vertreten, obwohl hier laut Gesetz auch die Berufsorganisationen der Krankenpflege zu beteiligen sind. Gleichwohl nehmen diese Institutionen einen maßgeblichen Einfluss auf die Hebammenarbeit, z. B. mit der Erstellung von Richt- und Leitlinien. Auch im Innovationsausschuss des geplanten Innovationsfonds ist eine Beteiligung der Hebammen nicht vorgesehen. In der Folge versuchen berufsferme Institutionen, diese Lücke mit eigenen Forderungen zu füllen, aktuell der GDV mit seinem Wunsch, Einfluss zu nehmen auf die Berufsankennung von Hebammen.

Der DFH beantragt

Hebammen werden in allen entsprechenden Gremien beteiligt. Alle Richtlinien, Leitlinien und sonstige Entscheidungen, die den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Hebamme betreffen, nämlich die regelrechten Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverläufe und ihre Rahmenbedingungen sowie die Abgrenzung der regelrechten Verläufe zur Pathologie werden zukünftig von den gesetzlich zur Geburts-

hilfe berechtigten Berufen, also den Hebammen und den Ärzten (bzw. ihren Standesvertretungen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften) auf Augenhöhe und im Konsens vereinbart. Die Forderung des GDV wird abgewiesen.

Keine Flexibilisierung der Rahmenbedingungen

Während die (weitere!) Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Versorgung ausdrückliches Ziel des Gesetzentwurfes ist, wird diese Möglichkeit der Entlastung der Hebammen vollkommen außer Acht gelassen. Selektivverträge und Modellprojekte sind für Hebammen aufgrund der restriktiven Formulierung des § 134 a derzeit nicht möglich und erlauben auch keinen Zugriff auf Mittel des zu schaffenden Innovationsfonds für die Entwicklung angepasster Versorgungsmodelle.

Der DFH beantragt

Es wird für Hebammen die Möglichkeit geschaffen, ergänzend zum bestehenden Vertrag zur Versorgung mit Hebammenhilfe mit dem Spitzenverband der Krankenkassen Selektivverträge und Verträge über Modellprojekte zu schließen. In der Zukunft werden auch in der Hebammenversorgung die Rahmenbedingungen auf Möglichkeiten der Flexibilisierung mit dem Ziel einer angepassten Versorgung der Bevölkerung geprüft und ggf. angepasst (Kosfeld, 2013; Kosfeld, 2014).

Unterlaufen einer respektvollen Zusammenarbeit der beiden gesetzlich zur Geburtshilfe berechtigten Berufe

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG und der Berufsverband der Frauenärzte BVF haben ihre Haltung zur außerklinischen Geburt und zur Hausgeburtshilfe und damit zur freien Wahl des Geburtsortes eindeutig in ihren Stellungnahmen dokumentiert (DGGG, 2011; DGGG & BVF, 2011). Schon in den 1980er Jahren forderte die DGGG ein Verbot der Hausgeburtshilfe, laut der (ehemaligen) Präsidenten Kreienberg und Berg „birgt die ausschließliche Hebammen-Geburtshilfe erhebliche Gefahren für Mütter und Kinder. Sie verdankt ihre Existenz einer vorwiegend emotionalen und fortschrittsfeindlichen Lebenseinstellung.“ (Kreienberg & Berg, 2009).

Zwar wird ärztlicherseits der Nutzen einer Hebamme in der Wochenbettbetreuung, als Familienhebamme und als Gehilfin des Arztes eingeräumt. Sobald es jedoch um die Eigenständigkeit der Berufsausübung geht, haben Hebammen immer wieder mit dem erbitterten Widerstand der Ärzte zu rechnen. In den seit Juni 2014 geltenden Mutterschaftsrichtlinien, die vom G-BA erarbeitet werden, kann man deutlich die Tendenz erkennen, die berufliche Autonomie der Hebammen zu unterlaufen, indem z. B. suggeriert wird, Vorsorgeuntersuchungen auch bei komplikationslosen Schwangerschaften gesunder Frauen durch die Hebamme bedürften der Delegation durch den Arzt.

Trotz dieser Haltung der Gynäkologen den Hebammen gegenüber will die Bundesregierung die Erkenntnisse der Versicherungswirtschaft zu den Schadensursachen in der Geburtshilfe der AWMF und dem G-BA zur Verfü-

gung zu stellen – also Institutionen, in denen die DGGG die Definitionshoheit in geburtshilflichen Belangen hat und von denen Hebammen ausgeschlossen sind – „damit sie in die Erarbeitung verbindlicher evidenzbasierter Leitlinien in die Geburtshilfe, in die externe Qualitätssicherung sowie in die Erarbeitung der berufsbezogenen Fortbildungsinhalte einfließen können“. Diese Vorgehensweise erinnert an den Ausschluss der Frauen (und demzufolge der Hebammen) vom Universitätsstudium und führt nach Auffassung des DFH unweigerlich zu einer Abschaffung der Eigenständigkeit des Hebammenberufes und damit zu einer Degradierung zu einem ärztlichen Hilfsberuf (Fischer-Homberger, 1975).

Die Konflikte zwischen Hebammen und Ärzten sind historisch tief verwurzelt und spiegeln exemplarisch den Machtkampf um den Zugriff auf den weiblichen Körper und die Reproduktion wider. Den emanzipatorischen Bezug zeigen auch die derzeit in den sozialen Netzwerken virulenten Kampagnen, die aus der elterlichen Hebammenunterstützung erwachsen, z. B. „Mein Bauch gehört mir! 2.0“ (Hebammenunterstützung).

Der DFH beantragt

Um den emanzipatorischen Wünschen sowohl der betroffenen Frauen und Familien, die eine reale freie Wahl des Geburtsortes für sich fordern, als auch der Hebammen Rechnung zu tragen, wird den Hebammen als Erstversorgerinnen der Mütter und Kinder eine Schlüsselrolle zugewiesen. So kann zudem ein explizites Ziel des Gesetzes, nämlich die Entlastung der Ärzte durch nichtärztliche Berufe, unterstützt werden anstatt es durch eine weitere Schwächung des Hebammenberufes zu konterkarieren.

Schon jetzt kann die Hebamme als geburtshilfliche Primärversorgerin gesehen werden, denn sie darf normale Geburten auch ohne Arzt durchführen, während der Arzt verpflichtet ist, zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen. Der Kern ihrer beruflichen Kompetenzen liegt ohnehin in der Überwachung und Leitung normaler, gesunder Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverläufe einerseits und dem rechtzeitigen Erkennen von Regelwidrigkeiten und Pathologien andererseits. Diese Kenntnisse sind ausdrückliche Ausbildungsziele in der Hebammenausbildung.

Die Schwangerenvorsorge durch die Hebamme bei regelrechten Verläufen wird ausgeweitet. Dies kann geschehen, ohne dass eine Ausweitung der Hebammen-Kompetenzen erforderlich ist. Lediglich eine Abgrenzung der Berufsfelder ist nötig (siehe Mitgestaltungsmöglichkeiten beruflicher Rahmenbedingungen für Hebammen).

Ein Beitrag der ärztlichen Schwangerenvorsorge zur Senkung der maternalen und perinatalen Morbidität und Mortalität konnte im Übrigen bisher nicht belegt werden. Das Angebot der Vorsorgeleistungen ist ärztlicherseits von der ursprünglichen Ausrichtung, hypertensive Erkrankungen der Mutter in der Schwangerschaft zu entdecken, unkontrolliert und ohne das Procedere zu hinterfragen, pränataldiagnostisch über die Maßen ausgeweitet worden und bringt Eltern u. U. in große Not. Es besteht dringender Untersuchungsbedarf zu den Standards der ärztlichen Vorsorge. Hier ist eine ehrliche Risiko-Nutzen-Kosten-Diskussion zu führen.

Stärkung angrenzender bzw. konkurrierender Berufsgruppen

Im vorliegenden Gesetzentwurf wird davon ausgegangen, dass eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten durch verbesserte Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen erreicht werden kann. Flankierend werden v. a. die Kompetenzen der Rettungssanitäter und der Pflege gestärkt. Im Fall, dass Hebammen weiterhin nicht umfassend und konzeptionell durchdacht gestärkt werden und deshalb den Beruf verlassen, die Versorgung der Bevölkerung mit Hebammenhilfe in der Folge zunehmend schwieriger wird und es zur fortschreitenden Unterversorgung mit Hebammenhilfe kommt, hat der DFH große Sorge, dass durch diese Maßnahmen die Voraussetzungen geschaffen werden, Hebammen zu ersetzen und im weiteren Verlauf den Tätigkeitsvorbehalt in der Geburtshilfe und der Wochenbettüberwachung sowie die Hinzuziehungspflicht der Hebammen zur Geburt aufzuweichen. (GWO) Erste Anzeichen sind bereits erkennbar (z. B. Still- und Wiegeberatung in Apotheken und Krankenhäusern bspw. durch Kinderkrankenschwestern oder sog. Laktationsberaterinnen ohne weitere Qualifikation).

Der DFH beantragt

Es wird ein solides und umfassendes Gesamtkonzept zur Stärkung des Hebammenberufes erstellt unter Einbeziehung der an der Gesundheitsversorgung partizipierenden Berufsgruppen und Institutionen, damit keine Schwangere und Entbindende in Deutschland unversorgt bleibt und ohne Hebammenhilfe ihre Geburt erleben muss. Hebammen werden zu allen den Beruf betreffenden relevanten Fragen angehört und einbezogen, damit keine Entscheidungen über den Beruf von Berufsfremden gefällt werden.

Hebammen werden nicht mehr von Berufsfremden ausgebildet, insbesondere nicht mehr unter deren Leitung, weil dadurch bei der Gestaltung der geburtshilflichen Versorgung auf die spezifische fachliche Expertise verzichtet wird und die Gefahr groß ist, dass in Unkenntnis der berufsspezifischen Besonderheiten falsche Schwerpunkte gesetzt werden.

Quellen

Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ (IMAG-Gesamt) 2014

Albring, C. (31. 10 2011). DGGG. Abgerufen am 19. 03 2015 von Stellungnahme des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V. zur Drucksache 17/5098 „Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt aus der Reichsversicherungsordnung in das Fünfte Sozialgesetzbuch überführen und zeitgemäß ausgestalten“:
www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Newsletter/NL_2011-11-BVF-Bundestag.pdf

Belau, U. (2013) Die Hebammenkunst als mögliches Alleinstellungsmerkmal im hebammengeleiteten Kreißsaal – Masterthese

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG); Berufsverband der Frauenärzte (BVF). (1. 12 2011). Hausgeburten – erhöhtes Risiko. Abgerufen am 19. 03 2015 von DGGG:
[http://www.dggg.de/presse/pressemitteilungen/mitteilung/hausgeburten-erhoehtes-risiko/?sword_list\[0\]=hausgeburt](http://www.dggg.de/presse/pressemitteilungen/mitteilung/hausgeburten-erhoehtes-risiko/?sword_list[0]=hausgeburt)

DGGG. (12 2011). Newsletter DGGG Dezember 2011. Abgerufen am 19. 03 2015 von DGGG:
<http://www.dggg.de/geschuetzter-bereich-fuer-mitglieder/newsletterarchiv/2011/2011-12-15/#c2297>

Fischer-Homberger, E. (1975). Geschichte der Medizin. Berlin / Heidelberg / New York: Springer.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (24. 04 2014). Mutterschaftsrichtlinien. Abgerufen am 21. 03 2015 von gb-a.de:
https://www.gb-a.de/downloads/62-492-883/Mu-RL_2014-04-24.pdf

Hebammenunterstützung Abgerufen 19.03.2015
<http://www.hebammenunterstuetzung.de/galerie-mein-bauch-gehört-mir-20/>

Kopp, S. (2013) Betrachtung des Potenzials und der Einsatzgebiete der modernen Gerätemedizin im Vergleich zu Entwicklungstendenzen der haptischen Untersuchung am Beispiel ihres Einsatzes unter der Geburt – Masterthese

Kosfeld, B. (2013) Die Hebammenpraxis im Gesundheitsmarkt – Chancen und Möglichkeiten einer Positionierung – Masterthese

Kosfeld, B. (2014) Die Hebammenpraxis im Wandel – Masterthese

Kreienberg, R., & Berg, D. (11. 08 2009). DGGG. Abgerufen am 19. 03 2015 von Notfallplanung für Geburtshäuser:
[http://www.dggg.de/startseite/nachrichten/notfallplanung-fuer-geburtshaeuser/?sword_list\[0\]=hausgeburt&sword_list\[1\]=leitlinien](http://www.dggg.de/startseite/nachrichten/notfallplanung-fuer-geburtshaeuser/?sword_list[0]=hausgeburt&sword_list[1]=leitlinien)

Wascher-Ociepka, G. (2014) Hebamme ohne Geburt – eine Gefahr für die Zu(ku)nft – Masterthese

Anhang

Verschärfung der Hebammenproblematik durch Gesetzesänderungen in der jüngsten Zeit

Um zu einem tragfähigen Gesamtkonzept zur Stärkung des Hebammenberufes und damit zur Sicherung der Versorgung mit Hebammenhilfe zu kommen, müssen Fehlentwicklungen erkannt und korrigiert werden.

NEUFASSUNG DES § 134 A SGB V (SICHERSTELLUNGSZUSCHLAG)

Die jüngst beschlossene Einführung eines Sicherstellungszuschlages für Hebammen mit geringen Geburtenzahlen ab Juli 2015 stellt nicht nur keine nachhaltige Lösung dar, sondern sorgt innerhalb der Hebammenschaft für Unruhe und Unmut. Freiberufliche Hebammen mit Geburtshilfe, die die Haftpflichtprämie nicht erwirtschaften können, haben die Möglichkeit, den Sicherstellungszuschlag nachträglich direkt bei dem GKV-SV zu beantragen. Er ist an folgende Bedingungen geknüpft:

1. Hebammen müssen mit der Versicherungsprämie in Vorleistung treten.
2. Der Zuschlag ist an das Vorhandensein eines QM-Systems gebunden.
3. Die Zertifizierung des QM-Systems muss von der Hebamme bezahlt werden – allein dafür fallen laut Kostenvoranschlägen der maßgeblichen Zertifizierer (TÜV, Dekra) für eine freiberufliche Hebamme mit Geburtshilfe und einer Mitarbeiterin Kosten von mindestens 2.500 € für ein Zertifizierungsaudit (alle 3 Jahre) und 1.325 € im jeweils 2. und 3. Jahr an (ISO 9001:2008). Die betrieblichen Kosten für die Einführung und Aufrechterhaltung des QM-Systems sind hierbei noch nicht berücksichtigt
4. Der erst kürzlich eingefügte § 134 a SGB V Absatz 1(b) Satz 5 verlangt: „Dabei muss die Hebamme gewährleisten, dass sie bei geringer Geburtenzahl unterjährige Wechselmöglichkeiten der Haftpflichtversicherungsform in Anspruch nimmt.“ Dieses Vorgehen ist aber nur realisierbar, wenn eine Hebamme sich zu Jahresbeginn festlegt, in welchen Zeiträumen sie für Geburten zur Verfügung steht. Nur in bestimmten Monaten Geburten anzubieten, erfordert dann aber während dieser Zeit eine verdichtete Arbeitsweise im geburts-hilflichen Sektor und genügend geburtshilfliche Fälle in der versicherten Zeit. Für Hebammen auf dem Land mit bis zu zehn Geburten jährlich ist das unmöglich. Außerdem unterliegen die Wechselfristen der Versicherungen einem im Schadenseintritt schwierigen Vertragswerk, gebunden an die Mitgliedschaft in einem einzigen Berufsverband.

Bezüglich der finanziellen Belastungen, die aus der Etablierung eines QM-Systems erwachsen, besteht zumindest hypothetisch die Chance, dass sie im Zuge der Vergütungsverhandlungen gegenüber dem GKV-SV geltend gemacht werden können.

Der Sachverhalt unter Punkt 4 jedoch zwingt gerade die Hebammen mit wenigen Geburten, also vor allem die Hausgeburtshebammen und außerklinisch geburtshilflich tätigen Hebammen, in einen Berufsverband, in dem sie rein zahlenmäßig in einer absoluten Minderheit sind und in dem sie ihre Interessen u. U. nicht angemessen

vertreten sehen. Die führt zu einer Monopolbildung auch im Hinblick auf die Vertretung der Hebammen und erscheint unter demokratischen Gesichtspunkten höchst fragwürdig. Zudem erschwert dieser Sachverhalt die ohnehin schwierige Kommunikation unter den Hebammenverbänden, schürt Animositäten und schwächt die Hebammenschaft von innen.

Der DFH beantragt

Von einer Zertifizierung eines QM-Systems wird abgesehen. Die Eindämmung kostentreibender Strukturen ohne gesicherten Qualitätsgewinn ist auch im Sinne der Solidargemeinschaft. Vor Einführung eines zertifizierungspflichtigen QM-Systems wäre dies zunächst modellhaft zu erproben und wissenschaftlich zu evaluieren.

Vorhandene Qualitätssicherungsstrukturen werden sinnvoll miteinander verzahnt:

- Leistungsbeschreibungen definieren Mindestanforderungen an die Hebammenleistungen.
- Die Gesundheitsämter können als für Hebammen ohnehin zuständige Aufsichtsbehörde eingebunden werden, wie es bspw. auch jetzt schon im Rahmen der Überwachung der Hygiene bei der Medizinproduktaufbereitung oder der Rahmen-Hygienepläne für Geburtshäuser und Entbindungsheime geschieht.
- Qualitativ hochwertige, zielgerichtete, berufsbezogene und evaluierte Fortbildungen bilden eine weitere Säule der Qualitätssicherung im Hebammenberuf.
- Eine existenzsichernde Vergütung gibt der beruflichen Sorgfalt den nötigen Raum, beugt der Überlastung und dem burn-out vor und senkt so insgesamt die Fehleranfälligkeit der Hebammen in beruflichen Entscheidungssituationen.

§ 134 a SGB V Absatz 1(b) Satz 5 wird gestrichen.

NEUFASSUNG DER RICHTLINIE 2005/36/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES (ANERKENNUNG VON BERUFSQUALIFIKATIONEN)

Für große Bestürzung sorgte beim DFH die Neufassung der o.g. Richtlinie, die mit Zustimmung der Bundesregierung im November 2013 in Kraft trat.

Hieß es im Artikel 40 Absatz 3 bis dato noch: „Die Ausbildung der Hebamme gewährleistet, dass die betreffende Person die folgenden Fähigkeiten und Kenntnisse erwirbt: [...] d) angemessene klinische Erfahrung, die unter der Aufsicht von auf dem Gebiet der Geburtshilfe qualifiziertem Personal und in anerkannten Einrichtungen erworben wird;“ wurde jetzt unter d) spezifiziert: „angemessene, in anerkannten Einrichtungen erworbene klinische Erfahrung, durch die die Hebamme in der Lage ist, unabhängig und in eigener Verantwortung in dem nötigen Umfang und mit Ausnahme von pathologischen Situationen vorgeburtliche Gesundheitsfürsorge zu leisten, die Entbindung und die Folgemaßnahmen in anerkannten Einrichtungen durchzuführen sowie die Wehen und die Geburt, die nachgeburtliche Gesundheitsfürsorge und die Wiederbelebung von Neugeborenen bis zum Eintreffen eines Arztes zu überwachen.“

Abgesehen davon, dass die Ausbildung der europäischen Hebamme sie nunmehr nur noch dazu befähigt, „die Entbindungen und die Folgemaßnahmen in anerkannten Einrichtungen durchzuführen“ sind bei der Formulierung „sowie die Wehen und die Geburt, die nachgeburtliche Gesundheitsfürsorge und die Wiederbelebung von Neugeborenen bis zum Eintreffen eines Arztes zu überwachen“ wilden Interpretationen Tür und Tor geöffnet.

Der DFH beantragt

Hier ist dringend eine Nachbesserung angezeigt, da die Wahlfreiheit des Geburtsortes ohne den Erhalt der Eigenständigkeit des Hebammenberufes nicht zu gewährleisten ist.