

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)86(9.1)
gel. VB zur öAnh am 26.6.19 -
Hebammenreformgesetz
21.06.2019



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 20.06.2019

**zum Entwurf eines Gesetzes
zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
(Hebammenreformgesetz – HebRefG)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Gesetz	6
Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG).....	6
§ 1 – Der Hebammenberuf	6
§ 4 – Geburtshilfe als vorbehaltene Tätigkeiten	7
§ 9 – Studienziel.....	11
§ 13 – Praxiseinsätze	13
§ 14 – Praxisanleitung.....	15
§ 15 – Die verantwortliche Praxiseinrichtung	16
§ 16 – Durchführung des berufspraktischen Teils.....	17
§ 18 – Nachweis- und Begründungspflicht	18
§ 32 – Pflichten der verantwortlichen Praxiseinrichtung.....	19
§ 34 – Vergütung	20
Artikel 2 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	21
§ 60 Abs. 5 – Fahrkosten.....	21
Artikel 3 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	25
§ 134a Abs. 1d NEU – Verhandlung über Pauschalen	25
Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	27
§ 17a Abs. 1 S. 1 – Finanzierung von Ausbildungskosten	27
§ 17a Abs. 1 S. 4 ff. (neu) – Finanzierung von Ausbildungskosten	28
§ 17a Abs. 3 S. 1 – Finanzierung von Ausbildungskosten	30
§ 17a Abs. 5 S. 6 (neu) – Finanzierung von Ausbildungskosten.....	31
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	32
Schaffung eines neuen Ausbildungsberufes „Mütterpflegekraft“	32

I. Vorbemerkung

Mit dem Hebammenreformgesetz (HebRefG) soll das Hebammengesetz aus den 1980er Jahren an die Anforderungen einer zeitgemäß akademisierten Hebammenausbildung angepasst werden. Der Hebammenberuf soll zukunftsgerecht weiterentwickelt und die Qualität der Ausbildung verbessert werden. Hebammen sollen künftig in die Lage versetzt werden, ihr eigenes Handeln kritisch zu hinterfragen und zu reflektieren. Die höhere Attraktivität des Hebammenberufes durch eine akademische Ausbildung soll zudem dazu führen, Versorgungsengpässe zu vermeiden. Diese Zielsetzung begrüßt der GKV-Spitzenverband.

Qualität der Hebammenausbildung verbessern

Der Gesetzentwurf wird allerdings in der vorgelegten Form noch nicht zu der angestrebten Qualitätsverbesserung der Ausbildung führen. Gerade die sensiblen Bereiche wie Erkennen von Risiken in der Schwangerschaft, frühzeitiges Rufen/Weiterleitung an die Ärzteschaft/geburtshilfliche Abteilungen in den Kliniken während der Geburt und auch bei Komplikationen im Wochenbett z. B. bei Neugeborenen-Gelbsucht sind noch nicht hinreichend als Studienziele benannt. Auch erscheint es notwendig, dass Hebammen im Rahmen ihrer Ausbildung speziellere/tiefergehende Anleitungen benötigen, z. B. um Cardiotokographien (CTGs) auswerten zu können (vgl. BQS-Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten, beauftragt vom BMG, Juli 2018). Eine Differenzierung der nach dem Studium befähigten hebammenhilflichen Tätigkeiten bei physiologischen Verläufen zu den ärztlich vorbehaltenen Tätigkeiten (bei pathologischen Verläufen) ist noch nicht enthalten und sollte ergänzt werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass der bisherige berufspraktische Teil 3.000 Stunden umfasst und zukünftig im Rahmen des dualen Studiums nur noch min. 2.100 Stunden für Praxiseinsätze vorgesehen sind.

Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Professionen

Wie das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte BQS-Gutachten herausstellt, ist eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit bei der Geburtshilfe angezeigt. Die Akademisierung der Hebammen kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Die Hebammen, die keine Geburten betreuen, benötigen sicherlich auch eine Stärkung in der interprofessionellen Zusammenarbeit (z. B. mit Kinderärzten, Gynäkologen); allerdings handelt es sich bei der Betreuung nach der Geburt nicht um solch hochkomplexe Tätigkeiten (vgl. hierzu § 9 des HebG) wie in der Geburtsbetreuung, wo Arzt und Hebamme Hand in Hand arbeiten müssen.

Kaiserschnitttrate senken

Mit den mit der Akademisierung einhergehenden evidenzbasierten Konzepten für die hebammengeleitete Geburtshilfe sollen insbesondere auch die hohen Kaiserschnitttraten gesenkt werden. In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass der OECD-Vergleich mit anderen Staaten innerhalb der EU zeigt, dass andere Länder, in denen die Hebammen akademisiert sind, sowohl niedrigere als auch höhere Kaiserschnitttraten zu verzeichnen haben. Ein Nachweis dafür, dass die Ausbildungsart von Hebammen die Kaiserschnitttraten beeinflusst, ist nicht erkennbar.

Versorgungsengpässe beheben

Es erscheint fraglich ob die berichteten Versorgungsengpässe im ambulanten und stationären Bereich alleine durch die Akademisierung des Hebammenberufes beseitigt werden können. Aus GKV-Sicht muss damit gerechnet werden, dass die „akademisierten“ Hebammen ihren künftigen Schwerpunkt auf die Leitung, Forschung, Geburtenbetreuungen usw. legen werden, aber die „einfacheren“ Aufgaben wie Wiegen, Messen des Kindes – also die Versorgung im Wochenbett – womöglich nicht mehr hinreichend bedienen werden. Eine Versorgungsverknappung bei diesen Aufgaben wäre die Folge. Hinzu kommt, dass rund ein Drittel der Anwärterinnen künftig mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen nicht mehr Hebamme werden könnten, da Ihnen die Hochschulzugangsvoraussetzungen fehlen (35 % aller in Bayern befragten Hebammen hatten einen Realschulabschluss; vgl. u. a. IGES-Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern, Juli 2018).

Derzeit ist davon auszugehen, dass mindestens die Hälfte aller Hebammen nach ihrer Ausbildung nicht mehr mit der Geburtshilfe in Berührung kommt. Den Frauen und Männern, die keine Geburten betreuen wollen, muss daher die Möglichkeiten gegeben werden, auch mit 10-jährigem Schulabschluss die Versorgung von Müttern und Kindern im Wochenbett als auch Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse anbieten zu können. Höhere Zugangsvoraussetzungen für Interessentinnen, ggf. längere Ausbildungszeiten und fehlende Studienangebote erschweren die Umsetzung und schaffen voraussichtlich eine Lücke bei den Absolventinnen. In der Folge ist eine Zunahme an Hebammen, die für die Versorgung zur Verfügung stehen, unwahrscheinlich. Um einem prognostizierten Engpass, bedingt durch eine mögliche Konzentration akademisierter Hebammen auf Leitung, Forschung und Geburtenbetreuung entgegen zu wirken, schlägt der GKV-Spitzenverband daher zur Stärkung der bedarfsgerechten Versorgung der Mütter – insbesondere in der Wochenbettbetreuung – vor, einen neuen Ausbildungsberuf zur Mütterpflegekraft zu schaffen.

GKV-Finanzierung für akademische Ausbildung – eine versicherungsfremde Leistung

Die akademische Ausbildung ist eine hoheitliche Aufgabe des Staates und ergibt sich aus der grundgesetzlich verankerten Freiheit der Wissenschaft, Forschung und Lehre. Die Finanzierungsverantwortung obliegt damit den Bundesländern bzw. den Bundesländern und dem Bund gemeinsam soweit es sich um Aufgaben von überregionaler Verantwortung handelt. Wird dennoch die Vergütung von Teilen eines Hochschulstudiums der GKV gesetzlich zugeordnet, handelt es sich dabei um versicherungsfremde Leistungen.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den für die gesetzliche Krankenversicherung zentralen Neuregelungen Stellung.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)

§ 1 – Der Hebammenberuf

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber erläutert in § 1 den Hebammenberuf: Demnach umfasst der Hebammenberuf insbesondere die selbständige und umfassende Beratung, Betreuung und Beobachtung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und der Stillzeit, die selbständige Leitung von physiologischen Geburten sowie die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen und Säuglingen.

B) Stellungnahme

Die Erläuterung berücksichtigt nicht ausreichend, dass der Hebammenberuf auch das Erkennen regelwidriger Verläufe bei den Frauen und den Kindern in den jeweiligen Phasen umfasst. Dieses ist jedoch zum Schutz von Mutter und Kind unumgänglich (s.a. BQS-Gutachten; beauftragt durch das BMG). Hier genügt auch nicht die Gesetzesbegründung zum § 1, dass die Hebammentätigkeit eine Vielzahl von Tätigkeiten und Arbeitsfeldern umfasst und die Aufzählung nicht abschließend ist. Denn das Erkennen von regelwidrigen Verläufen durch Hebammen ist maßgeblich dafür, dass die Frauen/Kinder in die jeweiligen für sie richtigen Versorgungseinheiten gelangen (z. B. bei Geburten in Level 1–4 Krankenhäuser, Konsil beim Diabetologen, wenn in der Schwangerschaft beim Blutzuckerbelastungstest kritische Werte gesichtet wurden usw.). Dies gilt insbesondere für die Frauen, die sich dafür entscheiden – bis auf die Ultraschalluntersuchungen – alle Vorsorgen in die Hände einer Hebamme zu geben.

C) Änderungsvorschlag

§ 1 wird wie folgt ergänzt:

... , jeweils einschließlich des *Erkennens von regelwidrigen Verläufen*.

Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)

§ 4 – Geburtshilfe als vorbehaltene Tätigkeiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber erläutert hier, was die geburtshilfliche Tätigkeit einer Hebamme umfasst. Die „Geburtshilfe“ soll nach Absatz 2 auch die Überwachung des Wochenbettverlaufs umfassen (Absatz 2 Nr. 3).

Hinweis: Die *Geburt* endet sowohl nach medizinischen als auch nach juristischen Gesichtspunkten spätestens nach der Geburt der Plazenta. Danach fängt das *Wochenbett* an, das zuletzt vom Gesetzgeber von 8 auf 12 Wochen verlängert wurde. Als Wochenbett oder Kindbett bezeichnet man die Zeitspanne vom Ende der Entbindung bis zur Rückbildung der schwangerschafts- und geburtsbedingten Veränderungen, was typischerweise sechs bis acht Wochen dauert.

In der Klinik wird die Wöchnerin nach vollendeter Geburt auf der Wöchnerinnenstation i.d.R. von Krankenschwestern drei bis vier Tage weiter betreut. In dieser Zeit wird z. B. bei Still Schwierigkeiten dann eine entsprechend ausgebildete Fachkraft hinzugezogen. Dies kann auch eine Hebamme aus dem Kreißaal sein. Die Wochenbettbetreuung nach der Entlassung aus der Klinik findet i.d.R. durch Hebammen statt, die die Geburt nicht betreut haben. Oftmals sind dies Hebammen, die grundsätzlich keine Geburten anbieten.

B) Stellungnahme

In der Vorschrift fehlt die Veranlassung/Weiterleitung der Hebamme einer sich regelwidrig entwickelten Geburt (Pathologie) an Ärzt*innen. Die Geburtshilfe durch Hebammen muss insbesondere das frühzeitige Erkennen von Komplikationen während einer Geburt umfassen und die Hinzuziehung von Ärzt*innen bei pathologischen Verläufen gewährleisten.

Des Weiteren erschließt sich nicht, dass im Berufsgesetz für Hebammen eine mittlerweile 12-wöchige Wochenbettphase (unmittelbar) zur Geburtshilfe gehören soll (vgl. oben), obwohl sowohl nach BGB als auch nach medizinischen und hebammenwissenschaftlichen Definitionen die Geburt nach der Plazentaphase endet. Die Wochenbettbetreuungen erfolgen überwiegend im häuslichen Umfeld nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (einige Tage nach der Ent-

bindung), in dem über 98 % aller Geburten stattfinden. Personell werden deswegen die Wochenbettbetreuungen i.d.R. von anderen Hebammen, als denjenigen, die die Geburt betreut haben, übernommen.

Würde die Vorschrift so beibehalten, so könnte z. B. eine andere Berufsgruppe (vgl. hierzu Punkt III) bei Versorgungsengpässen in der Wochenbettbetreuung (und z. B. bei Rückbildungskursen) nicht unterstützend tätig werden. Das hierfür künftig nur studierte Hebammen in Frage kommen sollen, lässt sich nicht nachvollziehen, da die Leistungsinhalte des Wochenbettes mit ausgewählten Tätigkeiten der ambulanten Pflege zu vergleichen sind.

Der nachfolgende Auszug aus Anlage 1.2 Leistungsbeschreibung zum Vertrag über Hebammenhilfe nach § 134a SGB V verdeutlicht dies:

Leistungen in Wochenbett und Stillzeit

Mutter

- Unterstützung zur Förderung des regelrechten Wochenbettverlaufs
- Erheben und Auswerten der Vitalzeichen und des Allgemeinzustands
- Kontrolle und ggf. Unterstützung der Rückbildung der genitalen und extragenitalen schwangerschafts- und geburtsbedingten Veränderungen
- Begutachtung und Pflege von Geburtsverletzungen oder Kaiserschnittnaht
- Inspektion und Pflege der Brust (z.B. Hilfe bei Milchstau, drohender Brustentzündung und wunden Brustwarzen)
- Wochenbetthygiene
- Beratung, Durchführung und Anleitung zu Wochenbettgymnastik, (z.B. Inkontinenz, Thromboseprophylaxe)
- Nachbesprechung der Geburt
- Stärkung der Elternkompetenzen, der Bindungssicherheit und des Zusammenwachsens der Familie/Veränderungen der Lebenssituation
- Durchführung besonderer Maßnahmen auf ärztliche Anordnung
- ggf. besondere Unterstützung bei der Verarbeitung traumatischer Schwangerschafts- oder Geburtserfahrungen und -situationen

Kind

- Erheben und Auswerten der Vitalzeichen und des Allgemeinzustands
- Information zum NG-Screening, U2/U3, Prophylaxen und Impfungen
- Gewichtskontrolle

- Nabelpflege
- Kontrolle der Ausscheidungen
- visuelle Bilirubinkontrolle
- Handling und praktische Anleitung zur Säuglingspflege, Unfallprävention (z.B. Gefahren am Wickeltisch, Haustiere)
- Erkennen von Bedürfnissen und Problemen, Beobachtung, Anzeichen, Maßnahmen
- Information zur Kariesprophylaxe

Laktation, Stillen und Ernährung des Kindes

- Regulation der Laktation
- Beobachtung, Information, Anleitung und Unterstützung vor, während und nach der Mahlzeit des Kindes
- Information und Anleitung zu Stillpositionen/Anlegetechnik und dem angemessenen Umfeld zum Stillen
- Anleitung zur Milchgewinnung und Aufbewahrung der gewonnenen Muttermilch
- Unterstützung in besonderen Stillsituationen der Wöchnerin und des Kindes/der Kinder
- Informationen zu Allergieprophylaxe durch Stillen bzw. Ernährung und über den Übertritt von Substanzen in die Muttermilch
- ggf. Anleitung zur Zubereitung der Nahrung und zum Umgang mit Flaschen und Saugern
-

Auch aufgrund der Leistungsbeschreibung kann die Betreuung im Wochenbett keine Leistung nach § 4 sein, die ausschließlich von ärztlichem Personal und von „Personen mit einer Berufserlaubnis nach diesem Gesetz“ ausgeübt werden darf.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bereits eine andere Berufsgruppe Leistungen erbringt, die im Vertrag nach § 134a SGB V vorgesehen sind. Aktuell erbringen auch Physiotherapeuten Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse. Diese sind vertraglich in vielen Heilmittelverträgen der Länder geregelt.

Unter Nr. 3 sollte stattdessen die Überwachung/Betreuung in der postpartalen Nachgeburtphase genannt werden, die die Geburtshilfe unmittelbar umfasst. Hier sind neben dem Erheben und Auswerten der Vitalzeichen von Mutter und Kind, den pflegerischen Tätigkeiten und

der Anleitung zum ersten Stillen (inkl. Bonding) auch eine Blutungs- und Uteruskontrolle von großer Wichtigkeit. So wären mit den in § 4 genannten Tätigkeiten vor, während und nach der Geburt umfassend und abschließend alle Bereiche der Geburtshilfe abgedeckt, ohne diese unnötig auf das Wochenbett auszudehnen.

C) Änderungsvorschlag

a) Absatz 2 Nr. 1 wird wie folgt gefasst: *(Ergänzungen in kursiv)*

1. die Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an *einschließlich dem frühzeitigen Erkennen von Regelwidrigkeiten und der Veranlassung ärztlicher Hilfeleistung bei nicht physiologischen Verläufen.*

b) Absatz 2 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

3. *die Überwachung des postpartalen Verlaufes.*

Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)

§ 9 – Studienziel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber erläutert in § 9 die Studienziele: Demnach soll das Studium zur Hebamme die fachlichen und personalen Kompetenzen, die für die selbständige und umfassende Hebammentätigkeit im klinischen sowie im ambulanten Bereich erforderlich sind, vermitteln. Im Absatz 4 erfolgt dann eine Aufzählung von Aufgaben, zu deren selbständiger und eigenverantwortlichen Ausführung die Hebamme durch das Studium befähigt werden soll (Nr. 1 des Absatzes 4).

Ferner soll im Rahmen der Akademisierung den Anwärter*innen auch vermittelt werden, künftig interprofessionell mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten (Nr. 3 des Absatzes 4).

B) Stellungnahme

Zu Nr. 1 des Absatzes 4)

Hier sind einige wichtige Aufgaben, die nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes eine Hebamme nach dem Studium selbständig ausführen können sollte, nicht aufgelistet. So fehlen die wichtige Informationsvermittlung der Eltern zu den Themen Impfen, Stillen, Neugeborenen-Screenings usw.

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes wäre es zudem sinnvoll, auch die Ausbildungsbereiche Organisation, Buchführung, Abrechnung, weitergehende Verwaltungsaufgaben, die für eine etwaige spätere Freiberuflichkeit von Relevanz sind, in den Studienzielen mit abzubilden. Eine Auflistung dieser Tätigkeiten alleine in der zum späteren Zeitpunkt vom BMG zu erstellenden Studien- und Prüfungsverordnung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes keine ausreichende Alternative.

C) Änderungsvorschlag

a) Der Absatz 4 Nr. 1 ist wie folgt zu ergänzen: *(Ergänzungen in kursiv)*

(4) Das Hebammenstudium soll darüber hinaus insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden Aufgaben selbständig auszuführen:

- c) Frauen und Familien auf die Geburt, das Wochenbett und die Elternschaft vorzubereiten sowie zur *(Still-) Ernährung, Pflege und Versorgung des Neugeborenen und des Säuglings anzuleiten und insbesondere über die Neugeborenen-Screenings zu beraten und über die Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zu informieren;*
- b) Nach Nr. 3 des Absatzes 4 wird Nr. 4 neu angefügt:
 - (4) Das Hebammenstudium soll darüber hinaus insbesondere dazu befähigen,
4. im Zusammenhang mit dem Hebammenberuf relevante rechtliche und betriebswirtschaftliche Grundkenntnisse zu erwerben und Organisations- und Verwaltungsaufgaben für eine freiberufliche Tätigkeit selbständig bewältigen zu können.

Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)

§ 13 – Praxiseinsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird definiert, dass Praxiseinsätze ausschließlich in zugelassenen Krankenhäusern und bei freiberuflichen Hebammen, in ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen oder ausnahmsweise in weiteren Einrichtungen durchgeführt werden. Voraussetzung ist sowohl bei Krankenhäusern als auch bei freiberuflichen Hebammen und ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen, dass ein Praxisanleiter einen Umfang von mindestens 25 % der zu absolvierenden Stundenzahl durch entsprechende Anleitung des Studierenden abdeckt.

B) Stellungnahme

Praxisanteile wurden auch bisher schon in Krankenhäusern, bei freiberuflichen Hebammen und ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen erbracht, jedoch erfolgt nun die verbindliche Aufnahme der Praxiseinsätze außerhalb von Krankenhäusern in die gesetzliche Regelung. Eine Modifizierung des Anteils der Praxisanleitung von mindestens 25 % wird lediglich dahingehend vorgenommen, dass die Länder bis zum Jahr 2030 einen geringeren Umfang für die Praxisanleitung vorsehen können. Es wird damit grundsätzlich an diesem hohen Anteil der Praxisanleitung festgehalten, eine Abweichung ausschließlich zugelassen, um personellen Engpässen zu begegnen.

Die prozentuale Vorgabe eines Mindestumfangs von 25 % für die Praxisanleitung bei den Praxiseinsätzen erscheint sehr hoch und wird weder durch EU-Recht noch durch relevante Fachempfehlungen vorgegeben. Der bisherige Umfang der Praxisanleitung für angehende Hebammen liegt im Krankenhaus tendenziell bei 10 % entsprechend der Ausbildung in der Pflege. Selbst unter Berücksichtigung der bisherigen Dauer der praktischen Ausbildung von 3.000 Stunden und des nun verkürzten Umfangs von 2.100 Stunden läge das Äquivalent bei 15 %.

Es ist vorgesehen, die Dauer des berufspraktischen Teils im Studium zu kürzen – von bisher 3.000 Stunden auf 2.100 Stunden (max. 2.500 bei 4.600 Stunden Gesamtstudiendauer). Damit eine ausreichende Dauer für die Vermittlung der Studieninhalte in den klinischen Prozessen zur Verfügung steht, sollte weiterhin der überwiegende Anteil des berufspraktischen

Teils im Krankenhaus absolviert werden. Daher sollte die Dauer der Praxiseinsätze bei freiberuflichen Hebammen oder ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen begrenzt werden (analog der bisherigen Begrenzung).

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 3 wird ein neuer Absatz 4 eingefügt:

Die Praxiseinsätze bei freiberuflichen Hebammen oder in ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen sollen eine Dauer von höchstens 480 Stunden umfassen.

Aus Absatz 4 wird Absatz 5

Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)

§ 14 – Praxisanleitung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es werden Aussagen zu den Aufgaben der praxisanleitenden Person getroffen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung beschreibt die Tätigkeit der praxisanleitenden Person in groben Zügen. Die lediglich in der Begründung getroffene Aussage, dass diese Beschreibung nicht abschließend ist, sollte direkt in den Gesetzestext Eingang finden. Ggf. bietet sich ein Verweis auf noch beabsichtigte Regelungen an.

C) Änderungsvorschlag

siehe Stellungnahme

Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)

§ 15 – Die verantwortliche Praxiseinrichtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 15 wird der Status verantwortlicher Praxiseinrichtungen ausschließlich den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern zugewiesen. Das Krankenhaus schließt demgemäß einen Vertrag für die akademische Ausbildung mit der studierenden Person für die Dauer des Studiums.

B) Stellungnahme

Die Regelung, ausschließlich zugelassene Krankenhäuser als verantwortlicher Praxiseinrichtungen vorzugeben, ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)

§ 16 – Durchführung des berufspraktischen Teils

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass Krankenhäuser, die als verantwortliche Praxiseinrichtung fungieren, Vereinbarungen mit anderen an der berufspraktischen Ausbildung beteiligten Krankenhäusern sowie freiberuflichen Hebammen und ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen schließen, um die Durchführung aller Praxiseinsätze gemäß Praxisplan zu gewährleisten.

B) Stellungnahme

Die vertragliche Vereinbarung mit weiteren Praxiseinrichtungen ist folgerichtig und notwendig. Dabei ist zu gewährleisten, dass die aufzustellenden Praxispläne gemäß § 22 Absatz 2 in Verbindung mit § 19 Absatz 2 den Anforderungen des modularen Curriculums entsprechen. Mangels noch nicht vorliegender quantitativer und qualitativer Informationen zu den Curricula ist eine weitergehende Bewertung nicht möglich.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)

§ 18 – Nachweis- und Begründungspflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung werden Nachweis- und Begründungspflichten zwischen den Beteiligten der berufspraktischen Ausbildung vorgegeben. Umfasst sein sollen ausschließlich die im Vereinbarungszeitraum geplanten erstmaligen Weiterqualifizierungen zur praxisanleitenden Person sowie der Zeitpunkt für die Vorlage entsprechender Nachweise und Begründungen gegenüber der verantwortlichen Praxiseinrichtung.

B) Stellungnahme

Die Regelung umfasst ausschließlich die Verpflichtung zu Angaben über geplante erstmalige Weiterqualifizierungen zur praxisanleitenden Person und den Zeitpunkt der Vorlage. Es ist folgerichtig, nur auf erstmalige Weiterbildungen zur praxisanleitenden Person abzustellen, da bereits bisher Hebammenschülerinnen in ihrer Ausbildung durch praxisanleitende Personen betreut wurden. Es sind keine Kosten, sondern ausschließlich die Zahl der Weiterbildungen nachzuweisen und zu begründen, da für diese Kosten eine eigene Pauschale nach § 134 a Absatz 1d Satz 3 SGB V vereinbart werden soll. Während der Gesetzentwurf lediglich den prospektiven Nachweis für geplante Maßnahmen vorsieht, bedarf es zusätzlich eines Nachweises der tatsächlichen Durchführung der Erstqualifizierung.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 wird nach Satz 1 ergänzt:

Nach Ablauf des Budgetzeitraums liefern die ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen und freiberuflichen Hebammen den Nachweis für die Durchführung der geplanten Erstqualifizierung.

Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)

§ 32 – Pflichten der verantwortlichen Praxiseinrichtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Regelung trifft Vorgaben zu den Verpflichtungen verantwortlicher Praxiseinrichtungen.

B) Stellungnahme

Die konkret benannten Vorgaben sind nachvollziehbar, abschließende Ausführungen erfolgen in der gesetzlichen Regelung nicht. Auf die Betreuungsquote von 25 % wird in der Gesetzesbegründung Bezug genommen. Hier wäre ein Hinweis auf die Herleitung der gewählten Mindest-Betreuungsquote sinnvoll. Eine Bewertung des gewählten Prozentsatzes kann nicht erfolgen. Es wird auf die Stellungnahme zu § 13 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Hebammengesetz – HebG)

§ 34 – Vergütung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Regelung soll die Zahlung einer Vergütung für die studierende Person während der gesamten Studiendauer sicherstellen.

B) Stellungnahme

Die Vergütung für die studierende Person ist Bestandteil des nach § 27 zu schließenden Vertrages. Dabei entsprechen die Vorgaben im Wesentlichen denen des § 15 des bisherigen Hebammengesetzes. Da das Krankenhaus nicht Träger der Ausbildung respektive des Studiums, sondern verantwortliche Praxiseinrichtung ist, erfolgte lediglich eine Neuformulierung gegenüber der bisherigen gesetzlichen Regelung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 60 Abs. 5 – Fahrkosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Pflegebedürftige, die während der Rehabilitation ihrer pflegenden Angehörigen in derselben Rehabilitationseinrichtung versorgt werden, sollen die Krankenkassen auch die Reisekosten, die in diesem Zusammenhang entstehen, übernehmen. Für Pflegedürftige, die während der Rehabilitation ihrer pflegenden Angehörigen in einer anderen Einrichtung versorgt werden, sollen die Krankenkassen der Rehabilitanden ebenfalls die Reisekosten zu diesen Einrichtungen übernehmen, wenn die Versorgung von der Krankenkasse des Rehabilitanden gemeinsam mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen organisiert worden ist. Erhalten die Pflegebedürftigen in diesen Fällen eine Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI, erstatten die Pflegekassen der Pflegebedürftigen den Krankenkassen der pflegenden Angehörigen die Kosten. Gleichzeitig soll ein Verweisfehler im § 60 Abs. 5 SGB V bereinigt werden.

B) Stellungnahme

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG vom 11.12.2018 (Bundesgesetzblatt vom 14.12.2018, Seite 2394ff.) ist der Anspruch pflegender Angehöriger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation u. a. dadurch ausgeweitet worden, dass sie einen Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen¹ in derselben Rehabilitationseinrichtung haben (§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Soll der Pflegebedürftige in einer anderen Einrichtung als der Rehabilitationseinrichtung seines pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen dessen Versorgung auf Wunsch des pflegenden Angehörigen und mit Zustimmung des Pflegebedürftigen (§ 40 Abs. 3 Satz 3 SGB V).

Die Regelung, dass der Anspruch auf Rehabilitationsleistungen eines Rehabilitanden – und dies ausschließlich in Fällen, in denen die gesetzliche Krankenversicherung Kostenträger ist – als Nebenleistung unabhängig von Aspekten der medizinischen Notwendigkeit auch die Versorgung eines Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung umfassen soll, ist gesetzessystematisch schon nicht konsistent und wird der Aufgabenzuweisung der gesetzlichen Krankenversicherung im Verhältnis zu anderen Sozialleistungsträgern nicht gerecht. Diese Inkonsistenz wird an den nunmehr vorgesehenen gesetzlichen Änderungen, die im Rahmen des PpSG

¹ Sofern in diesem Text die maskuline Form verwendet wird, sind immer auch alle anderen Geschlechter mit angesprochen.

offensichtlich nicht bedachte Regelungslücken schließen sollen, besonders deutlich und mit den vorgesehenen Regelungen weiter verstärkt.

a) Reisekosten bei Versorgung von Pflegebedürftigen in der Rehabilitationseinrichtung des Rehabilitanden

Mit dem PpSG wurden im Zusammenhang mit der beschriebenen Neuregelung keine neuen Anspruchsgrundlagen für die Übernahme von Fahr- bzw. Reisekosten geschaffen. Reisekosten können nach der geltenden Rechtslage aber nur für den Rehabilitanden über einen Verweis in § 60 Abs. 5 SGB V auf § 73 Abs. 1 – 3 SGB IX übernommen werden. Die Übernahme von Reisekosten nach diesen Vorschriften für die den Rehabilitanden begleitende pflegebedürftige Person ist nicht möglich. Durch die Änderung des § 60 Abs. 5 SGB V soll der Anspruch des pflegenden Angehörigen auf Übernahme der Reisekosten auf die entsprechenden Reisekosten des Pflegebedürftigen ausgeweitet werden.

Mit der vorgesehenen Regelung zur Übernahme der Reisekosten für Pflegebedürftige, die in der Rehabilitationseinrichtung versorgt werden, in denen ihre pflegenden Angehörigen rehabilitiert werden, sollen gesetzessystematisch dem Leistungsträger weitere ergänzende Leistungen zugeordnet werden, der für die Erbringung einer Hauptleistung zuständig ist. Nach dem vorgesehenen Gesetzeswortlaut „zu den Reisekosten (des Rehabilitanden) ... gehören auch die Reisekosten ...des Pflegebedürftigen...“ ist in dieser Systematik der Anspruch auf Reisekosten des Rehabilitanden als Hauptleistung zu verstehen. Allerdings stellt bereits der Anspruch des Rehabilitanden auf Reisekosten eine akzessorische Nebenleistung zu seinem Anspruch auf Rehabilitationsleistungen dar. Dass nunmehr mit der vorgesehenen Regelung eine akzessorische Nebenleistung zu einer Nebenleistung geschaffen werden soll, widerspricht etablierten und durch die Rechtsprechung gefestigten leistungsrechtlichen Grundsätzen. So hat das Bundessozialgericht (BSG) in mehreren Urteilen die Übernahme von Reisekosten zu ergänzenden Rehabilitationsleistungen (hier: Rehabilitationssport) ausgeschlossen (vgl. BSG-Urteile vom 22.04.2008, Az.: B 1 KR 22/07 R und vom 22.04.2009, Az.: B 3 KR 5/08 R). Vor diesem Hintergrund kann die mit der vorgesehenen gesetzlichen Regelung einhergehende Abkehr von bestehenden rechtlichen Grundsätzen weitreichende Auswirkungen haben.

b) Reisekosten bei Versorgung von Pflegebedürftigen in anderen Einrichtungen

Die beabsichtigte Änderung des § 60 Abs. 5 SGB V sieht vor, dass die Krankenkassen auch in den Fällen Reisekosten nach § 73 Abs. 1 und 3 SGB IX übernehmen, in denen die Pflegekassen der Pflegebedürftigen und die Krankenkassen der Rehabilitanden gemeinsam die Versorgung der Pflegebedürftigen in anderen Einrichtungen organisieren als denen, in

denen die pflegenden Angehörigen rehabilitiert werden. Haben die Pflegebedürftigen in diesen Fällen Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI, haben die Pflegekassen den Krankenkassen der pflegenden Angehörigen die Reisekosten für diese Fälle zu erstatten.

Diese vorgesehene Neuregelung ist aus zweierlei Gründen nicht sachgerecht und wird abgelehnt. Zum einen weicht sie – noch weitergehend als in den Fallgestaltungen unter a) – vom Grundsatz der Akzessorietät von ergänzenden Leistungen zu einer Hauptleistung ab. In den hier relevanten Fällen des § 40 Abs. 3 Satz 3 SGB V koordinieren die Krankenkassen der Rehabilitanden auf deren Wunsch und die Pflegekassen der Pflegebedürftigen mit Einwilligung der zu Pflegenden gemeinsam die Versorgung der Pflegebedürftigen während der Rehabilitation der Pflegenden. Den Krankenkassen kommt lediglich eine koordinierende Aufgabe zu, zu der ein Reisekostenanspruch keine Nebenleistung darstellen kann. Da die Versorgung des Pflegebedürftigen nicht in der Rehabilitationseinrichtung des Pflegenden erfolgt, kann der Reisekostenanspruch des Pflegenden auch nicht die „Mitnahme“ des zu Pflegenden als Nebenleistung umfassen. Die Krankenkasse erbringt in diesen Fällen demnach keine relevante Hauptleistung. Soll die Versorgung des Pflegebedürftigen in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung erfolgen, besteht unter den Voraussetzungen des § 42 SGB XI ggf. ein Anspruch auf Kurzzeitpflegeleistungen gegenüber der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Pflegeversicherungsunternehmen, die die Leistungen unmittelbar gegenüber dem Pflegebedürftigen erbringen. In diesen Fällen wäre die vorgesehene Übernahme der Reisekosten durch die Krankenkassen und spätere Erstattung durch die Pflegekassen – die sich mangels Reisekostenregelung im SGB XI allerdings nicht auf die privaten Pflegeversicherungsunternehmen erstrecken würde – auch aus verwaltungspraktischen Gründen weder für die Versicherten noch für die Kranken- und Pflegekassen sachgerecht.

Zum anderen würde der auch in den Fällen des § 40 Abs. 3 Satz 3 SGB V uneingeschränkt bestehende Anspruch auf Übernahme der Reisekosten gegenüber der Krankenkasse des Rehabilitanden in allen Fällen, in denen kein Kostenträger für die Versorgung des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung aufkommt, dazu führen, dass ein Anspruch auf eine Nebenleistung ohne Hauptleistung besteht. Denkbar sind hier einerseits Fälle, in denen der zeitlich und in seiner Höhe begrenzte Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI bereits erschöpft ist und die Kurzzeitpflege vom Pflegebedürftigen selbst finanziert

werden muss oder andererseits Fälle, in denen der Pflegebedürftige in einer anderen Einrichtung versorgt wird, in der ein Anspruch auf Kurzzeitpflege nicht besteht.

Aus den genannten Gründen werden die vorgesehenen Regelungen abgelehnt.

§ 60 Abs. 5 SGB V verweist in der geltenden Fassung auf die Übernahme der Reisekosten nach § 73 Abs. 1 bis 3 SGB V. § 73 Abs. 2 SGB IX enthält allerdings einen Verweis auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthält diese Leistungen nicht. Absatz 3 ermöglicht die Kostenübernahme von Familienheimfahrten bei einer länger als 8 Wochen erbrachter Rehabilitationsleistung. Diese Fallkonstellationen wird es bei den hier in Betracht kommenden Versorgungsfällen nicht geben, deshalb sollte der Verweis in § 60 Abs. 5 SGB V auf § 73 Abs. 1 SGB IX beschränkt werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelungen.

Sofern es aus übergeordneten Gründen als erforderlich betrachtet wird, die im Rahmen des PpSG erweiterten Leistungsansprüche für pflegende Angehörige im Bereich Rehabilitation zu ergänzen, sollte dies auf die Reisekostenübernahme in den Fällen des § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V beschränkt werden.

§ 60 Abs. 5 wird wie folgt gefasst:

(5) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Reisekosten nach § 73 Absatz 1 und 3 des Neunten Buches übernommen. Zu den Reisekosten nach Satz 1 gehören bei pflegenden Angehörigen auch die Reisekosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung Pflegebedürftiger nach § 40 Absatz 3 Satz 2 entstehen.

Artikel 3 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 134a Abs. 1d NEU – Verhandlung über Pauschalen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einfügung des neuen Absatzes 1d hinter Absatz 1c wird geregelt, dass die Vertragspartner des Hebammenhilfevertrags nach § 134a SGB V (Hebammenverbänden und GKV-Spitzenverband) verpflichtet sind, auf Bundesebene bis zum 31.12.2019 Pauschalen für freiberuflich tätige Hebammen und hebammengeleitete Einrichtungen, die sich zur berufspraktischen ambulanten Ausbildung von Hebammenstudierenden verpflichtet haben, zu vereinbaren. Die Pauschalen sollen in das Ausbildungsbudget (nach § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz; vgl. Artikel 4 dieses Gesetzes) einfließen. Dementsprechend erhalten die für die Durchführung des berufspraktischen Teils des Hebammenstudiums verantwortlichen Krankenhäuser auch Zahlungen aus dem Ausgleichsfonds, mit denen die Kosten für die ambulante Ausbildung von Hebammenstudierenden abgegolten werden. Diese Beträge (Pauschalen) sind von den Krankenhäusern an die ausbildenden freiberuflichen Hebammen und hebammengeleiteten Einrichtungen weiterzuleiten.

Des Weiteren wird gesetzlich vorgegeben, dass die Kosten für die erstmalige Weiterqualifizierung, die von Hebammen obligatorisch zu absolvieren ist, um sich als praxisleitende Person nach § 14 Hebammengesetz zu qualifizieren, in einer eigenen Pauschale zwischen den o. g. Vertragspartnern festzulegen sind (erst nach Vorlage der Studien- und Prüfordnung; vgl. hierzu § 71 Hebammengesetz). Diese Kosten fallen – der Gesetzesbegründung zu Folge – in der Regel nur einmalig zu Beginn der Tätigkeit an und sind daher bei der Verhandlung des Ausbildungsbudgets nur für diejenigen Hebammen in Ansatz zu bringen, die diese Weiterqualifizierung voraussichtlich im kommenden Jahr durchlaufen werden.

B) Stellungnahme

Die Pauschalen werden zwischen den Vertragspartnern (Hebammenverbände und GKV-Spitzenverband) vereinbart und jährlich angepasst. Die Pauschale für die Weiterqualifikation zur Praxisanleitung sollte ausschließlich für Vollzeit tätige Hebammen gewährt werden, damit der bürokratische Aufwand insbesondere bei den Ländern und Krankenhäusern nicht vervielfacht wird. Da die Länder gem. § 13 Abs. 2 HebG übergangsweise einen niedrigeren Anteil der Praxisanleitung als 25 Prozent vorgeben können, sind die Pauschalen für die ambulanten Ein-

richtungen und freiberuflichen Hebammen in Abhängigkeit von der zu leistenden Praxisanleitung zu vereinbaren. Da die Praxisanleitung einen Großteil des personellen Aufwandes ausmacht, ist die Pauschale entsprechend anzupassen, wenn durch lediglich 10 Prozent Praxisanleitung ein wesentlich geringerer Aufwand für die Einrichtung entsteht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1a)

§ 17a Abs. 1 S. 1 – Finanzierung von Ausbildungskosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Kosten der Ausbildungsstätten für die Ausbildung im Beruf Hebamme sind künftig nicht mehr Gegenstand der Finanzierung nach § 17a KHG. Die Finanzierung der Vergütungen für studierende Personen sowie deren berufspraktische Ausbildung soll gesondert durch Anfügung der Sätze laut Buchstabe b) geregelt werden.

B) Stellungnahme

Der vollständige Ausschluss der Refinanzierung von Kosten der Ausbildungsstätten ab 2026 ist folgerichtig, da hochschulische Ausbildungen von den Ländern zu finanzieren sind. Kosten der Ausbildungsstätten fallen bei hochschulischen Ausbildungen nicht an und können daher nicht Gegenstand der Finanzierung nach § 17a KHG sein. Lediglich für die vor dem 31.12.2020 noch begonnenen Ausbildungen nach § 76 erfolgt die Finanzierung übergangsweise nach § 17a KHG in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung.

Hinsichtlich der nach § 75 möglichen übergangsweisen Kooperation von Hochschulen mit Hebammenschulen ist eine Klarstellung in § 75 notwendig, dass in diesen Fällen – für die Studierenden gem. HebG– keine Finanzierung nach § 17a KHG erfolgt. Dies ist bislang lediglich in der Gesetzesbegründung angemerkt.

C) Änderungsvorschlag

§ 75 Kooperation mit Hebammenschulen

In § 75 Abs. 1 wird folgender Satz 2 angefügt: „Die Finanzierungsverpflichtung bleibt davon unberührt.“

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1b)

§ 17a Abs. 1 S. 4 ff. (neu) – Finanzierung von Ausbildungskosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung der beiden Sätze ist beabsichtigt, die Refinanzierung der Vergütungen für die Hebammenstudierenden nach § 34 Absatz 1 des Hebammengesetzes und der Mehrkosten des Krankenhauses zu regeln. Dabei werden zu den Mehrkosten des Krankenhauses auch die Kosten der berufspraktischen Ausbildung bei freiberuflichen Hebammen und ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen hinzugerechnet.

B) Stellungnahme

Die Vergütung von Teilen eines Hochschulstudiums durch die GKV ist grundsätzlich als versicherungsfremde Leistung zu bewerten. Bei den Kosten der Praxisanleitung durch freiberufliche Hebammen und ambulante hebammengeleitete Einrichtungen handelt es sich darüber hinaus um systemfremde Kostenbestandteile, die den Krankenhäusern im Rahmen der Neuregelung zugeordnet werden sollen.

Insbesondere dann aber, wenn dennoch die Kosten der Praxisanleitung vollumfänglich durch die GKV zu tragen sind, ist hinsichtlich der Vergütung der Studierenden eine Prüfung notwendig, in welcher Höhe ein Anrechnungsschlüssel für die Leistungen der Studierenden in den Praxiseinsätzen angemessen ist. Ähnlich der Pflegeausbildung wird in Teilen eine Leistung durch die Studierenden erbracht, die durchaus aufwandsmindernd in den Praxiseinrichtungen in Ansatz zu bringen ist.

Die Länder sind über § 12 an der Ausgestaltung der Studiengänge und deren Dauer beteiligt. Damit ist eine Einflussnahme der Länder auf die Höhe der durch die GKV zu tragenden Vergütungen der Studierenden gegeben. Eine Beteiligung der Länder an der Vergütung der Studierenden, die über den Zeitraum von sechs Semestern hinaus anfällt, sollte erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

b) Folgende Sätze werden angefügt: „Zu den Ausbildungsvergütungen nach Satz 1 gehören auch die Mehrkosten der Vergütungen der Hebammenstudierenden nach § 34 Absatz 1 des Hebammengesetzes. Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die ein Studium nach HebRefG absolvieren, im Verhältnis X zu 1 auf die Stelle einer

voll ausgebildeten Pflegefachkraft anzurechnen. Die Finanzierung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung ist auf 6 Semester begrenzt. Im Falle einer landesindividuell längeren Regelstudienzeit hat das Krankenhaus ab dem siebten Semester den Studierenden eine leistungsgerechte Vergütung zu bezahlen. Zu den Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung nach Satz 1 gehören auch die Mehrkosten der berufspraktischen Ausbildung von Hebammenstudierenden durch ambulante hebammengeleitete Einrichtungen und freiberufliche Hebammen nach § 13 Absatz 1 Nummer 2 des Hebammengesetzes.“

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2

§ 17a Abs. 3 S. 1 – Finanzierung von Ausbildungskosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einfügung eines neuen Satz 2 in Absatz 3 wird geregelt, dass die Pauschalen nach § 134a Absatz 1d SGB V in das Ausbildungsbudget eines Krankenhauses als verantwortliche Praxiseinrichtung eingehen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begründet mit aufwandsarmer Finanzierung der Kosten des berufspraktischen Teils des Studiums. Die Zuordnung der Finanzierungsbestandteile zur verantwortlichen Praxiseinrichtung ist nachvollziehbar, da das Krankenhaus als verantwortliche Praxiseinrichtung entscheidet über Strukturierung, Art und Anzahl der weiteren Praxiseinrichtungen, um die Erreichung des Studienziels sicherzustellen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 4

§ 17a Abs. 5 S. 6 (neu) – Finanzierung von Ausbildungskosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pauschalen nach § 134a Absatz 1d SGB V sind in das Ausbildungsbudget einzubeziehen. Mit dieser Regelung werden Krankenhäuser, die als verantwortliche Praxiseinrichtung fungieren, dazu verpflichtet, den relevanten Anteil, der auf die Pauschalen nach § 134a Absatz 1d entfällt, monatlich an die jeweiligen freiberuflichen Hebammen und ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen weiterzuleiten.

B) Stellungnahme

Die Verfahrensweise sorgt dafür, dass Zahlungen aus den Ausbildungsfonds weiterhin ausschließlich an Krankenhäuser geleistet werden. Die Weiterleitung der entsprechenden Anteile für die beteiligten freiberuflichen Hebammen und ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen fällt damit in die Zuständigkeit der Krankenhäuser.

C) Änderungsvorschlag

keiner

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Schaffung eines neuen Ausbildungsberufes „Mütterpflegekraft“

Eine Akademisierung von Hebammen, die gar nicht in der Geburtshilfe tätig werden (wollen), erscheint nicht sinnvoll. Insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache, dass viele derzeit tätige Hebammen die Voraussetzungen für ein Studium nicht erfüllen und immer wieder von Versorgungsengpässen in der Wochenbettbetreuung berichtet wird, schlägt der GKV-Spitzenverband die Schaffung des neuen Ausbildungsberufes „Mütterpflegekraft“ vor.

Derzeit dürfen den SGB V-Bestimmungen zufolge Ärzte und Hebammen die Schwangerenbetreuung durchführen (Vorsorgeuntersuchungen usw.). Geburten werden von Hebammen betreut, regelwidrige Geburten bedingen die Hinzuziehung eines Arztes (über 98 % aller Geburten werden in den Krankenhäusern betreut). Die Versorgung von Mutter und Kind nach der Geburt (Wochenbett, Rückbildungskurse und Stillberatungen) ist alleinig der Berufsgruppe der freiberuflich tätigen Hebammen vorbehalten. Das bedeutet, dass bei einer Verminderung des Angebotes bzw. bei einer Erhöhung der Nachfrage nach diesen nachgeburtlichen Leistungen aktuell keine weitere Berufsgruppe diese Aufgaben alternativ übernehmen könnte.

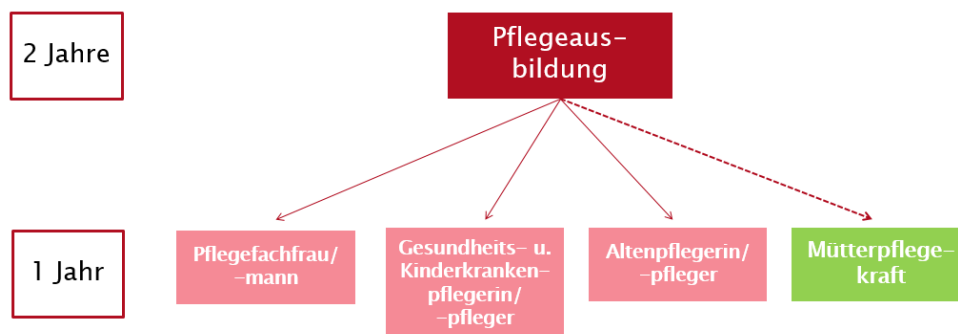
Vor dem Hintergrund der Akademisierungsbestrebungen und den berichteten Versorgungsmängeln für Frauen im Wochenbett erscheint es daher sinnvoll, einen alternativen Leistungserbringer für diese Phase vorzusehen. Es ist zu befürchten, dass die „akademisierten“ Hebammen ihren künftigen Schwerpunkt nicht in den „einfacheren“ Tätigkeiten im Wochenbett und in der Durchführung von Kursen für Schwangere und junge Mütter sehen werden. Eine Verknappung des Versorgungsangebotes erscheint daher nicht unwahrscheinlich. Dies auch im Hinblick darauf, dass rund ein Drittel der Anwärterinnen künftig mit der beabsichtigten Vollakademisierung nicht mehr Hebamme werden könnten, da Ihnen die Hochschulzugangsvoraussetzungen fehlen.

Deshalb muss der § 4 des Hebammengesetzes, der im Gesetzentwurf vorsieht, dass nur Hebammen und Ärzte zur Wochenbettversorgung berechtigt sind, entsprechend des Änderungsvorschlages des GKV-Spitzenverbandes geändert werden. Eine Aufrechterhaltung stünde einer Tätigkeit einer Mütterpflegekraft im Wochenbett entgegen.

	bis 202X	ab 202X	
Voraussetzung:	Mittlerer Schulabschluss	Abitur	Mittlerer Schulabschluss
Berufsbild:	Hebamme	Hebamme „mit Geburtshilfe“ (Bachelor); (EU-Umsetzung) <u>Vollakademisierung</u>	Mütterpflegekraft (neues Berufsbild, entspricht Hebamme „ohne Geburtshilfe u. Vorsorge“) oder Basispflegeausbildung mit Schwerpunkt Wochenbett
Lehrinstitution:	Fachschulen	Duales Studium an Uni/Fachschulen (plus)	Fachschulen
Vergütung für Ausbildung:	GKV über KHG	Länder (BAföG)	GKV über KHG
Dauer:	3 Jahre	3 Jahre	2 + 1 Jahre

Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Erstellung

Die derzeitige Pflegeausbildung könnte um die Ausbildung zur Mütterpflegekraft ergänzt werden:



Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Erstellung

Nach 2-jähriger Basisausbildung würde im dritten Jahr eine schulische Ausbildung an Fachschulen, die eng mit Krankenhäusern, Geburtshäusern und Hebammen für die Praxisanteile kooperieren, erfolgen. Ausbildungsinhalte sind die Versorgung von Mutter und Kind im Wochenbett sowie die Erbringung von Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskursen. Krankenhäuser ab einer bestimmten Anzahl Geburten pro Jahr müssten hierfür eine gewisse Anzahl von Auszubildenden zur Mütterpflegekraft zu den existierenden Hebammenschülerinnen/-studentinnen ausbilden. Zusätzlich oder optional könnten die aktuell vorhandenen Fachschulen von Hebammen hierfür genutzt werden. Um die Durchlässigkeit der Bildungssysteme sicherzustellen, wäre es zudem sinnvoll eine Möglichkeit zu schaffen, sich nach der Ausbildung zur Mütterpflegekraft durch Besuch einer Hochschule mit geringerer Studienzeit zum Bachelor of Midwives weiterqualifizieren zu können.

Für die Integration des neuen Berufsbildes als Heilberuf wäre eine Erweiterung des Pflegeberufes-Ausbildungsgesetzes und eine Aufnahme von „Mütterpflegekräften“ in das SGB V als freiberuflich tätige Leistungserbringer für den eng abgesteckten Versorgungsbereich – Wochenbett und Kurse – notwendig. Zusätzlich wäre eine Ergänzung im SGB V erforderlich, um die Anforderungen an die Leistungserbringung, Qualitätssicherung festzulegen und die Vergütung von Mütterpflegekräften über die Verträge mit den entsprechenden Vertragsparteien zu regeln. Bei regulatorischen Hindernissen der beschriebenen Umsetzung eines neuen Berufsbildes im Rahmen der Pflegeausbildung sind weitere Alternativen aufgrund der Verknappung des Versorgungsangebotes der Hebammenleistungen durch die Akademisierung des Hebammenberufes zu prüfen. Dies beinhaltet die Prüfung der Etablierung eines eigenständigen Ausbildungsberufes einer Mütterpflegekraft ohne direkte Anbindung an die derzeitige Pflegeausbildung bzw. die Weiterbildung zur Mütterpflegekraft aufbauend auf der 3-jährigen Pflegeausbildung ähnlich der DKG-Empfehlungen für pflegerische Weiterbildungen.

Laut Destatis arbeiten derzeit ca. 24.000 Hebammen in Deutschland. Davon arbeiten ca. 11.600 Hebammen tatsächlich in der Geburtshilfe. Es ist daher davon auszugehen, dass mindestens die Hälfte aller Hebammen nach ihrer Ausbildung nicht mehr mit Geburtshilfe in Berührung kommt. Diese Gruppe könnte künftig als Mütterpflegekräfte ausgebildet werden, während die die geburtshilflichen Hebammen, komplett akademisiert wären.

Aufgrund des großen Verantwortungsbereiches bei Geburten ist eine Akademisierung für Hebammen mit Geburtshilfe sicherlich sinnvoll. Den Hebammen wäre es so künftig möglich, auf „Augenhöhe mit den Ärzten zusammen zu arbeiten. Das ist überwiegend in der Geburtshilfe von Relevanz, da dort i.d.R. die beiden Professionen eng zusammenarbeiten. Von jeher sind hier aufgrund der unterschiedlichen Qualifikationen (Akademisierung versus Ausbildung) Akzeptanzprobleme vorhanden gewesen (vgl. hierzu auch BQS-Gutachten).

Mit dem GKV-Modell zur Schaffung eines neuen Berufsbildes – der Mütterpflegekraft – würden die aus der Vollakademisierung resultierenden Versorgungsprobleme aufgefangen werden. Insbesondere könnte das Problem der noch nicht ausreichend vorhandenen Hochschulstandorte und Lehrenden sowie die aus der Umstellung von einer drei- auf eine vierjährige Ausbildungs-/Studienzeit resultierenden Verzögerungen verringert werden. Die Fokussierung der „akademisierten“ Hebamme auf die klinischen und außerklinischen Geburten und die dazugehörigen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft in Kombination mit dem Zuwachs an potentiellen Leistungserbringern am Wochenbett durch Mütterpflegekräfte würde zu einer bundesweiten Entlastung/Entzerrung der Versorgungslage führen. Gleichzeitig wäre die von der Bundesregierung vorgesehene Vollakademisierung der Hebammen nach EU-Recht gewährleistet.