



Deutscher **Hebammen**Verband e.V.

Standpunkt des Deutschen Hebammenverband e. V.

Das Gesundheitssystem, die Hebammenversorgung und die Bedeutung vertraglich fixierter Ausschlusskriterien in der Geburtshilfe im häuslichen Umfeld

Deutscher Hebammenverband
Gartenstraße 26, 76133 Karlsruhe
www.hebammenverband.de



Inhalt

Deutscher Hebammenverband e.V.....	3
Gestaltungssystematik im Gesundheitswesen	3
Für die Selbstverwaltung der Hebammen relevante Rechtsgrundlagen.....	4
Berufsrecht der Hebamme	4
Recht der Versicherten auf Aufklärung.....	4
Gesetzlicher Auftrag der GKV	4
Regressverzicht des GKV	5
Vertragsverhandlungen – welche Aufgaben hatten wir und was wurde bisher umgesetzt? ...	6
Verhandlungspunkte, die nicht klärbar sind:.....	6
Berufsrecht der Hebammen - Was wollen die Krankenkassen?	6
Aufklärungspflicht nach dem Willen der GKV	7
Die Realität in der Auftragserfüllung der GKV.....	9
Was sind Ausschlusskriterien?	9
Evidenzbasierte Medizin (EbM).....	9
Wer bewertet die Studienlage im Gesundheitsbereich?	10
Wer bewertet die Ausschlusskriterien im Bereich der Hebammenhilfe?.....	10
Sind die vorliegenden Ausschlusskriterien in der außerklinischen Geburtshilfe aussagekräftig?	11
Was bedeutet es, wenn Ausschlusskriterien vertraglich fixiert sind?.....	13
Zusammenhang zwischen Ausschlusskriterien und dem gesetzlich geplanten Regressverzicht bzw. dem Sicherstellungszuschlag nach § 134 a Abs. 1b SGB V	14
Zielkonflikt der Hebammenverbände in den Vertragsverhandlungen	14
Eine gesellschaftliche Wertediskussion ist erforderlich.....	15



Deutscher Hebammenverband e.V.

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 18.500 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrerinnen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftlerinnen, Familienhebammen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschülerinnen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.

Gestaltungssystematik im Gesundheitswesen

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist in verschiedene strukturgebende Ebenen unterteilt. Aus der grundsätzlichen gesellschaftlichen Überzeugung, dass die Solidargemeinschaft Sorge für die Gesunderhaltung des Individuums trägt, entsteht das Erfordernis, den Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten auf der Gesetzebene – im Sozialgesetzbuch 5 (SGB V) – zu bestimmen. Dieses regelt „nur“ den Leistungsanspruch der gesetzlich Versicherten. Da jedoch ca. 90% der Deutschen in diesem System krankenversichert sind, ist dieser dort definierte Anspruch für fast alle Menschen in unserem Land die gesundheitliche Standardversorgung.

Die Detailausgestaltung dieser Vorschriften ist in die Hände der Selbstverwaltung gelegt: Die Krankenkassen verhandeln mit Leistungserbringern, bzw. der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) setzt Ausführungsnormen im ärztlichen Bereich.

Hinter der Idee, die Ausgestaltung der Normen in die Verantwortung der Leistungserbringer und Kostenträger (Krankenkassen) zu geben, steht der Gedanke, dass die sich in diesem Setting befindlichen Fachleute die notwendige Fachexpertise besitzen, um die gesundheitlichen Leistungen in ausreichendem, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Umfang zu definieren. Sie schließen also Versorgungsverträge auf Basis der gesetzlichen Normen.

Die Gefahr dieses Systems besteht darin, dass sowohl Krankenkassen als auch Leistungserbringer die Selbstverwaltung zum Selbstzweck nutzen und andere als die gesellschaftlichen oder vom Gesetzgeber gewünschten Ziele umsetzen wollen.

Die Aufgabe des Hebammenverbandes als maßgeblicher Verhandlungspartner in der Selbstverwaltung besteht primär in der Sicherung der wirtschaftlichen und beruflichen Interessen der Hebammen!

Nachfolgend sind die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen zusammengefasst, die in den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen für die Hebammenhilfe Relevanz haben.



Für die Selbstverwaltung der Hebammen relevante Rechtsgrundlagen

Berufsrecht der Hebamme

Der gesetzliche Rahmen in Deutschland steht auf zwei Säulen:

- das Hebammengesetz: regelt die Ausbildungskompetenz der Hebamme inkl. der Hinzuziehungspflicht zu Geburten
- die Berufsordnungen der Länder regeln die Berufsausübungskompetenz der Hebammen

Demnach ist die Hebamme nach Absolvierung ihrer Ausbildung dazu qualifiziert, alle in ihrer Fachkompetenz liegenden Aufgaben vollumfänglich zu erfüllen. Neben einer Verpflichtung zu Fortbildungen zur Anpassung der beruflichen Kompetenz an den aktuellen Stand der Hebammenwissenschaften sehen aber weder das Hebammengesetz noch die Berufsordnungen weitere Fachqualifikationen für Spezialgebiete der Hebammentätigkeit vor.

Recht der Versicherten auf Aufklärung

Im Rahmen der Novellierung des Patientenrechtegesetzes 2013 wurden die folgenden, auch für die Hebammenhilfe relevanten Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch verabschiedet:

§ 630c

Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

(1) Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. [...]

§ 630e

Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie.

Gesetzlicher Auftrag der GKV

Der Auftrag der GKV wird im Sozialgesetzbuch 5 beschrieben:

§ 1 SGB V Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.



Diese Aufgabe beruht auf der grundsätzlichen Definition des Sozialgesetzbuchs 1:

§ 1 SGB I Aufgaben des Sozialgesetzbuchs

(1) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten.

Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen. [...]

Zu diesen Zwecken ist der GKV-Spitzenverband aufgefordert, mit den Ärzteverbänden, den Krankenhäusern, Apotheken und anderen Leistungserbringern Verträge über den Umfang der über die GKV abrechenbaren Leistungen zu schließen.

Im Bereich der Hebammenhilfe ist dies spezifiziert in § 134 a SGB V:

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene mit bindender Wirkung für die Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen [...] sowie über die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkassen. Die Vertragspartner haben dabei den Bedarf der Versicherten an Hebammenhilfe unter Einbeziehung der in § 24f Satz 2 geregelten Wahlfreiheit der Versicherten und deren Qualität, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität sowie die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen zu berücksichtigen. [...]

Die Aufgabe der Krankenkassen im Kontext der Hebammenversorgung ist also:

Angebot von Hebammenhilfe für ihre Versicherten in ausreichendem, zweckmäßigem und wirtschaftlichen Umfang.

Regressverzicht des GKV

Im Zusammenhang mit der Verabschiedung des neuen GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) wird auch der nachfolgende Passus gesetzlich verankert werden:

§134a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

(5) Ein Ersatzanspruch nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches wegen Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe kann von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nur geltend gemacht werden, wenn der Schaden vorsätzlich oder grobfahrlässig verursacht wurde. Im Fall einer gesamtschuldnerischen Haftung können Kranken- und Pflegekassen einen nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches übergegangenen Ersatzanspruch im Umfang des Verursachungs- und Verschuldensanteils der nach Satz 1 begünstigten Hebamme gegenüber den übrigen Gesamtschuldnern nicht geltend machen.“



Vertragsverhandlungen – welche Aufgaben hatten wir und was wurde bisher umgesetzt?

Bereits Anfang 2013 wurden die Vertragspartner (der GKV-Spitzenverband und die Hebammenverbände DHV und BfHD) von der Schiedsstelle zur Aufnahme von Verhandlungen zur Umsetzung der gesetzlich geforderten Qualitätsstandards und Leistungsbeschreibungen verpflichtet. Der Schiedsspruch sagte aus, dass zum Ausgleich des zusätzlichen QM-Aufwandes für die Hebammen eine Erhöhung der Vergütung in zwei Schritten erfolgen soll. Die ersten 5% der Erhöhung wurden gleich bewilligt (vorausgehend), die weiteren 5% sollten bis 31.1.2015 bei Abschluss der Verhandlungen gezahlt werden.

Als es sich abzeichnete, dass die Verhandlungen nicht bis zum geplanten Termin zu einem Abschluss kommen würden, drohten die Krankenkassen damit, dass der Schiedsspruch ihrerseits so interpretiert würde, dass der erste Aufschlag zum 01.02.2015 wegfallen müsse, sofern die Verhandlungen nicht abgeschlossen wären.

Es wurde ein kompletter Verhandlungstag benötigt, um eine schriftliche Nebenabrede zu vereinbaren, die den Verlust der Vergütung abwandte und gleichzeitig Zeit für weitere Verhandlungen schuf.

Gleichwohl sind schon jetzt einige der anstehenden Verhandlungspunkte zu einem Abschluss gebracht, die geforderte Leistungsbeschreibung der Hebammentätigkeiten ist konsentiert, ebenso die Qualitätsvereinbarung. Über den Umfang des geforderten QM-Systems konnte ebenfalls eine Einigung erzielt werden. Die Form der Nachweiserbringung ist aktuell in der Diskussion, hier zeichnen sich keine unüberwindbaren Hürden ab.

Dennoch können die Verhandlungen nicht zu einem Abschluss gebracht werden, da der GKV-Spitzenverband und seine Krankenkassen eine folgenschwere und für den DHV – zum Wohle der Frauen und der Hebammen – nicht akzeptable Regelung in den Rahmenvertragstext aufnehmen wollen.

Verhandlungspunkte, die nicht klärbar sind:

Berufsrecht der Hebammen - Was wollen die Krankenkassen?

Die Krankenkassen wollen die Anforderungen an die Qualifizierung der Hebammen so weit über die gesetzlichen Auflagen anheben, dass es keine Leistungserbringer (Hebammen) mehr gibt, die diese Auflagen erfüllen können. Der geplante Vertrag fordert eine „Fachhebamme“. Für die geforderte Fachqualifikation gibt es jedoch keine Qualifikationsmöglichkeit und keinen definierten Ausbildungsinhalt. Hebammen haben eine staatlich anerkannte Ausbildung und so gibt es – aus Sicht des DHV – keine inhaltliche Rechtfertigung für diese berufliche Hürde. Denn bis dato waren Hebammen ausreichend für ihre Leistung qualifiziert. Auch gibt es keine Belege für eine steigende Häufigkeit von Fehlern der Hebammen. Von Seiten der Krankenkassen liegt auch kein Angebot für eine höhere Vergütung dieser neu zu definierenden spezialisierten Fachhebammen vor.

Auszug aus den Forderungen der GKV:

(1) Die Hebamme stellt sicher, dass sie vor Neu- oder Wiederaufnahme ihres spezifischen Leistungsspektrums der freiberuflichen Hebammentätigkeit (z.B. Schwangerenvorsorge, Kurse, Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung) die nötigen Qualifikationen (mögliche Fallkonstellationen, erforderliche hebammenspezifische praktische Fertigkeiten) nach dem jeweils aktuellen Stand der Hebammenwissenschaften gewährleistet.



(2) Hat sie die Qualifikationen nach Abs. 1 nicht oder nur zum Teil während ihrer Ausbildungs-/Studienzeit als Hebamme (§ 6 Hebammengesetz) im Rahmen eines mindestens 12-wöchigen außerklinischen Externates (entspricht 480 Stunden) erworben, muss sie sicherstellen, dass sie sich die fehlenden oder zu aktualisierenden Lehrinhalte entsprechend den Anforderungen ihres Leistungsspektrums aneignet.

(3) Geeignete Maßnahmen zur Aneignung fehlender Lehrinhalte bzw. zur Aktualisierung ihres Fachwissens sind:

- Externat/Praktikum/Hospitation oder/und
- Simulationstraining für Geburten oder/und
- fachspezifische Fortbildungen oder/und
- Tätigkeit als zweite Hebamme bei außerklinischen Geburten

Aufklärungspflicht nach dem Willen der GKV

Das individuelle Vorgespräch zur Aufklärung steht im Augenblick allen Frauen einmal pro Schwangerschaft in einer Dauer von max. 90 Minuten zu.

Nur Frauen, die außerklinisch entbinden, haben die Möglichkeit ein zweites Vorgespräch zu bekommen.

Problemstellung: Alle Frauen benötigen aber, egal wo sie ihr Kind bekommen, die Möglichkeit der Beratung zur Entscheidungsfindung über den für sie richtigen Geburtsort und sie haben das Recht darauf zu erfahren, was in Behandlungsverträgen, Risikokatalogen etc. steht, bevor sie diese unterschreiben. Dafür ist in 90 Minuten aber nicht ausreichend Zeit.

Folgende Informationen sollen aktuell in dieser Zeit mindestens besprochen werden:

Auszug aus der Leistungsbeschreibung (Anlage 1.2 zum Vertrag über Hebammenhilfe nach §134a SGB V)

individuelle Basisdaten-erhebung und Leistungsauskunft (0200) ¹	Anlegen der Versichertenakte
	Übergabe und Erläuterung relevanter Unterlagen
	Kurzanamnese zur Erfassung des Betreuungsbedarfs
	Informationen über das Spektrum und den Umfang der Hebammenhilfe der GKV und das aktuelle individuelle Angebot der Hebamme, z.B. Geburtsvorbereitung, Schwangerschaftsbeschwerden, Geburt und Wochenbettbetreuung und Stillzeit
	Vorstellung und Erwartungen über die Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
	Besonderheiten, die sich aus der Anamnese und dem Verlauf der Schwangerschaft ergeben
	Planung der weiteren Betreuung und des nächsten Kontaktes
Individuelles Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft u. Geburt (0230)	am Betreuungsbedarf orientierte Vervollständigung der Anamnese, ggf. Anlegen der Versichertenakte
	Übergabe und Erläuterung relevanter Unterlagen
	Motivation und Orientierung zur Wahl des Geburtsortes (klinisch und außerklinisch)

¹ Diese Leistungen sind derzeit nicht Vertragsbestandteil. Sie sollen bei der Neufassung der Anlage 1 zum Vertrag an die Stelle des Individuellen Vorgesprächs nach Pos.-Nr. 0200 treten.



	Motivation der Eltern zur natürlichen Geburt
	Information zu Möglichkeiten und Grenzen des gewünschten Geburtsortes unter Berücksichtigung der individuellen Befunde (u.a. Perinatallevel)
	Information zum Vorgehen bei Beschwerden und Verdacht auf Geburtsbeginn
	Informationen zu Vorbereitungen durch die Eltern
	Information / Verweise zu weiterführenden Hilfen aus medizinischem, psychosozialem oder sonstigem Betreuungsbedarf
spezifisches Aufklärungsgespräch zum gewählten Geburtsort (0240)	Aufklärung, Einwilligung, Behandlungsvertrag
	Erreichbarkeit der betreuenden/ diensthabenden Hebamme oder Vertretung zur Geburt
	Übergabe und Erläuterung relevanter Unterlagen
	Erläuterung der Inhalte des Aufklärungsbogens für den Geburtsverlauf am gewählten Geburtsort (inkl. Behandlungsvertrag für die Geburtshilfe und Einwilligung)
	Informationen zu Vorbereitungen für den gewählten Geburtsort durch die Eltern

Der DHV fordert die drei notwendigen und in der Leistungsbeschreibung mit den Kassen konsentierten Vorgespräche ein. Hierfür benötigen Hebammen und Frauen jedoch mehr Zeit als 90 Minuten in einem einzigen Gespräch, wie es aktuell vertraglich definiert ist.

Diese Forderung wird von Seiten der Krankenkassen mit der Begründung abgelehnt, dass eine zeitliche Ausweitung eine Erhöhung des Ausgabenvolumens mit sich bringen würde. Einer Leistungsausweitung stimmen die Krankenkassen nicht zu.

Deshalb: Wenn wir dem aktuellen Vertragstext in der konsentierfähigen Fassung zustimmen würden, gäbe es weiterhin nur ein Vorgespräch für schwangere Frauen. Weder eine Mengenerhöhung noch eine zeitliche Ausweitung ist mit den Krankenkassen möglich.

Wir Hebammen aber wissen: Es ist unmöglich dieses geforderte umfassende Beratungsangebot in der zur Verfügung gestellten Zeit zu erbringen.

Praktische Folge: Frauen haben zwar einen gesetzlich verbrieften Anspruch auf diesen Leistungsinhalt (vgl. S.3), dieser ist in der Praxis jedoch nicht umzusetzen. Hebammen aber erlangen einen Vergütungsanspruch für die einzelnen Leistungen nur, wenn sie die definierten Inhalte entsprechend den Anforderungen der Frau erbringen. Ein Abweichen aufgrund des zeitlichen Mangels kann zur Ablehnung der Vergütung der entsprechenden Leistungsposition führen.

Frauen sollen – so die vertragliche Idee der Krankenkassen – einen inhaltlichen Anspruch auf die vollständige Beratung erhalten. Die benötigte Zeit steht hierfür aber nicht zur Verfügung. Bei dieser Regelung wird es immer einen Verlierer geben: Entweder erhalten die Frauen nicht die notwendige Aufklärung, um eine eigenkompetente Entscheidung zu fällen, oder die Hebamme verliert ihren Vergütungsanspruch. Beide Varianten sind aus Sicht des DHV inakzeptabel.



Die Realität in der Auftragserfüllung der GKV

Die Krankenkassen kommen ihrer gesetzlichen Aufgabe nicht nach, denn sie stellen den Versicherten die notwendigen Leistungen nicht zur Verfügung und bezahlen die Hebammen so schlecht, dass diese die Leistung erst gar nicht mehr anbieten. Die momentanen Vertragsverhandlungen nutzen die Krankenkassen zudem für Forderungen, die die Einstiegshürden in die freiberufliche außerklinische geburtshilfliche Tätigkeit so hoch setzen, dass es für Hebammen unattraktiv bis unmöglich ist, diese Leistung anzubieten.

Das Problem ist:

Die Krankenkassen haben keinen Sicherstellungsauftrag im Hinblick auf Hebammenhilfe – anders als beispielsweise in der ärztlichen und der Krankenhaus-Versorgung. Sie müssen zwar Leistungen der Hebammen bezahlen, aber sie müssen nicht absichern, dass es überhaupt Hebammenleistungen gibt.

Folge: Es kann den Krankenkassen egal sein, wenn es keine Hebammenhilfe für die Versicherten gibt, sie müssen schließlich nur tatsächlich erbrachte, vertraglich definierte Leistungen vergüten und nicht sicherstellen, dass diese Leistungen erbracht werden können. Es ist Aufgabe der Hebammenverbände, die Vertragsgestaltung in der Form zu beeinflussen, dass Hebammen in der Lage sein können vertragskonform zu arbeiten. Hinzu kommt aus Sicht der wirtschaftlichen Interessen der Krankenkassen ein folgerichtiger Ansatz: Je weniger Hebammenhilfe erbracht wird, umso mehr Geld sparen die Krankenkassen.

Was sind Ausschlusskriterien?

Ein Ausschlusskriterien-Katalog ist ein Negativkatalog. In ihm werden Kriterien (im Gesundheitsbereich auch bekannt als Kontraindikationen) zusammengefasst, bei deren Vorliegen z. B. eine bestimmte Therapieform nicht angezeigt ist.

Hierbei handelt es sich in aller Regel um einen Katalog mit statistisch erhobenen Risiken auf der Basis empirischer Belege, der sogenannten evidenzbasierten Medizin.

Evidenzbasierte Medizin (EbM)

EbM beruht [...] auf dem jeweiligen aktuellen Stand der klinischen Medizin auf der Grundlage klinischer Studien und medizinischer Veröffentlichungen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen – die sogenannte externe Evidenz.

In der klinischen Praxis der EbM bedeutet dies die Integration individueller klinischer Expertise mit der besten, verfügbaren, externen Evidenz aus systematischer Forschung; sie schließt auch die Patientenpräferenz mit ein.

EbM kann auch den Verzicht auf Therapie beinhalten, d. h. zu wissen, wann keine Therapie (anzubieten/vorzuschlagen) besser ist für den Patienten als das Anbieten/Vorschlagen einer bestimmten Therapie. [...]

Auf dieser evidenzbasierten individuellen Entscheidung für den einzelnen Patienten [...] aufbauend, wird die Bezeichnung EbM auch in der sogenannten evidenzbasierten Gesundheitsversorgung [...] verwendet. Hierbei werden die Prinzipien der EbM auf organisatorische und institutionelle Ebene übertragen, das heißt, eine Behandlungsempfehlung wird nicht für einzelne Kranke, sondern für eine Gruppe von Kranken oder für eine ganze Bevölkerung ermittelt; aus den Ergebnissen der Forschung werden Behandlungsempfehlungen, Leitlinien, Richtlinien oder Regulierungen abgeleitet. [...]2

² http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenzbasierte_Medizin



Die Ergebnisse medizinischer Studien lassen statistische Aussagen darüber zu, mit welcher Häufigkeit in einem spezifischen Klientel bestimmte Erkrankungen vorkommen, welche Therapien welche Wirkungen und/oder Nebenwirkungen haben o. ä. Eine Übertragbarkeit dieser statistischen Ergebnisse auf den einzelnen Patienten ist jedoch nicht möglich.

Somit handelt es sich bei Studienergebnissen immer nur um relative und nicht um absolute Kriterien, deren Anwendbarkeit und Umsetzung in jedem Einzelfall neu überprüft werden muss.

Wer bewertet die Studienlage im Gesundheitsbereich?

Im ärztlichen Bereich wird die Auswertung der aktuellen Studienlage und die darauf basierende Ausarbeitung von entsprechenden Handlungsvorgaben (= Leitlinien) durch das Fachgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)³ durchgeführt. Diese Leitlinien werden in der Folge als Arbeitsgrundlage für den Umfang der ärztlichen Tätigkeit und die Kostenübernahme durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verwendet.

Zitat Webseite G-BA:

Etwa 70 Millionen Menschen sind in Deutschland gesetzlich krankenversichert. Sie haben Anspruch auf eine – so formuliert es der Gesetzgeber – ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Angesichts der Dynamik des medizinischen Fortschritts, der auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor ist, bleibt dies eine besondere und schwierige Aufgabe.

Bei der Konkretisierung dessen, was dies im Einzelnen heißt, spielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine zentrale Rolle. Als Entscheidungsgremium mit Richtlinienkompetenz legt er innerhalb des vom Gesetzgeber bereits vorgegebenen Rahmens fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Einzelnen übernommen werden. Zudem hat der G-BA weitere wichtige Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären medizinischen Versorgung. So entwickelt er im Auftrag des Gesetzgebers Vorgaben zu Behandlungsstandards, Strukturen und Abläufen für im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) definierte Leistungsbereiche.

Finanziert wird der G-BA durch Zuschläge aus der Krankenhausabrechnung und der Vergütung der Ärzte, also durch die GKV.

Wer bewertet die Ausschlusskriterien im Bereich der Hebammenhilfe?

In diesem Bereich ist der G-BA – ein rein ärztliches Gremium – gesetzlich nicht zur Erarbeitung eines Leitlinienwerks und von Ausschlusskriterien in der Verpflichtung. Die Auswertung der aktuellen Studienlage und Leitlinienerstellung in diesem Bereich ist nicht gesetzlich geregelt und die Heranziehung von Fachexpertise zu diesem Thema – z. B. die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) – wird auch nicht finanziell unterstützt.

Es obliegt somit den vertragschließenden Parteien GKV-Spitzenverband sowie den Hebammenverbänden, nicht nur die gesetzlich verankerte Ausgestaltung des Umfangs der Leistungen der Hebammenhilfe zu verhandeln, sondern auch im Rahmen der Vertragsverhandlungen darüber zu befinden, welche Leistungen als „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche“ Versorgung in diesem Bereich gelten.

Die hierzu geführten Vertragsverhandlungen finden auch unter Beteiligung von Vertretern der Vertragsabteilungen der Bundesverbände der AOK, BKK und des vdek statt, obwohl diese

³ <https://www.g-ba.de/>



keine direkten Vertragspartner darstellen. Sowohl die juristisch vertraglichen Regelungen als auch die inhaltlichen Vertragskomponenten werden in diesem Gremium diskutiert und ausgehandelt. Das Hauptaugenmerk der Vertreter der Krankenkassen liegt hierbei bei der Wirtschaftlichkeit.

Sind die vorliegenden Ausschlusskriterien in der außerklinischen Geburtshilfe aussagekräftig?

Ausschlusskriterien zur Qualitätssicherung gelten bislang für die Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen (HgE). Diese wurden zum Beginn der Selbstverwaltung im Bereich der Hebammenhilfe von einer Facharbeitsgruppe bestehend aus Vertreterinnen der Hebammenverbände, dem Netzwerk der Geburtshäuser und unter der Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in Hessen (MDK Hessen) bis 2008 erarbeitet.

Zitat: Anlage 1 zum Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V:

Dieser Kriterienkatalog wurde erstellt unter Berücksichtigung vorhandener Leitlinien der vertragsschließenden Verbände der Hebammen und Hinzuziehung des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS). Es ist zu berücksichtigen, dass diese Ausschlusskriterien nicht evidenzbasiert sind und dass zukünftige Evidenzen sowie neue Behandlungsmethoden in den Katalog Eingang finden können.

In den Jahren seit 2008 sind die Ausschlusskriterien nicht auf ihre Evidenzen hin überprüft worden.

Im Vertrag der HgE stellen diese Ausschlusskriterien deshalb kein Problem dar, weil die mangelhafte Evidenz durch einen vorangestellten Vertragspassus anerkannt ist und deshalb die Entscheidungskompetenz der Frau und der Hebamme im Umgang mit diesen Kriterien vertraglich fixiert wurde.

„Die Wünsche der Versicherten sind bei der Entscheidungsfindung einzubeziehen sowie die Patientenrechte zu wahren. [...]

Qualität wird in erster Linie durch die Betreuungsformen und -inhalte bestimmt, sie kann nicht allein durch Ausschlusskriterien garantiert werden. Der folgende Kriterienkatalog gibt eine Orientierungshilfe in Richtung auf ein Versorgungskonzept, das die HgE hinsichtlich ihres Leistungsprofils in Analogie zur Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen in der jeweils aktuell geltenden Fassung beschreibt.“

In den Arbeitsgruppensitzungen zur Vorbereitung der aktuell laufenden Vertragsverhandlungen kamen die Hebammenverbände und die Krankenkassen überein, die Evidenzen der vorhandenen Ausschlusskriterien zu überprüfen. Hierzu soll die aktuelle weltweite Studienlage analysiert und die Daten der bundesdeutschen außerklinischen Perinatalerhebung im Hinblick auf eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Geburten im häuslichen Umfeld und in einer HgE ausgewertet werden.

Diese Analyse wird aktuell vorbereitet und wird voraussichtlich bis zum Jahresende Ergebnisse liefern.

Die im Vertrag für die HgE festgehaltenen Ausschlusskriterien sollen nun – so möchte es der GKV-Spitzenverband im Schulterschluss mit seinen Mitglieds-kassen – 1:1 übertragen werden und sollen künftig auch für Geburten im häuslichen Umfeld gelten, obwohl die Aussagekraft dieser Kriterien aktuell nicht durch Studien belegt ist.

Auszug aus dem Vertragsentwurf:



Ausschlusskriterien für Geburten im häuslichen Umfeld (Beiblatt 1 Ausschlusskriterien)

(1) Kriterien, die eine Geburt im häuslichen Umfeld im Sinne dieses Vertrages ausschließen:

a) anamnestische Risiken

- Schwere Allgemeinerkrankung, es sei denn, dass aus fachärztlicher Sicht keine Einwände bestehen.
- Zustand nach Uterusruptur
- Zustand nach Re-Sectio ohne nachfolgende vaginale Geburt
- Operationen am Gebärmutterkörper (ausschließlich Sectio) gemäß folgender OPS-Ziffern:
 - 5-681.1 Exzision eines kongenitalen Septums
 - 5-695 Rekonstruktion des Uterus
- HIV-positive schwangere Frauen
- Drogenabhängigkeit
- Blutgruppen-Inkompatibilität
- Insulinpflichtiger Diabetes
- Wenn bei HBs-Ag-positiven Schwangeren die Impfung des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt nicht gewährleistet ist.
- Febriler Abort unmittelbar vor dieser Schwangerschaft

b) befundete Risiken

- Geburt (oder vorzeitiger Blasensprung) vor 37 + 0 Schwangerschaftswoche
- Plazenta praevia
- Uterine Blutungen im letzten Drittel der Schwangerschaft
- Fachärztlich gesicherte Plazentainsuffizienz
- HES, HELLP-Syndrom
- Thrombose in dieser Schwangerschaft

Darüber hinaus können bei Geburtsbeginn oder unter der Geburt bislang unbekannte Befunde auftreten, die einer Geburt im häuslichen Umfeld entgegenstehen:

- Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom
- Pathologische Blutungen bei Aufnahme
- Pathologische Kindslage

(2) Kriterien, die eine Geburt im häuslichen Umfeld nach gründlicher Abklärung durch weitere Diagnostik, fachärztliches Konsil und ggf. Teamentscheidung sowie nach spezieller Risikoaufklärung nicht ausschließen:

a) anamnestische Risiken

- Zustand nach vorzeitiger Plazentalösung
- Zustand nach hohem postpartalem Blutverlust mit hämodynamischen Auswirkungen
- Zustand nach Schulterdystokie
- Verdacht auf myometrale Verletzung durch wiederholte Cürrettagen in der Anamnese
- Thromboembolie in der Anamnese
- Gerinnungsstörungen
- Totgeborenes oder geschädigtes Kind in der Anamnese mit Wiederholungsrisiko
- Operationen am Gebärmutterkörper (ausschließlich Sectio) gemäß folgender OPS-Ziffern:
 - 5-681.2 Eukleation eines Myoms
 - 5-681.3 Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus
 - 5-699 Andere Operationen an Uterus und Parametrien



b) befundete Risiken

- Verdacht auf fetale Makrosomie
- Hydramnion, Oligohydramnion
- Verdacht auf kindliche Fehlbildungen, wenn sie nicht sofort behandlungsbedürftig sind
- Myom
- Beckenanomalien
- Verdacht auf Missverhältnis zwischen dem Kind und den Geburtswegen
- unklarer Geburtstermin, Verdacht auf Übertragung, Überschreitung des Geburtstermins
- Therapieresistente Anämie mit einem Hb unter 10g/dl

Ist die Präsenz einer Ärztin/eines Arztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe unter der Geburt sichergestellt, ist eine Geburt aus Beckenendlage sowie die Geburt von Zwillingen im häuslichen Umfeld möglich.

Der im HgE-Vertrag vorangestellte Passus allerdings (vgl. S. 10) wird – nach der Vorstellung des GKV-Spitzenverbandes – nicht übernommen. Übrig bleiben die reinen Ausschlusskriterien.

Dafür soll folgende Passage – im Vorschlagstext der Krankenkassen – in den Vertragstext eingefügt werden:

„Geburten im häuslichen Umfeld fallen nicht unter die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung, sofern sie unter die absoluten Ausschlusskriterien nach Ziffer 1 des Beiblatts 1 der Qualitätsvereinbarung fallen oder die Voraussetzungen zur Leistungserbringung bei den relativen Ausschlusskriterien nach Ziffer 2 des Beiblattes nicht erfüllt werden.“

Was bedeutet es, wenn Ausschlusskriterien vertraglich fixiert sind?

Die Ausschlusskriterien gelten ohne Berücksichtigung der Risikoeinschätzung der Frau und der Hebamme.

Zu einer anderen Risikoeinschätzung im Individualfall kann man aber kommen, ohne ein tatsächliches Risiko einzugehen, weil die derzeit vorliegenden Kriterien erstens nicht wissenschaftlich gestützt sind und zweitens die statistische Signifikanz derartiger Ausschlusskriterien nicht ohne Einzelfallprüfung auf jede Frau zutrifft!

Ausschlusskriterien, die laut vorliegendem Katalog nicht absolut sind, erfordern aber ein ärztliches Konsil (vgl. Nr. 2 der Ausschlusskriterien). Dies ist in der Praxis häufig nicht einholbar, weil es entweder keine Fachärzte gibt, die diese Leistung anbieten, oder sie sich weigern, da sie damit den Wunsch der Frau nach einer außerklinischen Geburt unterstützen, die sie selbst aus unterschiedlichen – und oftmals nicht aufgrund sich aus dem Individualfall ergebenden medizinisch fundierten – Gründen nicht gutheißen. Damit wirken diese Ausschlusskriterien absolut.

Frauen, die eine andere Risikoeinschätzung ihres individuellen Einzelfalls haben und dennoch zu Hause entbinden möchten, bekommen diese Leistung nicht von der Krankenkasse finanziert und bezahlen die Geburt selbst.

Somit wird durch die Hintertür ein definierter Versorgungsausschluss für Hausgeburten etabliert.



Vertraglich fixierte Ausschlusskriterien implizieren, dass keine andere Meinung, kein anderer Umgang mit einem dort aufgeführten Risiko möglich ist. Das ist mindestens so lange ein Problem, wie die Aussagekraft der Ausschlusskriterien berechtigt angezweifelt werden kann.

Ein objektiver Zweifel an den derzeitigen Ausschlusskriterien ist angemessen und erfordert somit eine individuelle Entscheidungskompetenz!

Selbst wenn die Ausschlusskriterien ein höheres Risiko belegen, bedeutet dies jedoch noch lange nicht, dass sich das Risiko im individuellen Fall auch verwirklicht.

Sofern also ein subjektiver Zweifel am Eintreten des Risikos im Individualfall besteht, muss eine individuelle Entscheidungskompetenz möglich sein!

Zusammenhang zwischen Ausschlusskriterien und dem gesetzlich geplanten Regressverzicht bzw. dem Sicherstellungszuschlag nach § 134 a Abs. 1b SGB V

Werden nun Ausschlusskriterien als vertragliche Regelung aufgenommen, so hat dies zur Folge, dass es leichter ist, den Hebammen grob fahrlässiges Handeln zu unterstellen, wenn sie sich bereit erklären, eine Frau bei der Geburt zu betreuen, die trotz Vorliegen von Ausschlusskriterien eine Geburt im häuslichen Umfeld durchführen möchte. Sie sind damit im Falle eines Schadensereignisses in der uneingeschränkten Haftung und die GKV kann hierfür dann trotz der neuen gesetzlichen Regelung Regress von der Hebamme fordern (vgl. S. 4). Das Haftungsrisiko der Hebamme steigt.

Doch nicht nur die Kosten des Regressverzichts möchten die Krankenkassen reduzieren. Auch die Kosten durch einen möglichen Anstieg der Zahl der Hebammen, die wenige Geburten im häuslichen Umfeld betreuen und somit einen Anspruch auf den Sicherstellungszuschlag zur Haftpflicht nach § 134 a SGB V haben, lassen sich dadurch verringern.

Zielkonflikt der Hebammenverbände in den Vertragsverhandlungen

Der Hebammenverband muss die Interessen seiner Mitglieder vertreten und hierfür sicherstellen, dass die vertraglich geforderten, beruflichen Pflichten der Hebammen erfüllbar/umsetzbar sind.

Er muss sichern, dass Hebammen ausreichend vergütet werden.

Und er muss – an Stelle der Krankenkassen – seit Jahren auch dafür Sorge tragen, dass die Leistungen in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Weil die Idee der Selbstverwaltung regelmäßig an der Wirtschaftlichkeitsdebatte versagt, ohne dass die Krankenkassen das ausreichende Maß der Versorgung berücksichtigen, übernimmt seit Jahren der Hebammenverband neben der Interessenvertretung der Hebammen, auch diejenige der gesetzlich versicherten Frauen, damit diese weiterhin Hebammenhilfe erhalten können.

Das System der Selbstverwaltung versagt, weil die Krankenkassen und Hebammenverbände keinen gesetzlich verankerten Sicherstellungsauftrag haben und die Hebammen damit dem Finanz- und Regelungsdruck der Krankenkassen ohne den „Bestandsschutz“ gegenüberstehen.

Im Kontext mit der Verknüpfung der Vergütungssteigerung für Hebammen an den Vertragsabschluss wird dieses System perfide. Denn die Hebammenverbände sind – wollen sie die Interessen der Hebammen nach besserer Vergütung optimal vertreten – erpressbar.



Hier fallen Frauen und Hebammen den Interessen der Krankenkassen gleichermaßen zum Opfer.

Eine gesellschaftliche Wertediskussion ist erforderlich

Die Gesellschaft – und damit die Politik – hat zwar eine Idee der Wichtigkeit der Hebammenhilfe und möchte diese auch flächendeckend haben. Ebenso möchte sie die Wahlmöglichkeit bezüglich des Geburtsortes gesetzlich verankert haben. Bis zum heutigen Tage allerdings hat die Politik noch keine klare Position dazu bezogen, wie sie die Geburtshilfe durch Hebammen in Deutschland gesichert haben möchte und wie die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland konkret ausgestaltet werden soll, um die Wahlfreiheit des Geburtsortes und die Sicherung der flächendeckenden Versorgung junger und werdender Mütter/Eltern gewährleisten zu können. Hierzu gehört eine fundierte Analyse und Versorgungsplanung, wie sie aus der Krankenhausplanung bekannt ist und dies benötigt auch die notwendigen finanziellen Mittel zur Gestaltung.

Geburtshilfe ist interdisziplinär und sektorenübergreifend und muss – unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Hebamme, aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation, erste Ansprechpartnerin in diesem Segment ist – auch interdisziplinär und unter Einbeziehung der entsprechenden Fachgesellschaften und maßgeblichen Berufsverbände stattfinden. Es müssen Versorgungskonzepte und –standards entwickelt werden, die insbesondere den Bedarf der gesunden Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen im Fokus haben.

Der gesetzliche Auftrag, der aus dem Patientenrechtegesetz erwächst, darf nicht zu Lasten der Leistungserbringer umgesetzt werden. Insbesondere im geburtshilflichen Bereich, in dem Frauen Entscheidungskompetenz für sich und das Kind benötigen, muss der Anspruch auf Aufklärung und Information von allen Akteuren des Gesundheitswesens, und damit auch von den Krankenkassen, ernst genommen werden. Aufklärung als Leistung, die Eltern selbst bezahlen müssen, führt die gesetzliche Intention ad absurdum.

Die Hebammenverbände sind aktuell dazu gezwungen, innerhalb der Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen die Diskussion um die Definition des Selbstbestimmungsrechtes der Frau zu führen. Sie beginnt bei den Ausschlusskriterien der Hausgeburtshilfe, kann prospektiv aber problemlos auf die Kostenübernahme nach nicht gemachter Pränataldiagnostik, nicht durchgeführten Dammschnitten etc. ausgeweitet werden.

Eine Debatte, die sicherlich innerhalb der Gesellschaft kontrovers geführt werden kann. Aber für die der Verhandlungstisch zwischen GKV-SV und den Hebammenverbänden zu klein ist.

Es bedarf einer gesamtgesellschaftlichen und politischen Debatte darüber, wie hoch das Selbstbestimmungsrecht der Frauen in diesem Kontext angesetzt wird und wo das Durchgriffsrecht der Krankenkassen beginnen darf.

Katharina Jeschke

Beirätin für den freiberuflichen Bereich DHV e. V.



Deutscher **Hebammen**Verband e.V.

Mail: jeschke@hebammenverband.de

Unter Mitarbeit von:

Kathrin Helf

Referentin für Hebammenvergütung im DHV e.V.

Mail: helf@hebammenverband.de