



Bundesministerium für
Gesundheit und Soziale Sicherung
Platz der Republik

11011 Berlin

Monika Selow
Beirätin im Präsidium
Geschwister-Scholl-Str. 1
14471 Potsdam

Tel/Fax: 0331 – 97 91 086
ms@selow.de

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0650(4 Neu)
Vom 24.09.04

15. Wahlperiode**

2. Stellungnahme des Bundes Deutscher Hebammen zum Referentenentwurf für ein Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum Diagnose -orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (2. Fallpauschalenänderungsgesetz - 2.FPÄndG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Potsdam, 22.09.2004

Gerne nehmen wir ergänzend zu unserer ersten Stellungnahme auch zum geänderten Entwurf des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes Stellung. Die Stellungnahme des BDH bezieht sich hauptsächlich auf den gesetzgeberischen Regelungsbedarf, der im Zusammenhang mit den Änderungen zu § 134a im Kontext des Gesundheitssystems besteht.

Vorbemerkung

Bei Schwangerschaft und Geburt handelt es sich primär um einen physiologischen Vorgang. In der Berufsausübung ist die Hebamme im physiologischen Bereich autonom tätig, d.h. es bedarf keiner ärztlichen Anordnung für ihr Tätigwerden, was sie von medizinischen Hilfsberufen unterscheidet. Der Anspruch der Hebamme auf finanzielle Vergütung ihrer Leistung leitet sich aus dem Recht der Frau auf Hebammenbetreuung her.

Bis Mitte des letzten Jahrhunderts war die Hebamme fast ausschließlich selbstständig tätig. Mit der Verlagerung der Geburtshilfe an Kliniken wurde es weitgehend üblich, dass Hebammen ihren Beruf als Angestellte ausüben und damit dem Weisungsrecht des Arbeitgebers unterliegen, medizinisch dem Chefarzt und organisatorisch der Pflegedienstleitung unterstellt sind.

Diese Entwicklung wurde maßgeblich durch die schlechte Entlohnung der freiberuflichen Hebamme gefördert, die der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung seit Jahrzehnten hinterherhinkt.

Die jahrzehntelang gewachsene und durch den Gesetzgeber unterstützte Manifestierung, dass der Hebamme in der klinischen Versorgung primär die Rolle eines Heilhilfsberufs übertragen wird, wird zunehmend angezweifelt. Neue ergänzende Betreuungsformen auch im klinischen Setting-, gerade im Zusammenhang mit Umstrukturierungsbemühungen jüngerer Zeit-, greifen Forderungen auf, gesunde Vorgänge nicht „überzuversorgen“.

Zudem hat sich die außerklinische Betreuung durch Hebammen mit guten Ergebnissen in zunehmendem Maße etabliert. Hier sind Hebammen freiberuflich autonom tätig und Frauen und Familien werden in der gesamten Bandbreite des Leistungsspektrums betreut.

Zwei wesentliche Bereiche der Hebammenbetreuung werden von der Gesundheitspolitik nur marginal berücksichtigt und gefördert.

- 1) Familienplanung, die mehr ist als Verhütung
- 2) Prävention, die mehr ist als Früherkennung von Pathologie

Mit den aktuellen Umstrukturierungen und Gesetzesänderungen im Gesundheitswesen kommt es in den letzten Jahren zu einer Verlagerung von Schwerpunkten in der Gesundheitsversorgung, die auch Auswirkungen auf die Struktur und Inanspruchnahme von Hebammenhilfe haben.

Dabei sind in den Gesetzgebungsverfahren unterschiedliche Ressorts, Ministerien und mit Richtlinienkompetenz ausgestattete Gremien beteiligt, die regelmäßig strukturelle und finanzielle Auswirkungen auf den Hebammenberuf unberücksichtigt lassen.

Die Neufassung des §134 bietet eine gute Gelegenheit, neben der Überführung der Vergütung der Hebammen vom Verordnungsweg zu Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen, andere Regelungen zu überdenken und anzupassen, wie es in anderen Bereichen des Gesundheitswesens bei Neuregelungen von grundsätzlichem Charakter üblich ist.

Formulierungsvorschläge zu § 301a SGB V

Zu Absatz 1 Nr. 4 wird beantragt das Wort „Zeit“ zu streichen, da die Zeit der Leistungserbringung bereits in Nr.3 angegeben wurde und insbesondere bei der anteiligen Berechnung des Wegegeldes die zusätzlichen Angaben für Zeiten der Wegstrecken unnötigen Dokumentationsaufwand bedeuten. Ebenso ist der Ort aus der Leistungsberechnung und dem Wohnort der Frau ersichtlich.

Zu Absatz 1 Nr. 5 ist anzumerken, dass für die Auslagen neben den Medikamenten, die einzeln aufgelistet werden, Pauschalen vereinbart wurden. Die Angabe der Art der Auslagen ist daher überflüssig und die Schlüssigkeit der angewendeten Pauschale aus der Leistung ersichtlich.

Für beide Punkte ist die Möglichkeit einer Pauschalisierungsvereinbarung offen zu halten.

Die eventuell notwendige ärztliche Anordnung für die Abrechnung einer Leistung kann der Rechnung nicht beigelegt werden, wenn elektronische Abrechnung gefordert ist. Es ist daher eine andere Übermittlungsart als die „Beifügung“ vorzusehen.

Aufnahme „Hebammen-geleiteter Einrichtungen“ in § 134 SGB V

Mit Bedauern haben wir festgestellt, dass in die Änderungen gegenüber dem ersten Entwurf die Anregung des BDH in § 134 „Versorgung mit Hebammenhilfe“ unserer Vorschlag „Hebammen-geleitete Einrichtungen“ mit aufzunehmen bisher nicht aufgegriffen wurde.

Nach jüngster Rechtsprechung, die in Ermangelung neuerer Regelungen für Hebammen auf § 195 RVO Bezug nimmt, sind strukturelle Kosten nur bei stationären Hebammen-geleiteten Einrichtungen verhandelbar, um die es im Zusammenhang mit den allgemeinen Zielsetzungen im Gesundheitswesen nun wirklich nicht ausschließlich gehen kann.

Der BDH schlägt daher vor einen § 134 b mit aufzunehmen. In diesem wird die Möglichkeit gegeben, neben den reinen Leistungen der Hebamme nach HebGV, Strukturkosten zu verhandeln. Als Vertragspartner sind hier die zur Vertretung der Einrichtungen berechtigten Organisationen auf Bundesebene und die Spitzenverbände der Krankenkassen zu benennen.

Ein Formulierungsvorschlag zu § 134 b kann zur Anhörung am 29.9.2004 vorgelegt werden.

Aufnahme der Verhandelbarkeit von Strukturkosten generell

Im Rahmen der DRG - Umstellung kommt es vermehrt zu einer wirtschaftlichen Ausgliederung der Hebammenhilfe aus dem allgemeinen Krankenhausbudget. Gleichzeitig entstehen neue Versorgungsformen in der Geburtshilfe unter den Stichworten „Hebammen-geleiteter Kreißaal“, „integrative Wochenstation“ und „Geburtshaus am Krankenhaus“, bei denen neben den reinen Leistungen nach HebGV ebenfalls Strukturkosten anfallen können, die je nach Trägerschaft und Leitung nur unzureichend verhandelbar sind.

Berücksichtigung von Hebammen in den Regelungen zur integrierten Versorgung

Gerade aktuell werden in Hamburg Verhandlungen zur Teilnahme von Hebammen an einem Konzept im Rahmen der integrierten Versorgung in der Schwangerschaft geführt. Die Formulierungen in § 140 werfen Fragen zur Vergütung und Vertragspartnerschaft bei Teilnahme von Hebammen an Konzepten zur integrierten Versorgung auf. Gerade bei bestimmten Komplikationen in der Schwangerschaft (z.B. Frühgeburtsbestrebungen) wäre die Entwicklung von Konzepten der integrierten Versorgung ausgesprochen sinnvoll, da eine Mitbetreuung durch Hebammen das Risiko für eine Frühgeburt nachweislich deutlich senkt.

Aufnahme von Hebammen in § 291a

Die derzeitige Formulierung würde es Hebammen nach Abs.4 Nr. 2 d) nur in Notfällen erlauben die zukünftig vorgesehene Gesundheitskarte einzulesen, da sie nicht zu Abs. 4 Nr.1 e) „sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen“ zu zählen sind, sondern auch ohne Verordnung tätig werden können. Damit wären Hebammen so ziemlich die einzige im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppe, die sich bei der Verwendung der Gesundheitskarte strafbar machen würde. Bei gleichzeitiger Forderung nach elektronischer Abrechnung ist dies nicht zumutbar und unter dem Gesichtspunkt der mit der Einführung der elektr. Gesundheitskarte beabsichtigten Ziele auch nicht sinnvoll.

Ausbildungsbudget

Im Zusammenhang mit der Regelung zur Ausbildungsvergütung, die Ausnahmen in der Finanzierung für den regionalen Bedarf vorsieht, jedoch den überregionalen Bedarf kleiner Berufsgruppen nach wie vor nicht angemessen berücksichtigt, sehen wir in absehbarer Zeit die Versorgung von Frauen und Kindern mit Hebammenhilfe gefährdet. Gänzlich ungeregelt ist die Vergütung von Leistungen freiberuflicher Hebammen an der Hebammenausbildung. Mit zunehmender Verpflichtung der Hebammschülerinnen zu Externatseinsätzen in der Freiberuflichkeit, die der BDH beim zu erwartenden Berufsbild der Hebamme ausdrücklich begrüßt, sehen wir eine steigende Notwendigkeit ein Budget für die Ausbildungsleistung von freiberuflichen Hebamme und Hebammen-geleiteten Einrichtungen vorzusehen.

Erfassung von Hebammenleistungen im Rahmen der DRG-Kalkulation

Gerade bei der jüngsten Umwandlungswelle ins Belegsystem ist zu beobachten, dass zwar die Freiberuflichkeit der Hebamme erwünscht ist, keinesfalls jedoch deren „Selbstständigkeit“.

Nur bei pathologischem Verlauf hat die Hebamme einen Arzt hinzu zu ziehen. Sie bleibt dann weiter als Gehilfin des Arztes tätig. Der Begriff „Gehilfin“ ist zunächst ein rechtlicher Begriff der festlegt, dass sich die Hebamme in Haftungsfällen der „Beihilfe“ statt der Mittäterschaft schuldig macht, jedoch aus der eigenen Verantwortung nicht entlassen ist, wenn ein Arzt die Leitung der Geburt übernimmt. Sie leistet der Frau jedoch weiter Beistand und unterstützt den Arzt in der Bewältigung seiner Aufgabe.

Im Rahmen der Leitlinienerstellung wurden durch die Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe die „Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe“ gerade neu herausgegeben. Darin wird beschrieben unter welchen Bedingungen sich der ärztliche Dienst „der Hebammen bedienen“ kann und das Recht zur Erstellung eines Organisationsstatutes, das den Aufgabenbereich von Arzt und Hebamme regelt, allein dem ärztlichen Leiter zugesprochen.

Nach diesen Empfehlungen ist es „Ausfluss der Organisationsgewalt und des Weisungsrechtes des Chefarztes, näher zu bestimmen, welche Aufgaben bei der Geburtshilfe den ärztlichen Mitarbeitern vorbehalten bleiben und welche von den Hebammen.....wahrzunehmen sind.“ An die Richtlinie 80/155/EWG ist der Chefarzt dabei nicht gebunden. Der Begriff der „Gehilfin“ wird dabei so interpretiert, dass die Hebamme nicht nur fallbezogen unterstützend tätig wird, sondern für alle Arbeiten rund um die eigentliche Tätigkeit des Arztes zuständig ist (Assistenz, Bestellung, Wartung, Reinigung, Dokumentation).

Diese Leistungen sind in der DRG des Krankenhauses enthalten oder durch das Honorar des Belegarztes abgegolten, was seinen Ausdruck darin findet, dass eine erhebliche Differenz zwischen den abrechenbaren Leistungen der Hebamme über HebGV und den im Rahmen der DRG-Kalkulation ermittelten Kosten für die Leistungen der Hebamme bei der Geburt besteht.

Für die finanzielle Vergütung der ärztlicherseits als rechtsverbindlich erklärten Aufgabenstellungen der Beleghebamme ist, soweit sie nicht im Leistungskatalog der Hebammen verankert sind, weder eine kalkulatorische Grundlage noch ein Abrechnungsmodus vorhanden.

Verträge, die ein ausgewogenes Verhältnis von Leistung und Bezahlung der Beleghebamme bei Umwandlung ins Belegsystem ermöglichen würden, sind schwer verhandelbar, da Krankenträger sich einerseits gezwungen sehen die entsprechenden Empfehlungen der Fachgesellschaften umzusetzen, andererseits die DRG-Systematik keine Möglichkeit beinhaltet die dafür entstehenden Kosten geltend zu machen. Der BDH fordert daher:

- Erfassung von Leistungen von Beleghebammen im Rahmen der DRG Kalkulation durch die INEK. Hier ist zu trennen nach Leistungen, die im Leistungskatalog der HebGV und in der DRG des Krankenhauses enthalten sind. Eine Beteiligung der Hebammenverbände in der INEK bei der Erstellung der Kalkulationsgrundlagen in der Geburtshilfe halten wir dafür für unumgänglich. Ein entsprechender Antrag wurde durch den BDH bei der INEK gestellt, fand jedoch bisher keinen Ausdruck in der Änderung des Kalkulationshandbuches für Krankenhäuser.
- Verpflichtung zur Überprüfung ärztlicherseits erlassener Leitlinien und Empfehlungen auf deren finanzielle Auswirkungen für freiberufliche Hebammen. Verankerung der Verhandlungsmöglichkeit der dadurch entstehenden Mehrkosten.

Vergütung des Bereitschaftsdienstes an Beleg-Krankenhäusern

In den „Mindestanforderungen an die Strukturelle Qualität von geburtshilflichen Abteilungen“ wird die ständige Verfügbarkeit einer Hebamme gefordert. Auch hier besteht keinerlei gesetzliche Basis für die Vergütung dieser Bereitschaft. Der BDH schlägt daher vor:

- Aufnahme einer gesetzlichen Regelung für die Verhandlungsfähigkeit eines Budgets zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes von Beleghebammen, wie sie für Beleg-Ärzte in § 121 SGB V bereits gegeben ist.
- Erfassung der dafür entstehenden Kosten in der DRG-Kalkulation

Die Veröffentlichungen der medizinischen Fachgesellschaften, als Ausdruck „medizinischer Standards“ finden regelmäßig Eingang in die Rechtsprechung. Dies bleibt nicht ohne haftungsrechtliche Konsequenzen für Hebammen, Ärzte und Krankenhausträger und trägt damit zu den immens gestiegenen Haftpflichtprämien der Hebammen bei.

Es ist Sache des Gesetzgebers Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass Hebammen überall dort beteiligt werden, wo Entscheidungen getroffen werden, die finanzielle und haftungsrechtliche Belange der freiberuflichen Hebamme berühren.

Wir haben großes Verständnis dafür, dass die drängenden Probleme der anderen zu regelnden Bereiche im 2. Fallpauschalenänderungsgesetz die Belange der Hebammen in den Hintergrund rücken lassen. Die „Berücksichtigung der berechtigten wirtschaftlichen Interessen der Hebammen“ duldet jedoch nicht, dass die Hebammen mit antiquierten rechtlichen Gesamtzusammenhängen in die „Selbstständigkeit“ entlassen werden und somit eine Anpassung der Strukturmöglichkeiten an moderne gesundheitspolitische Zielsetzungen auf unbestimmte Zeit verschoben wird.

Wir möchten Sie in diesem Zusammenhang auch an die seit langem getroffenen Absprachen mit Ihrem Ministerium erinnern, in denen uns immer wieder zugesagt wurde, dass die Entlassung in die Selbstverwaltung erst dann vorgenommen wird, wenn ein akzeptables Niveau in Struktur und Vergütung erreicht ist, was die Umsetzung der 2. und 3. Stufe der HebGV bis 2006 beinhaltet.

Mit freundlichen Grüßen,

Magdalene Weiß
Präsidentin des BDH

Monika Selow
Beirätin im Präsidium