

Bund
Deutscher
Hebammen e.V.

Gartenstr. 26
D-76133 Karlsruhe

Ihre Ansprechpartnerin:
Dagny Misera
Öffentlichkeitsarbeit

Gneisenastr. 8
10961 Berlin

02.01.2007

Fon 030 – 81 82 71 92
Fax 030 – 81 82 71 93
e-mail: misera@bdh.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1

11011 Berlin

**Gesetzesentwurf des GKV-
Wettbewerbsstärkungsgesetzes
Drucksache 16/3950 vom 20.12.06
Regelungen in §134 a SGB V zu Betriebskosten in von Hebammen
geleiteten Einrichtungen**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
sehr geehrte Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundestages,

wir, als Berufsverband von ca. 15.000 freiberuflichen und klinischen Hebammen, haben es sehr begrüßt, dass nach jahrelanger rechtlicher Unsicherheit im letzten Referentenentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes in der Fassung vom 03.11.2006 Regelungen zur Refinanzierung der Betriebskosten in Geburtshäusern berücksichtigt wurden. Leider hat der Bundesrat auf seiner Sitzung am 15.12.06 die gesetzliche Regelung der Betriebskostenpauschale abgelehnt und der Beschluss wurde zu unserem Unverständnis in den aktuellen Gesetzesentwurf der Bundesregierung 16/3950 vom 20.12.06 übernommen. Wir möchten Sie bitten, diese Änderung der ursprünglichen Fassung nicht zu akzeptieren, sondern unsere Argumente aufzugreifen und an der Initiative festzuhalten.

Der Bundesrat begründet seine Ablehnung mit Mehrkosten für die Krankenkassen, der Aussage, dass Geburtshäuser Krankenhäuser mit Entbindungsabteilungen schwächen und dass Doppelstrukturen nicht gefördert werden sollen.

Hierzu geben wir Folgendes zu bedenken: Mit dieser Runde der Gesundheitsreform befinden wir uns in einem Anpassungsprozeß des Gesundheitssystems mit dem Ziel, Einsparungen zu erzielen. Gleichzeitig ist eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen, die sowohl evidenzbasierte Erkenntnisse umsetzt als auch Patienteninteressen berücksichtigt. Über-, Unter- und Fehlversorgung soll dabei vermieden, ein wettbewerbsförderndes System gestärkt, interdisziplinär und integrativ gearbeitet und das Fraktionsdenken ambulanzstationär überwunden werden.

Ansatzpunkte, die durchaus berechtigt sind. Und: Durch die finanzielle Förderung von Hebammengeleiteter Einrichtungen wird diese Zielsetzung nach unserer Auffassung in einem hohen Maße verwirklicht. Denn es handelt sich bei der Übernahme der Betriebskosten nicht um eine neue „Leistung“, sondern um die dringend notwendige gesetzliche Regelung eines Punktes, der auch bisher schon finanziert wurde. Die Aufnahme des Paragraphen ist notwendig, weil seit 40 Jahren versäumt wird die Regelungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ins moderne Sozialsystem normativ zu integrieren.

Grundlagen der Geburtsarbeit

Laut § 197 der Reichsversicherungsordnung¹ besteht für Frauen der Anspruch auf Entbindung und bis zu sechstägigem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer „anderen Einrichtung“. Der Anspruch auf Krankenhauspflege ist während dieser Zeit ausgeschlossen. Gemäß Berufsrecht und den Berufsordnungen der Länder ist die Hebamme befugt Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit eigenverantwortlich zu begleiten. Zur Geburt muss in jedem Fall eine Hebamme als Expertin für Geburtshilfe hinzugezogen werden. Die ärztliche Präsenz ist bei normalem Verlauf von Geburt und Wochenbett nicht zwingend vorgesehen. Insofern besteht für die Frau das Wahlrecht, ob sie Leistungen ausschließlich durch eine Hebamme oder ergänzend durch einen Arzt in Anspruch nehmen möchte.

Geburtshilfe-Versorgung in Deutschland

„In den letzten 40 Jahren fand eine zunehmende Medikalisierung und Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt statt. Nach einer Definition der World Health Organization (WHO) von 1996 ist eine Geburt dann als normal zu bezeichnen, wenn nach einem spontanen Wehenbeginn und niedrigem Ausgangsrisiko der Schwangeren, wenigen Auffälligkeiten während der Geburt und einem Gestationsalter von 37 bis 42 vollendeten Wochen das Neugeborene aus Schädellage geboren wird. Etwa 70% aller Geburten in Deutschland sollten nach den Kriterien der WHO als normale Geburten einzustufen sein und bedürften daher keiner medizinischen Intervention. Die Auswertung der niedersächsischen Perinatalerhebungsbögen des Jahres 1999 brachte jedoch andere Ergebnisse. Lediglich 8,2% der Frauen, die nach der WHO-Definition eine niedrige Risikoeinstufung in der Schwangerschaft und während der Geburt aufzeigten, erhielten keinerlei Interventionen während der Geburt. Bei 52% der vaginalen Geburten wurde ein Dammschnitt vorgenommen, 40% der Gebärenden erhielten ein Wehenmittel unter der Geburt und bei 25% der Frauen wurde die Geburt medikamentös eingeleitet (Schücking & Schwarz 2001).“² Auch die Kaiserschnitttrate ist kontinuierlich gestiegen und liegt derzeit in Deutschland bei 28,81%³. Sie ist damit ca. doppelt so hoch wie die von der WHO als medizinisch notwendig betrachtete

¹ Im Frühjahr 2006 wurde von den Berufsverbänden der Hebammen ein Vorschlag eingereicht, der eine Überführung der Bestimmungen im Zusammenhang mit der Geburt als letzten Bereich des Leistungsempfanges aus der RVO ins SGB V vorsieht. www.bdh.de/

² Fachhochschule Osnabrück- Hebammenforschung
www.hebammenforschung.de/6206.98.html 08.12.2006

³ BQS, 2005

Rate von 10-15%. 98% der Kinder kommen in Kliniken zur Welt. Die restlichen 2% der Kinder werden je zur Hälfte zu Hause und in von Hebammen geleiteten Einrichtungen geboren. Damit entscheidet sich immerhin jede 50. Frau für eine Geburt, die nicht unter ärztlicher Leitung stattfindet.

Trotz der damit verbundenen Kosten für die Eltern ist den letzten Jahren eine stetige Steigerung der Zahlen der außerklinischen Geburtshilfe bei sinkenden Gesamtgeburtenszahlen zu verzeichnen. Von den außerklinisch geplanten Geburten werden ca. 12 % (als Notfall 1%) in eine Klinik verlegt. Die Kaiserschnittquote liegt seit Jahren konstant bei ca. 5%, die Dammschnittquote bei 6,5%. Medikamentöse Geburtseinleitung, Wehenmittel und zentral wirkende Schmerzmittel werden nicht vorgenommen. Perinatale Sterblichkeit und Outcome von Mutter und Kind sind dabei vergleichbar mit den Ergebnissen in der Klinik.⁴

In Deutschland haben sich seit 1987 ca. 150 Einrichtungen gegründet, die von Hebammen geleitete Geburtshilfe anbieten. Das Angebot dieser Einrichtungen geht jedoch über die „reine“ Geburtshilfe weit hinaus und umfasst den gesamten Betreuungsbogen von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit mit einem breiten Angebot familienorientierter Bildungsangebote.

Internationale Entwicklung

International wurden in randomisiert kontrollierten und prospektiven Studien Wirksamkeit, Effizienz und Patientenzufriedenheit mit Hebammengeburtshilfe untersucht. Dies führte dazu, dass besonders in Großbritannien und den Skandinavischen Ländern die Gründung von „Midwife-Led-Units“ gefördert wird.⁵ Bis zur Verlagerung der Geburt in die Klinik fand die Geburt entweder zu Hause oder in Entbindungsheimen statt, in denen auch die Möglichkeit zur Wochenpflege wahrgenommen werden konnte und heute noch in den Niederlanden so vorzufinden ist. Die Gründung von Geburtshäusern⁶ ist also einerseits eine Rückbesinnung auf traditionelle Modelle, andererseits, ausgehend von der derzeitigen Situation, in hohem Maße innovativ und zukunftsgerichtet.

Fazit: Perspektive und Kosten

Die Überversorgung in der klinischen Landschaft ist kostspielig und gesundheitspolitisch nicht vertretbar, da sie zudem enorme Folgekosten verursacht. Die Risikoorientierung führt insgesamt eher zu sinkenden Geburtenraten, die schon jetzt als mit ursächlich für die Probleme der Sozialversicherung angesehen werden. Hebammenkompetenz kann sich sehen lassen: so wird in letzter Zeit die stärkere Einbeziehung von Familienhebammen gefordert, um den Probleme von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung zu begegnen. Im Sinne der Gesundheitsförderung wäre es sinnvoll, bereits vor dem Auftauchen von gravierenden Problemen Modelle zu fördern, die die Bindung zum Kind, Stillen und Verantwor-

⁴ Alle Zahlen „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.“ www.quag.de

⁵ Fachhochschule Osnabrück- Hebammenforschung www.hebammenforschung.de/6206.98.html

⁶ In geringerem Umfang gibt es auch konzessionierte Entbindungsheime, mit der Möglichkeit des stationären Aufenthaltes, Geburtshäuser auf dem Krankenhausgelände sowie Modelle des Hebammenkreißsaals in der Klinik

tungsübernahme für das Kind unterstützen.⁷ Durch die Übernahme der Betriebskosten von Geburtshäusern wird eine zukunftsfähige Entwicklung unterstützt, die familien-, gesundheits- und frauenpolitische Weichenstellungen mit innovativen Modellen fördert.

Bei der Geburt in hebammengeleiteten Einrichtungen handelt es sich daher nicht um die Nutzung einer „Doppelstruktur“, sondern um eine sinnvolle Alternative zur Geburt in der Klinik. Der hierdurch entstehende Wettbewerb wirkt sich positiv auf die Geburtshilfandschaft aus, da hier gezeigt wird, dass eine sichere geburts-hilffliche Versorgung kostengünstig, frauengerecht und interventionsarm möglich ist. Langfristig sind sogar Kostensenkungen erreichbar, wenn der Anteil der ausserklinisch entbindenden Frauen steigt. Außerdem bleibt unter diesen Umständen die Möglichkeit von Kooperationen mit Kliniken in Form von hebammen-geleiteten Kreißsälen unberücksichtigt. Eine Arbeitsteilung führt nicht zwangsläufig zum Konkurs des anderen Bereiches.

Auch gilt es, die Verteilungsfrage der Budgets zu stellen. Nur wenn man die Betriebskosten der Geburtshäuser klassisch kammeralistisch an Hand der Budget-zuteilung an Krankenhäuser beurteilt, handelt es sich bei den Betriebskosten um „Mehrkosten“. Dies greift allerdings unserer Auffassung nach zu kurz. Erstens existiert bereits eine Art „zweites“ Budget, aus dem die Krankenkassen die Betriebskosten in aufwändiger Einzelfallentscheidung erstatten. Zweitens ist dabei das Einsparpotential der unterschiedlichen Geburtskosten in Krankenhäusern und hebammengeleiteten Einrichtungen oder Geburtshäusern völlig außer Betracht gelassen worden. Hier gilt es anzusetzen und die Budgetverteilung neu zu definieren und auf ihre Ziele hin zu untersuchen.

So beträgt die DRG für eine normale Geburt nach der 37. Woche im Kranken-haus⁸ zwischen 1120 und 1590 Euro, für einen Kaiserschnitt 2366 bis 3724 Euro. Für das Neugeborene kommen Kosten von 761 bis 1873 Euro hinzu. Damit kostet eine Geburt im Krankenhaus nach der 37. Woche 1881 bis 5597 Euro. Nach Einführung der DRG sinkt der Anteil der ambulanten Geburten von ehemals ca. 10% gegen 0%.⁹

Bei der Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung fallen je nach Angebot und Lage Betriebskosten von ca. 400-600 Euro (bei ambulanter Geburt) und 1200 Euro (mit stationärem Aufenthalt) an. Wegen der unterschiedlichen Erstattungspraxis durch die Krankenkassen müssen die Eltern z. Zt. teilweise erhebliche Zuzahlungen leisten. Auch bei einer geplanten Hausgeburt fallen Kosten in Höhe von 150 bis 250 Euro als Eigenanteil für die Rufbereitschafts-

⁷ Interventionsreiche Geburtshilfe, z.B. durch Kaiserschnitt, kann traumatisierend wirken. Außerdem behindert sie den frühen Mutter-Kind-Kontakt und wirkt sich nachteilig auf die Entwicklung psychischer Störungen aus.

⁸ DRG 2007 „mit Beleghebamme“ bei einem angenommenen Basisfallwert von 2800

⁹ Grund hierfür ist, dass das Neugeborene bei einer Verweildauer von unter 24 Stunden nach der Geburt nicht separat berechnet werden kann. Es wird in Frage gestellt inwieweit eine ambulante Geburt im Krankenhaus überhaupt über DRG abrechnungsfähig ist.

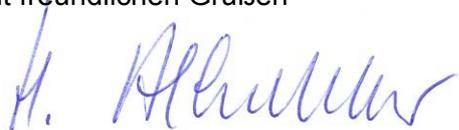
vergütung der Hebamme an.

Dieses Bewusstsein um Einsparmöglichkeiten zeigt sich auch in der Erstattungspraxis der Krankenkassen. Dabei monierten sie selbst das Fehlen einer gesetzlichen Grundlage, um die für das Gesundheitssystem kostengünstigere Variante zu erhalten und zu fördern. Denn: es benötigt keine high-tech-Kreißsäle für low-risk-Geburten! Und: mit eingeführtem Qualitätsmanagement, des durchgeführten Auswahlverfahrens und unter Ausübung des Berufsrechts der Hebammen können sich die Ergebnisse dieser außerklinischen Einrichtungen qualitativ sehen lassen (s. www.quag.de).

Zu berücksichtigen bleibt die Tatsache, dass Hebammen das Recht haben eigenverantwortlich tätig zu werden. Die freie Berufsausübung muss auch in Form von Zusammenschlüssen in Organisationen wie Geburtshäusern möglich sein. So erfahren verschiedene Erwerbsmodelle in anderen Bereichen des Gesundheitswesens ideale und finanzielle Unterstützung: z.B. ambulante OP, IV, MVZ oder Gemeinschaftspraxen. Hier wird u.a. auch die freiberufliche Berufsausübung der ÄrztInnen berücksichtigt. Dies möchten wir auch für Hebammen in Anspruch nehmen. Für sie bedeutet die Entscheidung, gemeinsam mit anderen Hebammen z.B. ein Geburtshaus zu gründen, eine Form der „Gemeinschaftspraxis“, die andere Erwerbsmöglichkeiten bietet als Klinik oder Hausgeburt. Freiberufliche Hebammen, die keine Dauerrufbereitschaft leisten können oder wollen, müssten sich ohne diese Möglichkeit auf Kurse, Wochenbettbetreuung und Beratungen beschränken. So führt die einseitige finanzielle Förderung ärztlicher Betreuung zu einer Benachteiligung in der Berufsausübung, die letztendlich auch das Wahlrecht der Frauen zwischen den Leistungserbringern beschneidet.

Wir möchten Sie nochmals bitten, unsere Argumente abzuwägen und sich für den Erhalt des §134 a im Referentenentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes einzusetzen. Gerne stehen wir Ihnen mit weiteren Informationen und Gesprächen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Helga Albrecht
Präsidentin des BDH e.V.