



Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes zum Referentenentwurf des Versorgungsgesetzes 2011

Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) als Bundesverband setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Der mit über 17.300 Mitgliedern größte Hebammenverband in Deutschland vertritt die Interessen aller Hebammen¹. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrerinnen für Hebammenwesen, Familienhebammen sowie Hebammenschülerinnen und Studierende vertreten.

Mit dem Entwurf zum Versorgungsgesetz hat sich die Bundesregierung im Frühjahr dieses Jahres dem drohenden ärztlichen Versorgungsnotstand in den ländlichen Regionen angenommen. Der DHV begrüßt, dass sich die Bundesregierung für die ambulante Versorgung der Menschen im ländlichen Bereich engagiert. Die Fokussierung auf die ärztliche Versorgung greift jedoch zu kurz. Ziel einer Gesetzesinitiative zur Verbesserung der Versorgung muss sein, die ambulante Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Dazu gehört auch die Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, an der Hebammenhilfe einen wesentlichen Anteil hat.

Die Hebammehilfe dient der Gesunderhaltung von Müttern und Neugeborenen. Deshalb muss die Bedeutung der Lebensphase Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit in der bundesdeutschen Familien- und Gesundheitspolitik einen angemessenen Stellenwert bekommen. Von gesetzgeberischer Seite erwarten die Hebammenverbände, dass aus diesem Bewusstsein heraus Strukturen geschaffen werden, die eine umfassende Versorgung der Frauen und Kinder durch Hebammenhilfe in allen Regionen Deutschlands ermöglichen.

Seit Jahren macht der Deutsche Hebammenverband darauf aufmerksam, dass besonders im ländlichen Bereich ein Mangel an freiberuflich arbeitenden Hebammen besteht. Gemäß der Reichsversicherungsordnung (RVO) hat jede Frau Anspruch auf Hebammenhilfe. Diesen muss sie jedoch auch einlösen können.

Im Jahr 2010 haben innerhalb von wenigen Wochen rund 296.500 Bürgerinnen und Bürger eine E-Petition unterstützt, die u.a. die Sicherstellung der Versorgung mit Hebammenhilfe gefordert hat. Dem DHV ist nicht bekannt, dass die Bevölkerung mit ähnlicher Vehemenz die Unterversorgung mit ärztlicher Hilfe beklagt hätte. Obwohl vom damaligen Minister Philipp Rösler eine Berücksichtigung der Versorgung mit Hebammenhilfe im Rahmen dieses Gesetzesvorhabens anvisiert wurde, lassen sich in der heutigen Version des Versorgungsgesetzes vor allem Überlegungen finden, wie durch finanzielle Anreize Ärzte in unterversorgte Regionen gelockt werden können. Damit wird die Chance vertan, sektor- und berufsgruppenübergreifend, die Potentiale des Gesundheitssystems zu nutzen und auszubauen. Die Mehrzahl der Bevölkerung wohnt nicht in Großstädten. Sie zahlt die

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit beschränken wir uns auf die weibliche Berufsbezeichnung für Hebammen. Gemeint sind immer auch Entbindungspfleger

gleichen Beiträge, muss jedoch z.B. auf Hebammenhilfe oder die freie Wahl des Geburtsortes verzichten.

Zunehmend spielen von Hebammen geleitete Einrichtungen (HgE), wie Geburtshäuser und Hebammenpraxen bei der Versorgung eine Rolle. In Hebammen geleiteten Einrichtungen werden nicht nur Frauen betreut, die dort auch gebären. Vielmehr werden dort ca. zehn Mal so viele Frauen rund um die Geburt versorgt. Hebammen geleitete Einrichtungen ermöglichen ein gutes, ausbaufähiges Angebot für die Versorgung von Frauen auch in ländlichen Gebieten. HgEs bieten Hebammen darüber hinaus die Möglichkeit in Teams zu arbeiten.

In Fachzeitschriften und Foren gibt es eine Fülle von Stellenanzeigen für freiberufliche Hebammen mit Geburtshilfe in Hebammenpraxen, Geburtshäusern und Belegkliniken. Bei einer Abfrage des DHV bei den Geburtshäusern hat die Mehrzahl angegeben, dass sie Hebammen suchen. Auf die Frage, ob es leicht oder schwierig sei, Hebammen zu finden, lag der durchschnittlich angegebene Schwierigkeitsgrad bei 4,5 auf einer Scala von 1-5 (1 = leicht, 5= schwer). Im Vorjahr lag dieser Wert „noch“ bei 4,3. Viele Geburtshäuser müssen Frauen abweisen, weil ihnen die personelle Kapazität für die Betreuung fehlt. Fehlende Hebammen beeinträchtigen die Auslastung. Dies macht sich bei der Kostendeckung für den Unterhalt der Räume negativ bemerkbar. Bei zwei Drittel der Häuser decken die Einnahmen durch die Betriebskostenpauschale die Ausgaben nicht. Anders als bei Kliniken erhalten Geburtshäuser keine Investitionskostenzuschüsse.

Sowohl wohnortnahe Belegkliniken als auch Geburtshäuser schließen wegen Personalmangel oder sind von Schließung bedroht. Über die Zahl der Hebammen, die noch Hausgeburtshilfe anbieten, gibt es bislang keine verlässlichen Angaben. Sicher ist jedoch, dass Frauen nicht mehr überall die Wahl haben, wie und wo sie ihr Kind zur Welt bringen möchten.

Auch im Hinblick auf die fortschreitende Zentralisierung im klinischen Bereich kommt dem Hebammenberuf eine besondere Bedeutung zu. Sind es doch die Hebammen, welche die häusliche Versorgung von Müttern und Kindern übernehmen und nach der Geburt als primäre Ansprechpartner im ambulanten Sektor tätig sind.

Zu einzelnen Punkten des Referentenentwurfes

An einigen Stellen des Gesetzentwurfes wird deutlich, dass die noch ausstehende Überführung der Hebammenhilfe aus der RVO ins SGB V dazu führt, dass bei Gesetzesvorlagen die Hebammenhilfe, und damit die Bedürfnisse von Frauen und Kindern, nicht berücksichtigt werden. Gut erkennbar ist dies in Nr. 2 des Referentenentwurfes, in dem eine Änderung des §11 SGB V vorgeschlagen wird in Bezug auf die Leistungsarten der GKV: Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sind in dieser Form nicht beinhaltet, da noch nicht einmal auf die RVO verwiesen wird. Da die o.g. Leistungen aber von der GKV

finanziert werden, muss der Verweis ergänzt werden inklusive dem Anspruch auf Hebammenhilfe. Dies gilt auch für Abs. 6 in dem als Satzungsleistung der Krankenkassen Leistungen bei Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft durch Hebammen als Leistungserbringer zu ergänzen sind. Andernfalls wird der bereits im Präventionsbereich bestehende Misstand zementiert, dass für Leistungen aus dem Bereich der originären Hebammenhilfe andere Berufsgruppen, wie z.B. KrankengymnastInnen und PhysiotherapeutInnen vergütet werden, nicht aber Hebammen.

Zu Nummer 8

Die Ergänzung in § 39 wird sehr begrüßt. Sicherzustellen ist, dass die Hebamme nach Entlassung der Frauen aus der Klinik, als nächste betreuende Fachkraft alle notwendigen Informationen und Befunde erhält, die für eine fachgerechte und sichere Weiterbetreuung notwendig sind.

Zu den Nummern 29 und 30

Die geplante Transparenz und die Stärkung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) werden begrüßt. Bei den Einflussmöglichkeiten, wie dem Stellungnahmerecht, der Beteiligung und der Stimmberechtigung wird jedoch Verbesserungspotential gesehen: Die Beteiligten der Gremien sollten ein Stimmrecht besitzen.

Hebammen sind gemäß Berufsrecht und EU-Richtlinien befugt, die Schwangerenvorsorge bei normal verlaufender Schwangerschaft eigenverantwortlich und autonom durchzuführen. Es handelt sich insofern im Gesundheitssystem um einen Sonderfall, als zwei Leistungsanbieter vom Grundsatz her die gleiche Leistung erbringen. Es ist daher nicht angemessen, wenn einer der beiden Leistungserbringer alleine die Rahmenbedingungen definiert und festlegt. Das derzeitige bestehende Stellungnahmerecht des Hebammenverbandes im GBA ist unzureichend, da damit kein Antragsrecht verbunden und die Einflussnahme durch das Abgeben einer (i.d.R. sehr kurzfristig anberaumten) Stellungnahme äußerst gering ist. Wir fordern daher eine direkte Beteiligung der Hebammenverbände bereits bei den Beratungen. Die Ansiedlung der Mutterschaftsrichtlinien im Unterausschuss „Methodenbewertung“ wird der üblichen, sektorübergreifenden Versorgung in der Schwangerschaft nur unzureichend gerecht.

Eine generelle evidenzbasierte Überarbeitung der Mutterschaftsrichtlinien ist seit langem überfällig. Inzwischen sind ca. 120 Tests vorgesehen. Namhafte Organisationen wie der Arbeitskreis Frauengesundheit fordern ein grundsätzliches Umdenken². Bereits im Jahr 2001

² Positionspapier des AKF „Es ist höchste Zeit, den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken“, September 2010,

http://www.akf-info.de/fileadmin/arbeitsumgebung/seiten/akf_positionspapier_schwangerschaft_geburt_23_10_2010.pdf, Abruf am 22.6.2020

kam der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen zu dem Schluss, dass die Schwangerenvorsorge in Deutschland nicht nach evidenzbasierten Kriterien erfolgt; deshalb bestehe eine Tendenz zur Über- und Fehlversorgung³.

Die Patientenbeteiligung, z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss, wird vom DHV begrüßt. In Bezug auf normale Prozesse der Frauengesundheit, wie sie Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett darstellen, ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Organisationen der Selbsthilfe, deren Organisationen überwiegend spezielle Krankheiten fokussieren, keine optimale Vertretung gewährleisten (in der Praxis handelt es sich z.B. um Väter behinderter extremer Frühgeborenen oder um Anwälte mit dem Schwerpunkt Kunstfehlerprozess). Um eine Versorgung zu fördern, die sowohl dem Sicherheitsbedürfnis als auch dem Selbstbestimmungsrecht von Frauen gerecht wird, ist eine Beteiligung von sachkundigen Frauen (z.B. Netzwerk Frauengesundheit, Arbeitskreis Frauengesundheit, Deutscher Frauenrat) zwingend erforderlich, wenn es um Richtlinien zur Frauengesundheit geht. Eine direkte Beteiligung von Hebammen an den Mutterschaftsrichtlinien und eine sektorübergreifende Betrachtung des Versorgungsprozesses in der Geburtshilfe sind ebenfalls unerlässlich.

Zu Nr. 44 §116b

Aus unserer Sicht greift der Paragraph mit der Fokussierung auf die spezialärztlichen Leistungen zu kurz. In der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt treten immer wieder Situationen auf, in denen das Aufsuchen einer Facharztpraxis nicht möglich ist oder wenig Sinn macht. Dies gilt insbesondere an Wochenenden und Feiertagen aber auch dann, wenn in einer akuten Situation eine sofortige fachärztliche Abklärung geboten, eine Klinikeinweisung jedoch nicht erforderlich ist. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind eine intensive Zeit, fallen jedoch nicht unter den Begriff der „spezialmedizinischen“ Versorgung. Es muss jedoch auch in diesem Falle möglich sein, den ambulanten und stationären Sektor sinnvoll zu vernetzen.

Beispiel 1: Die zunehmende Frühentlassung der Mütter aus den geburtshilflichen Kliniken führt dazu, dass in den Folgetagen eine Laboruntersuchung zur Bestimmung des Bilirubinwertes beim Neugeborenen zur Beurteilung einer Neugeborenenengelbsucht akut notwendig sein kann. An Wochenenden und Feiertagen ist es nur in Kliniken möglich, zeitnah eine Laborkontrolle zu erhalten. Auch an Wochentagen macht die Durchführung durch den Kinderarzt wenig Sinn, wenn dieser mit einem Labor zusammenarbeitet, das die Werte erst am nächsten Werktag ermittelt. Kliniken erhalten eine Vergütung dieser Leistungen nur bei stationärer Aufnahme. Die Hyperbilirubinämie kann unerkannt zu schweren Schädigungen beim Kind führen. Auch haftungsrechtlich ist es unerlässlich den Hebammen einen Weg zu eröffnen, der eine zeitnahe Kontrolle und Befundübermittlung ermöglicht.

³ Sachverständigenrat 2001; Schild 2008

Beispiel 2: Die Hebamme hat bei der Schwangerenvorsorge den Verdacht auf eine Wachstumsretardierung des Kindes. Der Gynäkologe lehnt die Durchführung einer Doppleruntersuchung ab, da die Frau nicht bei ihm in Betreuung ist, bzw. weil er kein entsprechendes Gerät besitzt. Deshalb wäre es notwendig, dass die Hebamme ein Überweisungs-/Einweisungsrecht erhält.

Bei der Festlegung von Indikationen durch den GBA, bei denen eine ambulante Versorgung bei Schwangerschaft und Wochenbett in Kliniken möglich sein soll, ist eine Beteiligung der Hebammen unerlässlich (Beispiel: eine niedergelassene Hebamme begleitet ihre Frauen zur Abklärung in ein geburtshilfliches Zentrum).

Es ist nicht länger hinnehmbar, dass Hebammen, insbesondere in Hinblick auf steigende Haftpflichtprämien, für desolate Strukturen des Gesundheitssystems verantwortlich gemacht werden.

Zu Nummer 49

Der DHV begrüßt die vorgesehene Berücksichtigung der Kostensteigerungen in § 134a, schlägt jedoch vor das Wort „Steigerung“ zu streichen. Durch die langen Jahre der Nichtberücksichtigung besteht bereits ein deutlicher Rückstand bei einzelnen Leistungen im Vergleich zu anderen Leistungsanbietern⁴.

Es müsste auch berücksichtigt werden, dass nicht nur die stetig steigenden Kosten ein Problem darstellen, sondern auch das niedrige Niveau der Vergütung selbst, das der Verantwortung der Hebammen nicht gerecht wird. Es ist dringend erforderlich, dass neben der Kostensteigerung auch der Anspruch auf eine adäquate Verdienstmöglichkeit berücksichtigt wird. Die Kompetenz und Verantwortung der Hebamme darf sich nicht nur in der Höhe der Haftpflichtprämie und der Berücksichtigung der Kosten wieder finden. Sie muss sich auch in einem angemessenen Verdienst widerspiegeln.

Bereits 2001 hat eine bundesministerielle Erhebung ergeben, dass Hebammen 18,6 Prozent zu wenig Einkommen erzielen. Damals versprach die Politik, diesen Einkommensrückstand in drei Teilschritten auszugleichen. Nur einer dieser Schritte ist umgesetzt worden. 2006 hat der Bund die Hebammen in die eigenverantwortliche Vergütungsverhandlung mit den Krankenkassen entlassen. Gleichzeitig wurde die Vergütung an das Beitragsstabilitätsgesetz gebunden. Von dieser Regelung müssen Hebammen mit ihrem niedrigen Einkommen

⁴ Für die Durchführung von CTG´s wurden Kosten nie eingerechnet. Ein Arzt erhält ca. das Doppelte bei gleichen Anschaffungs,- Wartungs- und Unterhaltskosten. Bei der Durchführung von Kursen erhalten z.B. Präventionsanbieter 9-10 Euro/Stunde/Teilnehmerin, während eine Hebamme 5,71 Euro erhält. Hier wurden die Raumkosten bislang nicht berücksichtigt. Einer der Gründe für die Unterversorgung im ländlichen Bereich liegt in den niedrigen Sätzen für Wegegeld. In den vergangenen Jahren erfolgte kein Ausgleich der gestiegenen Kosten für Kraftstoffe, so dass es finanziell nicht lukrativ ist weite Wege zurückzulegen, um Frauen im häuslichen Bereich zu versorgen.



ausgenommen werden. Bei der geltenden Rechtslage könnte ansonsten niemals der Einkommensrückstand ausgeglichen werden.

Ein weiterer Aspekt ist die fehlende Ausbildung von Hebammen aus ländlichen Regionen. Hebammenschulen bilden fast ausschließlich Schülerinnen aus, die aus dem nahen Einzugsgebiet Schule der Schule kommen. Ursache dafür ist die bestehende Verpflichtung, dass Schulen den Hebammenschülerinnen einmal pro Monat eine Heimfahrt bezahlen müssen. Um diese Kosten zu sparen, bzw. gering zu halten, werden kaum Schülerinnen aus entfernten Gebieten aufgenommen. Das führt dazu, dass kaum Schülerinnen aus dem entfernt gelegenen ländlichen Raum ausgebildet werden und somit als zukünftige Hebammen im ländlichen Raum fehlen.

Die derzeitige Vorlage des Versorgungsgesetzes eröffnet eine ideale Möglichkeit die Kosten für die Heimfahrten der Schülerinnen neu zu regeln und damit langfristig die Versorgung mit Hebammenleistung im ländlichen Raum zu sichern.

Oktober 2011

Martina Klenk
Präsidentin
Dt. Hebammenverband e.V.

Katharina Jeschke
Beirätin für den freiberuflichen Bereich
Dt. Hebammenverband e.V.
jeschke@hebammenverband.de

unterstützt durch

Josefine Lantow
1. Vorsitzende
Netzwerk der Geburtshäuser e.V.

Susanne Schäfer
1. Vorsitzende
BfHD e.V.