



Deutscher Bundestag  
 Frau Dr. Carola Reimann  
 Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit  
 Platz der Republik 1  
 11011 Berlin

Deutscher Bundestag  
 Ausschuss f. Gesundheit  
 Ausschussdrucksache  
 17(14)0206(2)  
 gel. VB zur öAnhörung am 9.11.  
 11\_Leist.b.Schwang.  
 31.10.2011

Geschäftsstelle  
 Postfach 20 03 63  
 80003 München  
 Telefon (0 89) 2 444 66 0  
 Telefax (0 89) 2 444 66 100  
 E-Mail [bvf@bvf.de](mailto:bvf@bvf.de)  
 Internet <http://www.bvf.de>

München, 31.10.2011

**Stellungnahme des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V. zur Drucksache 17/5098 „Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt aus der Reichsversicherungsordnung in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch überführen und zeitgemäß ausgestalten“**

Sehr geehrte Frau Dr. Reimann,

zur Drucksache 17/5098 des Deutschen Bundestages nimmt der Berufsverband der Frauenärzte e.V. wie folgt Stellung:

Sämtliche Maßnahmen im Rahmen der Schwangerenvorsorge, der Geburtshilfe und der Betreuung im Wochenbett haben, unabhängig von welcher Berufsgruppe sie erbracht werden, ein vorrangiges Ziel: die Geburt eines gesunden und reifen Kindes sowie die körperliche Unversehrtheit der Mutter.

Die in den letzten Jahrzehnten erreichten Erfolge im Sinne der Senkung perinataler Morbidität bzw. perinataler Mütter- und Säuglingssterblichkeit sind durch geeignete Maßnahmen zu sichern oder zu verbessern, keinesfalls zu gefährden. Diesen übergeordneten Zielen haben sich Partikularinteressen unterzuordnen.

**Zu 1.:**

Die These, dass „vielen Schwangeren ihre gesetzlichen Ansprüche auf die Unterstützung durch Hebammenhilfe in der Schwangerschaft, während der Geburt sowie im Wochenbett und in der Stillzeit nicht bekannt seien“, muss hinterfragt werden. Die überwiegende Anzahl der Schwangeren, wie generell PatientInnen, sind heute sehr gut über ihre Ansprüche im Bereich der Krankenversicherung infor-

miert, insbesondere durch ihre Krankenkassen und die neuen Medien. Weit über 90% der Schwangeren besitzen einen Mutterpass und werden im Rahmen der Schwangerenvorsorge über ihre Ansprüche informiert.

Der Berufsverband der Frauenärzte befürwortet die Überführung der spezifischen Regelungen der RVO in das SGB V. In der Vergangenheit ist es vorgekommen, dass im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens die in der RVO fixierten Regelungen zu Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt nicht die notwendige Berücksichtigung fanden<sup>1</sup>. Dieses würde mit der Überführung in das SGB V zukünftig verhindert.

Im Rahmen der Überführung der Hebammenleistungen aus der RVO in das SGB V sind dann allerdings auch für die Berufsgruppe der Hebammen die nachfolgenden Regelungen in Analogie zu den ärztlichen Leistungen zu treffen: Bedarfsplanung, Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 139, § 139a SGB V), Qualitätssicherung (§ 137 ff. SGB V), überprüfte kontinuierliche Fortbildungen sowie landesbezogene Gesamtvergütung (z. B. § 85, § 139 c SGB V); des weiteren Haftung für sogenannten Sonstigen Schaden nach SGB X. Die Überprüfung dieser Regelungen obläge den Landesgesundheitsämtern.

Eine Unterscheidung zwischen Schwangeren mit geringem und Schwangeren mit hohem Risiko findet bereits nach den geltenden Mutterschaftsrichtlinien statt. Die Einführung differenzierter Versorgungslogiken ist entbehrlich, da die geltenden Mutterschaftsrichtlinien bereits eine differenzierte Vorgehensweise bei „normalen“ Schwangeren und bei Risikoschwangeren (z.B. weiterführender Ultraschall) vorsehen.

Die ärztliche Schwangerenvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien zählt zu den Präventionsprogrammen, die im SGB V und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses etabliert sind. Die Behauptung, dass die „bestehenden Rege-

---

<sup>1</sup> Im Gesetzgebungsverfahren zur Einführung der Zuzahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V wurde die Schwangerenvorsorge als Ausnahmetatbestand zunächst „vergessen“.

lungen zur Begleitung von Schwangeren in ein System, das insbesondere auf die Behandlung von Krankheiten...“ eingebunden seien und sich dies „in der sehr hohen Zahl der Inanspruchnahme pränatal diagnostischer Untersuchungen“ niederschläge, sind nicht belegt bzw. unzutreffend.

Es ist Aufgabe und Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge, Gefahren von Mutter und Kind abzuwenden (Prävention). Punkt 1 der Mutterschaftsrichtlinien: „Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden. Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten.“

Das Interesse der Schwangeren an der Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen Untersuchungen (regelmäßige Ultraschalluntersuchungen, weiterführende Ultraschalluntersuchungen, Risikoabschätzungen) spiegelt das Bedürfnis von vielen Schwangeren nach dem – gesunden – Wunschkind wieder. Vor dem Hintergrund, dass die Geburtenrate in Deutschland nur 1,4 Kinder pro Frau beträgt und es sich damit für viele Frauen um das einzige Kind handelt, ist dieser Wunsch nach Sicherheit verständlich. Neben dem international konsentierten sogenannten Ersttrimesterscreening empfehlen Frauenärzte keine Routinediagnostiken im Schwangerschaftsverlauf.

Die bestehenden Regelungen zur Begleitung von Schwangeren sind ärztlicherseits auf die Betreuung und Beratung in allen Fragen zum Schwangerschaftsverlauf, zur Krankheitsvermeidung, zur Gesundheitshygiene, zur Ernährung, zum Impfen, zum Stillen, sowie auf die *Früherkennung* von – auch lebensbedrohenden - Erkrankungen von Mutter und Kind ausgerichtet.

Die ärztliche Schwangerschaftsbegleitung hat seit ihrer Einführung 1961 zu einem Rückgang der perinatalen kindlichen Mortalität von 4,5 % auf 0,43% geführt. Die mütterliche Sterblichkeit konnte um ein Vielfaches dessen reduziert werden.



Damit liegt Deutschland trotz der „Verschlechterung“ der Grundbedingungen, wie Zunahme des Alters und damit der Morbidität der Schwangeren, der Ermöglichung von Schwangerschaften auch für chronisch Erkrankte, wie z.B. Diabetikerinnen, im Vergleich vorn.

Das Konzept der Familienhebammen wird seitens des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V. unterstützt.

### **Zu.2.:**

Die Geburt ist als natürlicher, gleichwohl aber höchst gefährlicher Zeitpunkt im Leben des Menschen anzusehen. Minuten entscheiden über Gesundheit, Krankheit oder Tod, weshalb die klinische der Hausgeburt unbedingt vorzuziehen ist. Unter der Geburt sind Gesundheitsförderung (Ernährung) und Prävention (Alkohol und Nikotin) nicht möglich. Diese geschehen in der Frauenarztpraxis meist schon vor dem Eintritt der Schwangerschaft.

Bezüglich der „Nennung aller in Frage kommenden Geburtsorte“ bestehen unsererseits große Bedenken. Allenfalls, wenn für z. B. Geburtshäuser und die Hausgeburt das Vorhalten des anerkannten Standes der Wissenschaft gewährleistet ist, wie z. B. kontinuierliche Herzton-Wehenableitung, Messung des intrapartualen pH-Wertes, bei sich ergebender Notwendigkeit einer Kaiserschnittentbindung Einhalten einer E-E-Zeit von 20 Minuten vom Geburtshaus aus, könnte ein Hinweis erfolgen.

Die deutschen Zahlen zur Reduzierung der kindlichen und mütterlichen Morbidität und Mortalität wurden u. a. durch die klinische – auch ambulante – Entbindung ermöglicht. Die Empfehlung der Entbindung im Geburtshaus oder zu Hause ist, wenn die o.g. Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, ärztlicherseits im Interesse des Kindes und der Mutter nicht zu verantworten.

Es gibt keine Evidenz für die Qualität der außerklinischen Geburtshilfe. Die Reduzierung der kindlichen Sterblichkeit gelang, nachdem die Schwangeren in der *ärztlichen* Schwangerenvorsorge betreut, und in den *Kliniken* entbunden wurden. Aus den heutigen besten Erfolgs-Zahlen zu schließen, dass das Rad jetzt zurückgedreht werden könnte, ist ein Trugschluss<sup>2</sup>.

Die Begleitung von Schwangeren durch Hebammen bei ärztlicherseits eingeleiteten (Fehl-)Geburten erscheint uns ab der 22. SSW – dem Zeitpunkt der potentiellen Lebensfähigkeit des Kindes - sinnvoll.

Gemäß § 92 Abs. I SGB V beschließt der der Gemeinsame Bundesausschuss die zur Sicherung der **ärztlichen** Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Dazu zählt gem. § 91 Abs.1 Nr.4 SGB V die ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

---

<sup>2</sup> Zu diesem Thema gibt es zwei Publikationen aus Kanada und vor allen Dingen aus Holland, dass ja bekannt war für seine hohe Rate an Hausgeburten.

Aus der Universität Utrecht kommt eine Studie über 37.000 holländische Geburten in den Jahren 2007 und 2008. Bei den ausschließlich von Hebammen geleiteten Geburten war die Perinatale Mortalität 2,3-mal so hoch wie bei Geburten, die von Ärzten betreut wurden. Außerdem haben die Niederländer die höchste Säuglingssterblichkeit in Westeuropa, was die Autoren ebenfalls auf die hohe Rate von Hausgeburten zurückführen. (Annemieke Evers, Hens Brouwers, Chantal Hukkelhoven, Peter Nikkels,, Janine Boon et al: Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: A prospective cohort study. Brit. Med. J. (2010); 341:c5639, 1-8).

Darüber hinaus ist laut der Datenbank bei der Europäischen Union die Perinatale Mortalität in den Niederlanden die mit Abstand höchste in allen vergleichbaren Ländern. ([www.eurostat.com](http://www.eurostat.com)).

Eine kanadische Studie zeigte nach Auswertung aller Analysen aus hoch entwickelten Ländern, dass die neonatale Mortalität in der Hausgeburtshilfe dreimal so hoch ist wie in der Klinik-Geburtshilfe (Wax, JR, Lucas FL, Lamont M et al.: Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs. planned hospital births: A metaanalysis. Amer. J. Obstet. Gynecol. (2010), 203: 243.e1-8)

Das deckt sich mit den Ergebnissen einer deutschen Untersuchung von 1994 (Berg D und Süß J: Die erhöhte Mortalität in der Hausgeburtshilfe. Geburtstsh. Frauenheilk. (1994) 54: 131-138), in der gezeigt wurde, dass die angeblich guten Ergebnisse aus der Hausgeburtshilfe darauf beruhen, dass 1.) ungünstige Ergebnisse unterschlagen werden und 2.) die notfallmäßig verlegten Geburten mit ungünstigem Ausgang nicht der Hausgeburtshilfe zugerechnet werden, sondern der Klinik-Geburtshilfe, was vom Ansatz her natürlich falsch ist.

Die Qualitätssicherung der ambulanten Heil- und Hilfsberufe sowie der Rehabilitation fallen nicht in den Regelungsbereich des G-BA. Der Anspruch auf Hebammenhilfe wird in dem „ Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V und der „Hebammenvergütungsvereinbarung“ als Anlage zu diesem Vertrag konkretisiert.

Wir begrüßen jede Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen aller im Rahmen der Beleg-Geburtshilfe beteiligten Berufsgruppen. Die Beleg-Geburtshilfe ist ein unverzichtbares Standbein der medizinischen Versorgung in Deutschland und insbesondere wegen der exorbitant gestiegenen Berufshaftpflichtversicherungsprämien in akuter Gefahr.

### **Zu 3.:**

Überweisungs- bzw. Einweisungsmöglichkeiten von Hebammen an Ärzte und Ärztinnen sowie Krankenhäuser für weitere Untersuchungen sollen wegen des notwendigen Arztvorbehaltes nicht eingeführt werden. Diese und weitere Punkte sind nicht Inhalt der – 3-jährigen - Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von Hebammen und Entbindungspflegern ( HebAPrV )

Die primäre Durchführung einer „Feinsonographie“ – gemeint ist wohl die weiterführende, differentialdiagnostische Sonographie – widerspricht den Mutterschaftsrichtlinien, ist medizinisch nicht indiziert und unnötig ressourcenverschwendend. Die Indikation zu einer weiterführenden Sonographie ist stets ausschließlich bei Auffälligkeiten im durch FrauenärztInnen durchgeführten Ultraschall-Screening zu stellen.

Ebenso ist die Beauftragung für Laboruntersuchungen, die über die in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Laboruntersuchungen hinausgehen, der fachärztlichen Indikationsstellung vorbehalten.

**Zu 4.:**

Die von der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen geforderten Berufsqualifikationen zur Familienplanung sind in der HebAPrV in der dortigen Anlage 1 Punkt 2.1.4 bereits niedergelegt und geregelt. Darüber hinausgehend ist nach unserer Einschätzung die Empfängnisregelung für gesunde und kranke Frauen mit den dadurch bedingten endokrinologischen, operativen und instrumentellen Eingriffen in die Unversehrtheit einer Frau eine unbestreitbar ärztliche Leistung.

**Fazit:**

Die die frauenärztliche Schwangerenvorsorge ergänzende Hebammenhilfe in der Schwangerenvorsorge ist sinnvoll. Sie wird von den Schwangeren angenommen. Die bestehenden Regelungen zur Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe sind aber – bis auf die grundsätzliche Überführungen der Leistungen aus der RVO in das SGB V - ausreichend und umfassend durch die bestehenden Gesetze und Richtlinien geregelt. Der maßgeblich durch frauenärztliche Schwangerenbetreuung erreichte hohe Standard der Versorgung und die korrespondierende Ergebnisqualität darf weder durch gesetzgeberische Maßnahmen noch durch destruktive Veränderungen der Versorgungsrealität gefährdet werden. Der Blick über Deutschland hinaus – z.B. 5000 in der Präeklampsie in den USA pro Jahr versterbende Mütter, die 2,3-fach höhere Mortalität bei allein hebammengeführten Geburten in Holland – verlangen den sorgsamsten Umgang mit dem Erreichten.

Mit freundlichen Grüßen  
BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e.V.



Dr. med. Christian Albring  
Präsident