

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0206(6)
gel. VB zur öAnhörung am 9.11.
11_Leist.b.Schwang.
01.11.2011



Stellungnahme des Deutschen Hebammenverband e. V.

**zur öffentlichen Anhörung des Ausschuss für Gesundheit des
Deutschen Bundestages**

am

09. November 2011

Zum Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Fritz Kuhn, Elisabeth
Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE
GRÜNEN

**„Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt aus der
Reichsversicherungsordnung in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch überführen
und zeitgemäß ausgestalten“**

BT-Drucksache 17/5098

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

Der Deutsche Hebammenverband

Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit derzeit 17.544¹ 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, Familienhebammen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschülerinnen und Studierende vertreten.

Seit Jahren setzt sich der DHV für eine Überführung der Hebammenhilfe aus der RVO ins Sozialgesetzbuch ein. Deshalb wird der Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (BT 17/5098) von uns ausdrücklich begrüßt und unterstützt.

Die Arbeit der Hebamme

Das Arbeitsfeld der Hebamme² ist die Begleitung der Frauen/Familien in der Lebensphase der Familienplanung und –gründung. Sie umfasst die Beratung der Frauen, die Betreuung der Schwangerschaft, die Hilfeleistung bei der Geburt, die Überwachung der Wochenbettzeit, sowie die Unterstützung in der Stillphase. Somit sichert die Hebamme eine kontinuierliche medizinische und psychosoziale Betreuung in einer sensiblen Lebensphase von jungen Müttern und Neugeborenen, die besonders durch die Niederschwelligkeit des Angebotes eine fundierte Grundlage primärer Gesundheitsfürsorge und Prävention darstellt. Hierbei ist das oberste Ziel die Gesunderhaltung von Frau und Kind, die Förderung des Bindungsverhaltens, um eine gesunde psychosoziale Entwicklung der Familien zu ermöglichen, sowie die Förderung der Elternkompetenz in allen Bereichen um die Pflege, Entwicklung und Förderung der Neugeborenen. Somit ist die Hebamme für viele Monate die zentrale Ansprechpartnerin für die Familien und deckt durch deren salutogenetische Betreuung Bereiche ab, die durch die ärztliche Versorgung nicht erfasst wird.

Die Hebammenhilfe ist durch die „aufsuchende Betreuung“ eine wohnortnahe Versorgung der Familien, die besonders durch die Zentralisierung der klinischen Versorgung und die immer kürzer werdende Liegezeit in den Krankenhäusern eine zunehmende Wichtigkeit in der Gesundheitsfürsorge für junge Familien hat.

Erweitert wird die Hebammenhilfe durch den Einsatz von Familienhebammen. Diese Arbeit ist Teil des Angebotes der Frühen Hilfen und ergänzt das Angebot der originären Hebammentätigkeit. Familienhebammen sind für diese Aufgabe Zusatzqualifiziert und arbeiten in einem engen Netzwerk mit anderen Disziplinen, um eine möglichst optimale Betreuung der Kinder in sozial schwierigem Umfeld zu gewährleisten.

Die Hebamme arbeitet mit hoher Verantwortung, einer fundierten Ausbildung und Qualitätssicherung. Zu diesem Zwecke haben die beiden Berufsverbände DHV (damals noch BDH) und der BfHD den Verein QUAG (www.quag.de) gegründet, der seit 01.01.99 eine bundesweite statische Erhebung der außerklinischen Geburten durchführt. Für dieses Qualitätsmanagement-Verfahren wurden evidenzbasierende, aussagekräftige Qualitätskriterien entwickelt, um die besondere Situation der außerklinischen Geburtshilfe transparent und vergleichend darstellen zu können.

Die fundierte Ausbildung der Hebamme als „reflektierte Praktikerin“ ist ein besonderes Anliegen des DHV. Es ist wichtig, dass Hebammen praktisch wie auch wissenschaftlich ausgebildet sind. Deshalb unterstützt der DHV nachhaltig und ausdrücklich die Akademisierung der Hebammenausbildung. Es ist zwischenzeitlich an neun Fachhochschulen in Deutschland möglich, dass Hebammen in verschiedenen Studiengängen eine primärqualifizierende akademische Ausbildung erhalten.

¹ Stand: 31. Oktober 2011

² Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden immer von der Hebamme gesprochen. Gemeint ist immer auch die männliche Berufsbezeichnung „Entbindungspfleger“.

Die Ziele der Hebammenarbeit

Die Hebamme ist die Fachfrau rund um die Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach. Ihre Tätigkeit ist nicht nur medizinisch, sondern auch präventiv, mit einem großen psychosozialen, d.h. sprechenden Anteil. Sie berät die Familien, führt körperliche Untersuchungen durch und begleitet die physiologische Geburt eigenverantwortlich. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind keine Krankheit und müssen deshalb durch gesunderhaltende Prozesse begleitet werden. Die Stärkung der Frau in ihrer eigenen Gebärfähigkeit und Wahrnehmung ihrer körperlichen und seelischen Bedürfnisse ist die Grundlage der Arbeit. Ziel ist es, die Frauen und Familien in ihrer Eigenkompetenz zu stärken und somit einen gesellschaftlich wichtigen Prozess des „Eltern-Werdens“ zu unterstützen. Die Abgrenzung zu krankhaften körperlichen, wie psychischen Prozessen ist dabei immer im Blickfeld der Hebamme. Hier ist sie Schnittstelle und Vermittlerin zur sektor- und berufsübergreifenden Zusammenarbeit zugleich. Besonders im Hinblick auf die demographische Entwicklung und die damit im Zusammenhang stehenden gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Probleme ist die Ermutigung der Frauen und Paare zur Elternschaft und die Stärkung ihrer Kompetenzen ein wichtiges gesellschaftspolitisches Engagement.

Gesetzliches Arbeitsumfeld

Die Berufsausübung der Hebammen ist heute durch viele verschiedene Gesetze beeinflusst. Im Folgenden sollen nur die Gesetze beschrieben werden, die direkt mit der Hebammenhilfe in Verbindung stehen. Grundlage für die Berufsausübung ist das Hebammengesetz und die Berufsordnung des Bundeslandes, in dem die Hebamme ihren Wohnort hat. Der grundsätzliche Anspruch auf Hebammenhilfe ist zur Zeit in der RVO normativ verankert und dort auch beschrieben. Der Anspruch des Neugeborenen ist nur in Bezug auf die stationäre Versorgung erwähnt, nicht aber im Zusammenhang mit Hebammenhilfe. Hebammenhilfe setzt sich aber aus der Betreuung von Mutter und Neugeborenen gleichermaßen zusammen und muss deshalb in den Gesetzen auch so umschrieben werden.

Der Einfluss des jetzigen SGB V beschränkt sich für die Hebammen im Wesentlichen auf reglementierende Elemente, z.B. den § 134a SGB V. Dieser bezieht sich lediglich auf die finanzielle Vertragsgestaltung über die Versorgung mit Hebammenhilfe zwischen den maßgeblichen Berufsverbänden und den Krankenkassen. In Ermangelung einer klaren gesetzlichen Grundlage über die Hebammenhilfe wird sich bei Bedarf auf die Gebührenpositionen aus dem o.g. Vertrag bezogen. Dieser spiegelt aber nicht das gesamte Aufgabenspektrum wider. Auch kann daraus die benötigte Rechtssicherheit nicht erwachsen. Deshalb ist es unerlässlich, die Hebammentätigkeit normativ gestaltend im SGB V festzuschreiben.

Direkte Einflussnahme haben aber die Paragraphen 71 SGBV und 116 SGBX.

In §71 SGB V wird geregelt, dass die Erhöhung der Gebühren der Beitragssatzstabilität unterliegt und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen gewahrt bleiben muss.

Die wirtschaftliche Bemessung des Wertes einer gesunden Familienentwicklung wurde jedoch nicht definiert und kann deshalb nur schwerlich den Gebühren der Hebammen zu Grunde gelegt werden. Die Grundlohnsummensteigerungsrate ist jedoch jedes Jahr so gering, dass sie nicht einmal die jährliche Teuerungsrate ausgleicht. Hebammen, die ohnehin seit vielen Jahren keine angemessene Vergütung für ihre gesellschaftlich wichtige und verantwortungsvolle Tätigkeit erhalten, sind durch diese Koppelung ungleich höher belastet als andere Berufsgruppen in der Gesundheitswirtschaft. In Ermangelung einer gesetzlichen Leistungsanerkennung des psychosozialen Anteils der Hebammenarbeit, die jedoch wichtig für die gesunde Entwicklung der Familien ist, kann eine angemessene Vergütung mit den Krankenkassen vertraglich nicht erreicht werden.

Durch die Einführung des § 116 SGBX (Regressparagraph) sind die Sozialversicherungsträger vermehrt dazu übergegangen, auch im Bereich der Hebammenhilfe, bei Schadensfällen nach

„Schuldigen“ zu suchen, die die steigenden Behandlungskosten übernehmen. Das vordergründig berechnete Interesse der Gesellschaft, hohe Behandlungskosten bei dem Schadensverursacher geltend zu machen, führt im Bereich der Geburtshilfe jedoch zu der Situation, dass Hebammen nur schwer einen Versicherer finden, der dieses Risiko zeichnet. Die wenigen Versicherungen, die eine Haftpflichtpolice anbieten, können dies jedoch nur zu Konditionen tun, die Hebammen aus ihren niedrigen Gebühren nicht erwirtschaften können. Die hebammengeleitete und damit „sicherste“ Geburtshilfe, wie viele internationale Studien bestätigen, ist auf der aktuell bestehenden rechtlichen und finanziellen Grundlage in Deutschland vom Aussterben bedroht. Die finanziellen Belastungen, die Hebammen wegen ihrer Berufsausübung insbesondere im Kontext der Berufshaftpflichtversicherung, zu tragen haben, müssen durch staatliche Maßnahmen reguliert werden. Als eine derartige Maßnahme kommt die Schaffung eines staatlich finanzierten Haftungsfonds zur Abdeckung von Risiken oberhalb einer festzulegenden Haftungsobergrenze in Betracht.

Hebammenhilfe ist als umfassende und qualitativ hochwertige medizinische Betreuungsform von bedeutendem gesamtgesellschaftlichen Interesse. Daher sind Maßnahmen einer staatlichen Sicherung nicht nur gerechtfertigt, sondern dringend erforderlich. Diese würde zur Versorgungssicherheit in strukturschwachen Gebieten beitragen und Hebammenhilfe auch in bevölkerungsärmeren Gegenden möglich machen. Ebenso muss der Blick auf die rein pathologischen Prozesse von Schwangerschaft und Mutterschaft, der sich durch den inhaltlichen Schwerpunkt des SGB V ergibt, zu Gunsten des überwiegend gesunden Geschehens um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit verändert werden.

Überführung RVO ins SGB V

Grundlage für die Überführung der Hebammenhilfe aus der RVO ins SGB V muss die Richtlinie Richtlinie 2005/36/EU des Rates des Europäischen Rates sein.

Die europäische Harmonisierung der gesetzlichen Berufsausübung für den Fortbestand des Berufes von großer Bedeutung. Die Hebammenschulen und Hochschulen ermöglichen durch die Ausbildung die Ausübung der durch die EU-Richtlinie geforderten Tätigkeiten. Diese sind in Artikel 42 der Richtlinie wie folgt beschrieben:

Richtlinie 2005/36/EU, Abschnitt 6 Artikel 42, Ausübung der Tätigkeiten der Hebamme

...

(2) Die Mitgliedstaaten sorgen dafür, dass Hebammen zumindest die Aufnahme und Ausübung folgender Tätigkeiten gestattet wird:

- a) angemessene Aufklärung und Beratung in Fragen der Familienplanung;
- b) Feststellung der Schwangerschaft und Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung eines normalen Schwangerschaftsverlaufs notwendigen Untersuchungen;
- c) Verschreibung der Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer Risikoschwangerschaft notwendig sind, oder Aufklärung über diese Untersuchungen;
- d) Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Niederkunft und Beratung in Fragen der Hygiene und Ernährung;
- e) Betreuung der Gebärenden während der Geburt und Überwachung des Fötus in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel;

- f) Durchführung von Normalgeburten bei Kopflage, einschließlich — sofern erforderlich — des Scheidendammschnitts sowie im Dringlichkeitsfall Durchführung von Steißgeburten;
- g) Erkennung der Anzeichen von Anomalien bei der Mutter oder beim Kind, die das Eingreifen eines Arztes erforderlich machen, sowie Hilfeleistung bei etwaigen ärztlichen Maßnahmen; Ergreifen der notwendigen Maßnahmen bei Abwesenheit des Arztes, insbesondere manuelle Ablösung der Plazenta, an die sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt;
- h) Untersuchung und Pflege des Neugeborenen; Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in Notfällen und, wenn erforderlich, Durchführung der sofortigen Wiederbelebung des Neugeborenen;
- i) Pflege der Wöchnerin, Überwachung des Zustandes der Mutter nach der Niederkunft und zweckdienliche Beratung über die bestmögliche Pflege des Neugeborenen;
- j) Durchführung der vom Arzt verordneten Behandlung;
- k) Abfassen der erforderlichen schriftlichen Berichte.

Hebammen sind für diese Tätigkeit qualifiziert und benötigen die Umsetzung der europäischen Richtlinie in der nationalen Gesetzgebung, um ihren Beruf entsprechend ihrer Qualifikation ausüben zu können und eine entsprechende Vergütung zu erhalten. Der Vertrag nach §134a über die Versorgung mit Hebammenhilfe greift an dieser Stelle deshalb zu kurz, weil die gesetzliche Übernahme der EU-Richtlinie in das Sozialgesetzbuch noch nicht erfolgt ist.

In der Überführung der RVO ins SGB V ist die EU-Richtlinie eine gute und zukunftsfähige Grundlage. Der DHV, damals noch BDH, hat gemeinsam mit dem BfHD und dem Netzwerk der Geburtshäuser im Jahre 2004 einen ausführlichen Vorschlag zur Umsetzung der Überführung der Hebammenhilfe gemacht, der noch immer aktuell ist und auf dessen Inhalt wir an dieser Stelle ausdrücklich verweisen (s. Anlage)

Zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

1. Zur Feststellung des Bundestages:

Die Überführung der Hebammenhilfe aus der RVO ins SGB V wird den werdenden Eltern die Möglichkeit geben, die gesetzlichen Regelungen in einem zeitgemäßen Gesetzbuch wieder zu finden. Hierbei ist es wichtig, dass alle möglichen Geburtsorte Erwähnung finden, damit die Eltern eine informierte und freie Entscheidung zur Wahl des Geburtsortes ihres Kindes treffen können. Dabei ist Hebammenhilfe immer eine medizinische und psychosoziale Hilfeleistung. Diese beiden Aspekte lassen sich in der Betreuung des gesunden und natürlichen Prozesses um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nicht trennen.

Die Hebammenhilfe ist nicht nur auf die Frau fokussiert. Es ist deshalb unerlässlich, dass der Anspruch des Kindes auf Hebammenhilfe gesetzlich dokumentiert wird. Dass besonders in elementaren Krisensituationen (Mutter ist krankheitsbedingt abwesend oder verstorben, das Kind adoptiert bzw. in Pflegefamilie) die Pflegeeltern oder der Vater auf die Kulanz der Krankenkasse zur Übernahme der Kosten angewiesen ist, kann aus gesellschaftspolitischer Sicht nicht hin genommen werden. Der mit der aktuell benötigten „Kulanzlösung“ verbundene Verwaltungsaufwand ist besonders in einer Notlage, in der kurzfristige Hilfe benötigt wird, eine unakzeptable Hürde für die Betroffenen.

Die zuvor erwähnten Familienhebammen sind eigenständig zu behandeln. Die Arbeit der Familienhebamme stellt ein -sowohl zeitlich, wie auch fachlich- erweitertes Tätigkeitspektrum der originären Hebammenarbeit dar. Familienhebammen haben für diese Tätigkeit

über die Regelversorgung hinaus eine Zusatzqualifikation. Der Deutsche Hebammenverband hat ein Rahmencurriculum zur Weiterbildung der Familienhebammen entwickelt.

Ein Kernelement des Konzeptes Familienhebamme ist eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit, wobei die Einbeziehung der Familienhebamme in eine Familie durch die Hebamme stattfindet, die als Primärvorsorgerin die originäre Betreuung durchgeführt hat und einen erhöhten Betreuungsbedarf festgestellt hat. Die ergänzende Tätigkeit der Familienhebammen ist nicht im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V enthalten. Familienhebammen werden zurzeit im Rahmen der „Frühen Hilfen“ aus kommunalen Geldern, Mitteln der Sozial- oder Jugendhilfe und Projektmitteln finanziert. Hier braucht es eine langfristig tragfähige und bedarfsgerechte Finanzierungsstruktur im Zusammenwirken von Bund, Ländern, Gemeinden, Krankenkassen und Trägern der Freien Wohlfahrtspflege.

Hebammenhilfe steht jeder Frau, unabhängig von sozialen Risikofaktoren, zu. Dies muss erhalten bleiben, denn eine frühzeitige Selektion stigmatisiert einzelne Familien und nimmt der Hebamme die Möglichkeit und Akzeptanz der niederschweligen Arbeit in der gesamten Bevölkerung. Ergänzend zur Hebammenhilfe kann die Arbeit der Familienhebamme nötig sein. Diese hat jedoch nicht nur sozialen Hilfecharakter, sondern auch psychologischen und kann deshalb auch von Familien benötigt werden, die nicht in das klassische Schema des „sozialen Bedarfes“ fallen.

II. Zur Forderung des Bundestages:

1. Die aufgeführten Punkte zum Gesetzentwurf werden vom Deutschen Hebammenverband unterstützt.

Wobei die Definition der Hebammenhilfe noch um die Punkte der Familienplanung erweitert werden muss. Diese findet ohne Vergütungsgrundlage bereits jetzt schon vor der Schwangerschaft und weitergehend im Wochenbett statt. Hebammen sind kraft ihrer Ausbildung befähigt, diese Beratung auch schon vor Eintritt einer Schwangerschaft auszuführen. Familienplanung ist Teil der Frauengesundheit und umfasst neben der Verhütungsberatung natürlich auch die Beratung bei Kinderwunsch. Die aktuelle gesetzliche Regelung bezieht sich nur auf die invasiven medizinischen Methoden der Kinderwunschbehandlung.

Natürliche Methoden der Kinderwunschbehandlung müssen als Vorstufen der medizinischen Behandlung Einzug in den Leistungskatalog der Krankenkassen finden. Auf europäischer Ebene ist dies in vielen Ländern schon gelungen. Die mit hohen körperlichen und psychischen Belastungen der Frauen und Paare, sowie mit einer relativ niedrigen Erfolgsquote einher gehende medizinische Behandlung, würde somit um weniger belastende und nicht invasive Methoden ergänzt werden können.

Die Beteiligung der Hebammenverbände an den Mutterschaftsrichtlinien ist nur ein Aspekt der Mitwirkung, den die Hebammenverbände seit langem fordern. Die Richtlinien und Empfehlungen, die die Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit allgemein betreffen gehen weit über die Mutterschaftsrichtlinien hinaus. Der DHV fordert bei der Erstellung von Empfehlungen, die Schwangerschaft und Mutterschaft betreffen, eine verpflichtende Beteiligung des Hebammenberufsverbandes und von Frauengesundheitsorganisationen am Entscheidungsprozess. Denn auch hier ist es wichtig, dass ein primär **gesundes** Geschehen nicht durch den Blick auf die seltenen krankhaften Prozesse beeinflusst wird. Die aktuelle Situation der Beteiligung von Patientenvertretungen beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter Vernachlässigung der „normalen“ Schwangeren wird den Anforderungen nicht gerecht. Die Beteiligung der von den Empfehlungen betroffenen, in diesem Falle der gesunden Frauen, kann die aktuelle Fokussierung auf die krankhaften Prozesse wieder auf den Blickwinkel des im wesentlichen gesunden Geschehens lenken und kann helfen, die hohe Kaiserschnitttrate (zur Zeit über 30%) zu senken.

Frauen haben Anspruch auf Hebammenhilfe und sind gleichzeitig frei in ihrer Entscheidung, welche der beteiligten Berufsgruppen (Gynäkologinnen oder Hebammen) ihre Schwangerschaft betreuend begleiten. In der Praxis ist diese Freiheit jedoch nicht gewährt, da die Hebammen keine Möglichkeit zur Anordnung von routinemäßigen Laborleistungen und Rezeptierung der benötigten Medikamente haben. Auch fehlt die Möglichkeit zur Sektor übergreifenden Arbeit, in dem die Hebamme nötige Leistungen, die ggf. nur in der Klinik erbracht werden können, anordnen kann. Dieser Missstand muss in der geplanten gesetzlichen Regelung berücksichtigt und geändert werden.

Beispiel: Eine Schwangere braucht am Wochenende eine Kontrolle der kindlichen Herztöne mittels eines CTG-Gerätes in der Klinik. Grund ist die Überschreitung des errechneten Geburtstermins. Dies ist ein Routinevorgehen, das deshalb auch am Wochenende von Nöten ist, weil eine zweitägige Kontrolle des kindlichen Wohlergehens laut Mutterschaftsrichtlinien vorgesehen ist. Da die Hebamme keine Überweisung ausstellen darf, bleibt es der Klinik überlassen ein Prozedere des weiteren Vorgehens festzulegen. Die Praxis zeigt, dass dieses häufig eine stationäre Aufnahme der Schwangeren und damit eine frühzeitige Hospitalisierung der Frau ist, da im klinischen Management die stationäre Aufnahme häufig die einzige Möglichkeit ist, diese Leistung gegenüber den Krankenkassen geltend zu machen.

2. Der schnellstmöglich vorzulegende Gesetzentwurf zur Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der Hebammen:

Das geplante Versorgungsgesetz nimmt mit der Veränderung des §134a den Gedanken der wirtschaftlichen Interessen und den steigenden Kosten der Hebammen bereits auf. Hierüber ist der DHV sehr dankbar. Jedoch kann die Berücksichtigung der Kosten bei der aktuellen gesetzlichen Regelung nur über die Menge der abgerechneten Positionen berücksichtigt werden. Dies hat zur Folge, dass besonders Hebammen in strukturschwachen Regionen ihre Kosten nicht ausgeglichen bekommen können und damit zur Aufgabe ihrer beruflichen Tätigkeit gezwungen werden. Auch ist der Beruf der Hebamme eine Profession, die überwiegend durch Frauen ausgeübt wird. Besonders in Phasen der Kindererziehung, aber auch durch die Pflege älterer Angehöriger, kann die Hebammenarbeit in Einzelfällen nicht in Vollzeit ausgeübt werden. Insbesondere aber die Haftpflicht- und KFZ-Kosten als Fixkosten, bleiben aber bestehen- unabhängig von der Menge der erbrachten Leistungen- und können nicht, wie Praxiskosten bei geteilter Nutzung, durch Kooperationen ausgeglichen werden. So fallen zwangsläufig alle Hebammen, die aus persönlichen Gründen nicht Vollzeit arbeiten können, aus der Versorgungsmöglichkeit heraus. Dies verstärkt den ohnehin schon eklatanten Hebammenmangel zusätzlich. Auch unter der Prämisse, dass eine Möglichkeit gefunden werden würde, die die Fixkosten der Hebammen unabhängig von der Menge der abgerechneten Gebühren erstatten würde, wäre damit noch lange keine adäquate Vergütung der Arbeit der Hebammen gefunden. Es wäre lediglich der niedrige Status quo gehalten, der keineswegs der Verantwortung der Hebamme entspricht. Die Definition des Begriffes „angemessene Vergütung“ ist Bedingung und Voraussetzung für eine Lösung der Verdienstproblematik der Hebammen.

3. Die zu unterbreitenden Vorschläge:

Die in der Drucksache geforderten Vorschläge unterstreicht der Deutsche Hebammenverband vollumfänglich.

Wichtig ist jedoch bei der Erhaltung der Wahlfreiheit des Geburtsortes der Frauen insbesondere, dass der freiheitliche Gedanke höher wiegen muss als die wirtschaftlichen Aspekte der Krankenkassen. Denn anders ist das Problem der

Versorgung der ländlichen Gebiete nicht zu beheben. Eine Kalkulation der Hebammenvergütung ausschließlich unter dem Aspekt der „Masse“, wird weder dem Qualitätsgedanken noch dem Interesse der gleichberechtigten Versorgung aller Frauen gerecht.

Neben der Anordnungsmöglichkeit für Labor und Krankentransport ist es für die Versorgung der Frauen unerlässlich, dass sie Medikamente, die routinemäßig in der Schwangerschaft benötigt werden, von der Hebamme rezeptiert bekommen können. Hebammen arbeiten auf qualitativ sehr hohem Niveau, das beweisen sie regelmäßig durch die von QUAG e. V. veröffentlichten Qualitätsergebnisse. (Siehe: "Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland - Qualitätsbericht 2009", <http://www.quag.de/content/publikationen.htm>).

Um eine sektor übergreifende Qualitätserfassung zu gewährleisten – dies ist in Anbetracht der verschiedenen Betreuungsformen, die in der Geburtshilfe vorkommen und den verschiedenen Berufsgruppen (ambulant – stationär, Hebamme und Gynäkologe) von besonderer Wichtigkeit, müssen folgende Punkte umgesetzt werden:

- Überarbeitung der Mutterschaftsrichtlinien und des Mutterpasses nach evidenzbasierten Kriterien, Übernahme genau definierter Befunde aus der Anamnese und aus dem Schwangerschaftsverlauf in die klinische und außerklinische Datenerhebung
- Entwicklung gemeinsamer Qualitätsindikatoren unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Möglichkeiten und der europäischen Diskussion (Euro Peristad)
- Möglichkeit der Zusammenführung von Perinatal- und Neonataldaten mit lückenloser Erfassung bis mindestens 7. (besser 28.) Lebenstag des Säuglings
- Einbeziehung der Hausgeburtshilfe
- Erfassung der Anzahl der Geburten, die ungeplant nicht an einem der vorgesehenen Geburtsorte erfolgen (ungeplante und geplante Geburten zu Hause ohne professionelle Unterstützung, Geburten auf dem Weg in die Klinik)

4. Zu prüfende Punkte:

In diesem Punkt wurde die Arbeit der Hebamme und die Tätigkeit der Familienhebamme nicht klar getrennt. Besonders aber im Hinblick auf die unterschiedlichen Schwerpunkte -die primärversorgende Tätigkeit der Hebamme und die spezialisierte Versorgung der Familien mit einem erhöhten psychosozialen Betreuungsbedarf durch die Familienhebamme- ist eine klare sprachliche, wie auch gesetzliche Trennung unumgänglich. Ein Verlust einer dieser beruflichen Schwerpunkte würde zu Lasten der Mütter und ihrer Neugeborener Kinder erfolgen.

Karlsruhe, den 31.10.2011

Martina Klenk
Präsidentin DHV e. V.

Katharina Jeschke
Beirätin für den freiberuflichen Bereich DHV e. V.
Mail: jeschke@hebammenverband.de



Deutscher **Hebammen**Verband e.V.

**Anlage zur Stellungnahme
des Deutschen Hebammenverband e. V.
zur öffentlichen Anhörung des Ausschuss für Gesundheit des
Deutschen Bundestages
am
09. November 2011**

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

Vorschläge der Hebammenverbände aus 2006
zur Neuregelung des Anspruches der Versicherten im SGB V

Bestehende Regelungen für Leistungsempfängerinnen (Auszug)

Reichsversicherungsordnung (RVO)

§ 196	RVO	Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Heil- und Verbandsmittel
§ 197	RVO	Geburtshilfe
§ 198	RVO	Häusliche Pflege
§ 199	RVO	Haushaltshilfe
§ 200	RVO	Mutterschaftsgeld

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)
– Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V)

§ 20	SGB V	Prävention und Gesundheitsförderung
§ 24	SGB V	medizinische Vorsorge für Mütter und Väter
§ 24a	SGB V	Empfängnisverhütung
§ 24b	SGB V	Schwangerschaftsabbruch
§ 27	SGB V	künstliche Befruchtung

Alle ohne Anspruch auf Hebammenhilfe!

Bereits aufgenommen ins SGB V

§ 134a	SGB V	Versorgung mit Hebammenhilfe
--------	-------	------------------------------



Änderungsvorschläge des DHV (damals Bund Deutscher Hebammen), des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands, des Netzwerks der Geburtshäuser in Deutschland und der Koordinationsstelle der Berliner Geburtshäuser aus 2006 zur Neuregelung des Anspruchs der Versicherten im SGB V

§ 24	allgemein: Gesundheitsförderung und Prävention vor Behandlung, Förderung der Physiologie und selbstbestimmter Elternschaft (ggf. mit Verweis auf § 20 Prävention)
§ 24a	ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe
§ 24b	Familienplanung und Empfängnisverhütung Zusatz: Zuständigkeit der Hebamme
§ 24c	Schwangerenbetreuung Zusatz: Aufklärung, Zahnärztliche Kontrolle des Zahnbettes
§ 24d	Geburtshilfe Zusatz: stationär, ambulant, Geburtshaus, Klinik, Hausgeburtshilfe, Fehlgeburten
§ 24e	Leistungen bei Mutterschaft Zusatz: Mutterschaft bei Adoption, Väter
§ 24f	Häusliche Pflege und Haushaltshilfe
§ 24g	Versorgung mit Arznei-Verband- und Heilmitteln
§ 24h	Schwangerschaftsabbruch Zusatz: Anspruch auf Beratung und Hebammenhilfe bei späten Abbrüchen, auch im Wochenbett
§ 24i	künstliche Befruchtung
§ 24j	Mutterschaftsgeld
§ 24k	medizinische Prävention für Mütter und Väter
§ 72	Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung Entsprechend: Sicherstellung Hebammenhilfe
§ 91 und 92	gemeinsamer Bundesausschuss Zusatz: direkte Beteiligung der Hebammen (z.B. Mutterschaftsrichtlinien) und/oder Frauengesundheitsorganisationen
§ 121	Vergütung von Belegärzten Zusatz: § 121 a Vergütung von Beleghebammen

Weiterer Regelungsbedarf:

Krankentransport, Verschreibungsmöglichkeit, Überweisungsmöglichkeit, Einweisungen, Qualitätssicherung und Fortbildung, Anspruch des Vaters, des Kindes und Sorgeberechtigter auf Hebammenhilfe, Vergütung außerklinischer Ausbildung