

### **Stellungnahme**

**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**

**09. November 2011**

Der Verband der Privaten Krankenversicherung begrüßt grundsätzlich die im Antrag angedeuteten Regelungsthemen, sieht aber im Detail Diskussionsbedarf. So ist es z.B. nicht verständlich, warum es dabei bleiben soll, dass nur die Gesetzliche Krankenversicherung ein Mandat zur Vereinbarung von Vergütungen mit den maßgeblichen Verbänden der Hebammen und der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene eingeräumt wird, nicht aber der Privaten Krankenversicherung.

Der Antrag zielt sinngemäß darauf, die in der Reichsversicherungsordnung (RVO) und anderen Gesetzen (z.B. auch Mutterschutzgesetz) geregelten Ansprüche bei Schwangerschaft und Entbindung in das fünfte Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Krankenversicherung) zu überführen und dabei auch neue Ansprüche auf Leistungen gesetzlich zu verankern.

Der Antrag ist – soweit die kursorisch angedeuteten Regelungsthemen eine Einschätzung erlauben – grundsätzlich zu begrüßen, bergen aber im Detail möglicherweise einigen Diskussionsbedarf.

Die Private Krankenversicherung wird von dem Antrag insofern umfassend betroffen, als gemäß § 12 Absatz 1a VAG Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten haben, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Ansonsten gelten die Bedingungen des individuellen Vertrages über eine private Krankenversicherung; gemäß den Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung gelten als Versicherungsfall auch Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung.

Im Folgenden werden die Themen des Antrages kurz kommentiert.

Zu 1.

- ◆ Es mag dahingestellt bleiben, ob „die Regelungen zu Schwangerschaft und Geburt für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen in der Reichsversicherungsordnung (RVO) faktisch nicht auffindbar sind“; tatsächlich könnte irritieren, dass Regelungen zu Schwangerschaft und Geburt die einzigen Regelungen zu Leistungen der GKV darstellen, die in der RVO verblieben sind. Andererseits sind die Leistungsansprüche gemäß § 92 SGB V i.V.m. § 195 Absatz 2 RVO in den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses leicht auffindbar konkretisiert.
- ◆ Die Mutterschaftsrichtlinien gelten als gesetzlich eingeführtes Vorsorgeprogramm entsprechend den Musterbedingungen der Privaten Krankenversicherung grundsätzlich auch für privatversicherte Schwangere. Schon an der allgemeinen Vorschrift 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“, wird erkennbar, dass jegliche Gefahren abgewendet – also umfassende Präventionsmaßnahmen durchgeführt – werden sollen. Es gibt wissenschaftlich keine Zweifel, dass u.a. Nikotin- und Alkoholkonsum Mutter und Kind in mannigfaltiger Weise gefährden. Falls Nikotin- und Alkoholkonsum in der Betreuung der Schwangeren tatsächlich unzureichend adressiert werden sollten, dann würde dies dem umfassenden Präventionsanspruch gemäß § 196 RVO und Mutterschaftsrichtlinie widersprechen.
- ◆ Besondere medizinische Probleme wie Nikotin- und Alkoholkonsum von Schwangeren im Gesetz zu regeln, erscheint problematisch, weil man sich dann fragen müsste,

warum andere medizinische Probleme (die detailliert in der Mutterschaftsrichtlinie angesprochen werden) nicht im Gesetz genannt werden. Mit guten Gründen pflegt der Gesetzgeber darauf zu verzichten, medizinisch-fachliche Fragen im Gesetz zu regeln. Falls Nikotin- und Alkoholkonsum in der Betreuung der Schwangeren tatsächlich unzureichend adressiert werden sollten, dann könnte dies daran liegen, dass sie in den Mutterschaftsrichtlinien nicht explizit genannt sind; dies wäre durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu korrigieren.

- ◆ Selbstverständlich sind Schwangerschaft und Geburt „natürliche, gesunde, nicht krankheitsähnliche Vorgänge“; es liegt im Wesen der Primärprävention wie bei der Schwangerenvorsorge, dass sie sich weit überwiegend Gesunden widmet, um die wenigen krankhaften Zustände zu entdecken und geeigneten Maßnahmen zuzuführen. Eine Entmedikalisierung der Schwangerenvorsorge würde dieses Präventionsziel unerreichbar machen.
- ◆ Die Definition der Leistungen der Hebammen bzw. Entbindungspfleger erfolgt in denjenigen Gesetzen, die die Berufsausbildung und staatliche Prüfung regeln – hier insbesondere das Hebammengesetz (HebG) und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) gemäß § 10 HebG und die Berufsordnungen für Hebammen und Entbindungspfleger der Länder.
- ◆ Es wäre zu prüfen, ob die Vorgaben der HebAPrV den „Betreuungsbogen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit sowie eine ausführliche Beratung der Eltern“ unzureichend adressieren oder ob es Defizite bei der Umsetzung der HebAPrV gibt. Immerhin bezieht die HebAPrV auch die psychosoziale Dimension von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ein.
- ◆ Es trifft zu, dass weder RVO noch Mutterschaftsrichtlinien noch HebAPrV die Adoptions- oder Pflegeeltern eines Säuglings und den Kindsvater explizit einbeziehen. Soweit Transparenz besteht, scheint das in der Praxis nicht zu Restriktionen zu führen; das spricht nicht dagegen, entsprechende Ansprüche gesetzlich zu verankern. Den Vater – so der Antrag – aber nur „dann einzubeziehen, wenn die Mutter verstirbt, nicht verfügbar oder nicht in der Lage ist, den Säugling zu versorgen“, erscheint nicht unbedingt plausibel, denn aus vielfältigen Gründen ist anzustreben, dass der Vater immer in der Sorge um das Kind mitwirkt, nicht nur substitutiv.
- ◆ Warum über die Regelungen des § 134a SGB V hinaus „alle in Frage kommenden Geburtsorte (Krankenhaus, Geburtshaus, Hausgeburt)“ im Gesetz genannt werden sollen, kann nur vermutet werden. Jedenfalls steht der Schwangeren die Wahl des Geburtsortes schon jetzt frei auf Basis einer umfassenden Aufklärung durch die Hebamme, den Entbindungspfleger oder den Arzt. Derzeit erfolgen in Deutschland noch immer fast 99 Prozent der Entbindungen im Krankenhaus (in den Niederlanden etwa

70 Prozent). Sofern keine Risikoschwangerschaft vorliegt, angemessene Vorkehrungen für Notfälle getroffen sind und die Durchführung des Neonatalscreenings gewährleistet ist, spricht nichts gegen die Geburt zuhause oder im Geburtshaus. Krankenhausentbindung ohne Krankenhausbedürftigkeit kann mit spezifischen Risiken verbunden sein, die bei anderem Geburtsort vermieden werden.

- ◆ Fragwürdig erscheint, ob die gültige Regelung angemessen ist, die Qualitätssicherung bei Hausgeburten und in Geburtshäusern der Vertragskompetenz der Parteien gemäß § 134a SGB V zu überlassen, also grundsätzlich nur gesetzlich versicherte Gebärende zu berücksichtigen.
- ◆ Gemäß § 4 Absatz 1 HebG sind „die Ärztin und der Arzt verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird. Gemäß § 4 Absatz 2 HebG Geburtshilfe im Sinne des Absatzes 1 umfasst Geburtshilfe die Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufs. Entsprechend werden Schwangere schon nach geltendem Recht „durch Hebammen bei allen ärztlicherseits künstlich eingeleiteten (Fehl-)Geburten/Abbrüchen und dem sich anschließenden Wochenbett“ begleitet.
- ◆ Vor dem Hintergrund, dass die Qualitätssicherung bei Hausgeburten und in Geburtshäusern Gegenstand nur des Vertrages nach § 134a SGB V ist, wäre zu begrüßen, wenn sie stattdessen gesetzlich als Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses definiert würde. Dies würde eine entsprechend themenbezogene Beteiligung der Hebammenverbände im Gemeinsamen Bundesausschuss rechtfertigen. Würde – was derzeit nicht zutrifft – die Qualitätssicherung in der dann auch außerklinischen Geburtshilfe in den Mutterschaftsrichtlinien geregelt, dann würde dies eine „Beteiligung der Hebammenverbände an der Erstellung der Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ rechtfertigen.
- ◆ Die Vergütung von Beleghebammen wird hier nicht kommentiert, da für Privatversicherte in der Regel auf Ebene der Bundesländer Hebammengebührenordnungen gelten (wo dies nicht der Fall ist, besteht – wie z. B. bei Leistungen von Physiotherapeuten und Krankengymnasten – die Möglichkeit der freien Preisvereinbarung im Rahmen des Vertrages zwischen Hebamme/Entbindungspfleger und privat versicherter Frau).
- ◆ Die vorgeschlagene Datenzusammenführung analog § 84 SGB V wird hier nicht kommentiert, da die Private Krankenversicherung davon nicht betroffen wäre.

Zu 2.

Es ist kein Grund erkennbar, warum der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Mandat zur Vereinbarung von Vergütungen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene (§ 134a SGB V) eingeräumt ist, nicht aber der Privaten Krankenversicherung.

Zu 3.

- ◆ Die Forderung nach einer „Sicherstellung der Versorgung von Schwangeren vor, während und nach der Geburt durch Hebammen ...“ zielt wohl auf die Gewährleistung eines flächendeckenden Angebotes, zuhause oder im Geburtshaus entbinden zu können. Das würde letztlich bedeuten, die Hebammenverbände mit einem Sicherstellungsauftrag analog dem Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen zu belegen. Das erscheint angesichts der derzeit noch sehr geringen Inanspruchnahme der Entbindung zuhause oder in Geburtshäusern (< 2 Prozent) als unverhältnismäßiger Eingriff. Wünschenswert wäre eine systematische Transparenz über die Angebote.
- ◆ Die beruflichen Befugnisse der Hebammen und Entbindungspfleger sind im HebG, in der HebAPrV und in den Berufsordnungen der Länder verankert. Die Anordnung von Laboruntersuchungen durch die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger ist nur in dem Umfang vertretbar, wie die Beurteilung der Laborbefunde Gegenstand der Ausbildung, also des Berufsbildes ist.
- ◆ Hier sind keine Probleme beim Ruf eines Krankentransports durch Hebammen bekannt. Hebammen und Entbindungspfleger müssen bei Gefahr im Verzug unmittelbar einen Rettungsdienst rufen können.
- ◆ Hebammen und Entbindungspfleger sind verpflichtet, den Arzt beizuziehen, wenn sich pathologischer Vorgänge bei Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen zeigen oder die Frau dieses wünscht. Die Überweisung an einen Arzt mit dem Auftrag, spezifische Leistungen zu erbringen, ist nicht möglich und muss ausgeschlossen bleiben, weil sie ärztliche Fachkompetenz voraussetzt.
- ◆ Hebammen und Entbindungspfleger sind u.a. durch die Berufsordnungen zur Fortbildung verpflichtet. Es spricht aber nichts dagegen, sie in die Nachweispflichten nach § 137 Absatz 3 Nr. 1 einzubeziehen.
- ◆ Vor dem Hintergrund, dass die Qualitätssicherung bei Hausgeburten und in Geburtshäusern Gegenstand nur des Vertrages nach § 134a SGB V ist, wäre zu begrüßen,

wenn sie stattdessen gesetzlich als Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses definiert würde.

- ◆ Indem Hebammen und Entbindungspfleger freiberuflich und hier auch als Beleghebammen am Krankenhaus tätig sein können, sind eigentlich ideale Voraussetzungen gegeben, die Sektorgrenzen zu überwinden. Sofern es Vernetzungsprobleme gibt, wäre insbesondere das Beleghebammenwesen zu fördern.
- ◆ Die Inanspruchnahme der Begleitung durch Hebammen und Entbindungspfleger zu fördern, kann u.a. bei Schwangeren mit Migrationshintergrund hilfreich sein.

Zu 4.

- ◆ Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer landesrechtlich geregelten Zusatzqualifikation (Fortbildung). Familienhebammen werden erstmals mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG; BT-Drucksache 17/6256) bundesrechtlich verankert. Die Finanzierung soll für drei Jahre durch das Bundesfamilienministerium erfolgen; die Finanzierung darüber hinaus ist ungewiss. Die amtliche Begründung erkennt an, dass „von der Hebammenhilfe als Leistung der GKV die besonderen Unterstützungsleistungen einer Familienhebamme zu trennen sind, insbesondere soweit es um die psychosoziale Begleitung der Eltern in den ersten Lebensmonaten und -jahren des Kindes im Interesse des Kindeswohls geht; diese gehören daher nicht zu den Leistungen der GKV“. Das gilt auch für die Private Krankenversicherung.