

**Ausschuss für Gesundheit**  
**Wortprotokoll**  
**56. Sitzung**

**Berlin, den 09.11.2011, 14:30 Uhr**  
**Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus**  
**Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin**  
**Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101**

**Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB**

**TAGESORDNUNG:**

**Öffentliche Anhörung 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

**Anwesenheitsliste\***

**Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

**CDU/CSU**

Henke, Rudolf  
Henrich, Michael  
Koschorrek, Rolf, Dr.  
Maag, Karin  
Michalk, Maria  
Monstadt, Dietrich  
Riebsamen, Lothar  
Rüddel, Erwin  
Spahn, Jens  
Stracke, Stephan  
Straubinger, Max  
Vogelsang, Stefanie  
Zöllner, Wolfgang  
Zylajew, Willi

**SPD**

Bas, Bärbel  
Franke, Edgar, Dr.  
Graf, Angelika  
Lauterbach, Karl, Dr.  
Lemme, Steffen-Claudio  
Mattheis, Hilde  
Rawert, Mechthild  
Reimann, Carola, Dr.  
Volkmer, Marlies, Dr.

**FDP**

Ackermann, Jens  
Aschenberg-Dugnus, Christine  
Lanfermann, Heinz  
Lindemann, Lars  
Lotter, Erwin, Dr.  
Molitor, Gabriele

**DIE LINKE.**

Bunge, Martina, Dr.  
Senger-Schäfer, Kathrin  
Vogler, Kathrin  
Weinberg, Harald

**BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Bender, Birgitt  
Klein-Schmeink, Maria  
Scharfenberg, Elisabeth  
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee  
Bilger, Steffen  
Brehmer, Heike  
Gerig, Alois  
Heinrich, Frank  
Ludwig, Daniela  
Luther, Michael, Dr.  
Middelberg, Mathias, Dr.  
Philipp, Beatrix  
Rief, Josef  
Selle, Johannes  
Singhammer, Johannes  
Tauber, Peter, Dr.  
Zimmer, Matthias, Dr.

Ernstberger, Petra  
Ferner, Elke  
Gerdes, Michael  
Gleicke, Iris  
Kramme, Anette  
Meßmer, Ullrich  
Schmidt, Silvia  
Schurer, Ewald  
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild  
Kauch, Michael  
Knopek, Lutz, Dr.  
Kober, Pascal  
Kolb, Heinrich L., Dr.  
Luksic, Oliver

Binder, Karin  
Höger, Inge  
Möhrling, Cornelia  
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin  
Kekeritz, Uwe  
Kuhn, Fritz  
Kurth, Markus

\*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigegefügt.

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

## Sprechregister\*

Die Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	6
Die Vorsitzende	6, 19, 22, 24
Abg. Angelika Graf (Rosenheim) (SPD)	10
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	17, 18, 19
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	19
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	15, 16
Abg. Gabriele Molitor (FDP)	12, 13, 14
Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.)	17
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	8
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	10, 12, 23, 24
Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU)	6, 8, 21, 22
Abg. Stefanie Vogelsang (CDU/CSU)	6, 7, 20, 22, 23
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	7, 8
SV Armin Hirschmüller (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV))	22
SV Dr. Christian Albring (Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF))	8, 13, 14, 15
SV Dr. Klaus König (Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF))	11
SV Dr. Marc-Pierre Möll (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV))	21
SV Dr. Matthias Brockstedt (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ))	21, 24
SV Dr. Wolfram Hartmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ))	20
SV Gerd Kukla (GKV-Spitzenverband)	6, 8, 12
SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV))	14
SV Prof. Dr. Klaus Vetter	6, 7, 20
SV Prof. Dr. Stephan Schmidt (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG))	8, 12
SV Prof. Dr. Stephan Schmidt (Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM))	20
SV Stefan Koerdt (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG))	9, 11, 22, 23
SVe Dr. Mechthild Kuhlmann-Weßeling (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF))	17, 24
SVe Dr. Monika Mund (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	9, 12
SVe Elke Maßing (GKV-Spitzenverband)	7, 9, 11, 13, 15, 17, 21, 22, 23, 24
SVe Heike Blümel (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA))	10
SVe Kirsten Asmushen (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. (QUAG))	15, 18, 19

SVe Monika Selow (Deutscher Hebammenverband (DHV))\_ 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19,  
23, 24

SVe Nina Knappe (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)) 10, 13,  
16, 18

SVe Susanne Schäfer (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. (BfHD)) \_\_\_ 7, 17

---

\*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

**Sitzungsbeginn: 14:30 Uhr**

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie ganz herzlich zur Anhörung. Für die Bundesregierung begrüße ich Herrn Staatssekretär Ilka. Ich begrüße ganz herzlich die Sachverständigen, alle Vertreter der Medien sowie die interessierten Gäste. Gegenstand der heutigen Anhörung ist der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt aus der Reichsversicherungsordnung in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch überführen und zeitgemäß ausgestalten“ auf Drucksache 17/5098. Für diejenigen, die heute zum ersten Mal an einer öffentlichen Anhörung teilnehmen, will ich kurz erläutern, dass die Anhörung 90 Minuten dauern wird. Diese Zeit wird als Fragerecht auf die Fraktionen entsprechend ihrem Stärkeverhältnis verteilt. Beginnen wird die Fraktion der CDU/CSU mit 18 Minuten Fragerecht, dann folgen die Fraktion der SPD mit elf Minuten und die Fraktion der FDP mit 13 Minuten. Die Fraktion DIE LINKE. erhält elf Minuten und die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zehn Minuten Fragezeit. Daran schließt sich eine zweiten Runde an, in der die Fraktion der CDU/CSU 17 Minuten und die Fraktion der SPD zehn Minuten Zeit hat, Fragen an die Sachverständigen zu richten. Die Sachverständigen bitte ich, bei ihren Antworten das Mikrofon zu nutzen und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Sie sollten Ihre Ausführungen möglichst kurz halten, damit in den 90 Minuten viele Fragen gestellt und beantwortet werden können. Zuletzt darf ich Sie noch bitten, Ihre Mobiltelefone auszuschalten oder leise zu stellen. Ich gebe das Fragerecht an die Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen an Prof. Vetter und an den GKV-Spitzenverband. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert in ihrem Antrag die Überführung der Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt aus der Reichsversicherungsordnung (RVO) in das

Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V). Würde sich aus Ihrer Sicht dadurch eine Veränderung des leistungsrechtlichen Anspruchs ergeben? Haben nach Ihrer Kenntnis die betroffenen Frauen Probleme, Informationen über ihre Rechtsansprüche zu erhalten?

**SV Prof. Dr. Klaus Vetter:** Die Überführung ins SGB V ändert nichts an den Anspruchsleistungen der Schwangeren. Auch die Informationsmöglichkeiten werden nicht besser oder schlechter. Die Überführung ist lediglich eine Anpassung des geltenden Rechts und eine Angleichung der Versorgung. Allerdings ist dies eine politische Frage. Als juristischer Laie – ich bin Mediziner – gehe ich davon aus, dass wir ein einheitliches Recht für alle am Gesundheitssystem Beteiligten schaffen wollen, und das ist sinnvoll.

**SV Gerd Kukla** (GKV-Spitzenverband): Der Antrag geht davon aus, dass die Schwangeren nicht ausreichend über ihre Leistungsansprüche informiert sind und führt dies auf den Umstand zurück, dass bestimmte Leistungen derzeit noch in der Reichsversicherungsordnung geregelt sind. Der GKV-Spitzenverband teilt diese Einschätzung nicht. Die Versicherten haben einen Beratungsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse und sind nicht darauf angewiesen, sich selbst zu informieren, in welchem Gesetz welcher Anspruch geregelt ist. Dennoch wäre es aus rechtssystematischen Gründen sinnvoll, die Regelungen aus der RVO ins SGB V zu überführen. In diesem Zusammenhang könnte auch an den Stellen eine Rechtsbereinigung vorgenommen werden, an denen die RVO auf Regelungen verweist, die nicht mehr aktuell sind oder an denen bestimmte Klarstellungen erforderlich sind. Eine Veränderung der Leistungsansprüche der Versicherten ist in diesem Zusammenhang nicht erforderlich.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat in erster Linie das politische

Ziel, die Situation von Schwangeren, ihren zu gebärenden Kindern, aber auch die Situation der Hebammen zu verbessern. Ich frage den GKV-Spitzenverband und den Einzelsachverständigen Prof. Vetter, welches nach ihrer Auffassung der richtige Weg wäre, um eine Verbesserung im Bereich der Hebammen zu erzielen.

SVe **Elke Maßing** (GKV-Spitzenverband): Die Überführung der RVO ins SGB V alleine würde keine Qualitätsverbesserung für die Schwangeren bewirken. Hierzu müssten gesonderte Qualitätsmaßnahmen formuliert werden. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu verschiedene Vorschläge, z. B. die Erweiterung der Mutterschaftsrichtlinien um den Teil der Geburt, der bislang nicht enthalten ist, oder die Festschreibung der Qualitätssicherung in den hebammenhilflichen Leistungen, unterbreitet. Für die Geburtshäuser ist dies vertraglich nach § 134a SGB V geregelt. Bei den Hebammen ist dies leider nicht vorgesehen. Deswegen wäre hier eine gesetzliche Unterstützung erforderlich, um Verbesserungen zu erzielen.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Können Sie diese Ausführung konkretisieren?

SVe **Elke Maßing** (GKV-Spitzenverband): Wenn die Richtlinien angepasst und die Qualität beschrieben wird, ist das relativ konkret. Es werden die Hausgeburten gefördert und die Geburtshäuser sind im Gesetz verankert. Zudem wurden bei der letzten Anpassung des Vertrages die Beratungsleistungen erweitert.

SV **Prof. Dr. Klaus Vetter**: Als Praktiker sehe ich keine Notwendigkeit für weitere Verbesserungen. Viele Dinge sind bereits gesetzlich geregelt. Die Geburtshäuser werden z. B. finanziert. Aus praktischen Erwägungen heraus sehe ich jetzt nichts, was dringend verbessert werden müsste.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Bund freiberuflicher Hebammen und an den Deutschen Hebammenverband. Sie fordern in Ihren Stellungnahmen eine Überführung der Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt aus der RVO ins SGB V. Ich bitten Sie zu schildern, warum eine zeitgemäße Neugestaltung im vorgeschlagenen Sinne nicht auch im Rahmen der RVO möglich ist?

SVe **Susanne Schäfer** (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. (BfHD)): Ich bin Vorsitzende von 1.000 Hebammen, die überwiegend freiberuflich im so genannten Eins-zu-eins-Modell arbeiten. Gemeinsam mit den anderen Hebammenverbänden arbeiten wir bereits seit 2005 an einem Gesetzentwurf und der Überführung der Regelungen aus der RVO ins SGB V. Unseren Vorschlag haben wir mit der Stellungnahme übersandt. Aus unserer Sicht haben die Frauen als Leistungsempfängerinnen unabhängig von Gesundheit und Krankheit auf jeden Fall Anspruch auf Hebammenhilfe. Dieser Anspruch ist aber nicht ausreichend definiert. Wir finden, die RVO ist antiquiert. Es wäre deshalb zeitgemäß, wenn das Leistungsspektrum aus der RVO ins SGB V überführt werden würde.

SVe **Monika Selow** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): In der RVO ist der Bereich Hebammenhilfe nicht konkretisiert. In den Verhandlungen wird immer wieder deutlich, dass die inhaltliche Ausgestaltung der Hebammenhilfe gesetzlich nicht geregelt ist. Bei neuen Gesetzesvorhaben wird auch regelmäßig vergessen, auf die RVO zu verweisen. Wir sehen das z. B. beim Präventionsparagrafen oder aktuell beim Versorgungsstrukturgesetz. Alle Leistungserbringer werden aufgezählt, nur die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft werden regelmäßig vergessen. Frauen recherchieren z. B. ihre Ansprüche auch im Internet. Auf die Idee, RVO als Suchbegriff einzugeben, kommt aber kaum eine Frau. Selbst Anwälte sind oft überfragt und wissen nicht, dass die RVO existiert. Wir halten es einfach für überfällig, dass die

Hebammenleistungen mit entsprechender Ausgestaltung im SGB V verankert werden.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Die Frage war, warum eine zeitgemäße Neugestaltung nicht auch in der RVO möglich ist. Wenn ich die Ausführungen richtig verstanden habe, war die Antwort, dass man vergessen werde und die RVO antiquiert sei.

SVe **Monika Selow** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): In der RVO wird ab und an ein Verweis geändert. Eine Ausgestaltung ist aber nicht zu finden.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an den Berufsverband der Frauenärzte, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie den GKV-Spitzenverband. Können Sie aus Ihrem Alltag die von Ihnen wahrgenommene Informationslage im Hinblick auf den Leistungsanspruch bei Schwangerschaft und Geburt beschreiben und mit Blick auf mögliche oder erforderliche Frühförderungen konkretisieren? Sehen Sie eine konkrete Veränderung des Leistungsanspruchs, sowohl auf der Leistungserbringerseite als auch auf Seiten der Versicherten im Hinblick auf eine Übertragung der Leistungen in das SGB V?

SV **Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF)): Wir sehen ebenfalls die Notwendigkeit, die Leistungen aus der RVO ins SGB V zu übertragen. Allerdings müssten auch Aspekte wie Qualitätssicherung, Bedarfsplanung oder regelmäßige Fortbildung zum Tragen kommen. Das AQUA-Institut hat in einer Analyse festgestellt, dass 99,6 Prozent der Frauen einen Mutterpass besitzen. Das bedeutet per se noch nichts. Allerdings werden die Schwangeren bei der Übergabe des Mutterpasses von den Ärzten oder Hebammen natürlich über ihre Rechte und ihre Pflichten informiert. Insofern meinen wir, dass die Wünsche und die Bedürfnisse der

Schwangeren in diesem Zusammenhang gewahrt werden.

SV **Prof. Dr. Stephan Schmidt** (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)): Zwei Aspekte des Antrags halte ich für besonders wertvoll. Das ist zum einen der psychosoziale Aspekt und zum anderen, dass Randgruppen in das System mit einbezogen werden sollen. Aus unserer Sicht könnten hier die Hebammen tatsächlich eine wichtige Rolle spielen.

SV **Gerd Kukla** (GKV-Spitzenverband): Ich knüpfe an meine erste Antwort an. Wir finden, dass im Zusammenhang mit der Übertragung der Regelungen aus der RVO ins SGB V nicht notwendigerweise die Leistungsansprüche erweitert werden müssen. Allerdings können wir uns Klarstellungen vorstellen. Eine sinnvolle Klarstellung wäre z. B., dass Leistungen der Hebammenhilfe, die sich auf das Kind beziehen, auch auf das Kind übergehen, wenn es z. B. adoptiert wird oder die Mutter verstirbt. Das wird heute bereits so gehandhabt. Deshalb wäre es aus unserer Sicht auch keine Leistungserweiterung im Verhältnis zur geübten Praxis, sondern eine Klarstellung im Gesetz und eine Legitimation für die Praxis der Krankenkassen. Man könnte auch daran denken, dass man, obwohl in den Vereinbarungen zur Vergütung von Hebammenleistungen alle Orte, an denen eine Geburt möglich ist, klar geregelt sind und es eigentlich keinen Regelungsbedarf gibt, im Zusammenhang mit der Überführung die einzelnen Geburtsorte explizit benennt. Auch dies würde Rechtsklarheit herstellen. Die Beispiele stellen auch eine Rechtsfortentwicklung dar.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband, die KBV und an den Deutschen Hebammenverband. Warum und in welchen Fällen erscheint es aus Ihrer Sicht sinnvoll, dass Hebammen die Möglichkeit erhalten sollten, eine stationäre Behandlung durch

Überweisungs- bzw. Einweisungsmöglichkeiten veranlassen zu können?

**SV Stefan Koerdt** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Aus unserer Sicht scheint es sinnvoll zu prüfen, ob Hebammen in der Lage sein sollten, eine stationäre Behandlung der Schwangeren durch Einweisung zu veranlassen, wenn z. B. der Verdacht besteht, dass Komplikationen auftreten könnten und dadurch eine zeitliche Dringlichkeit entsteht. Bei einem entsprechenden Verdacht werden derzeit Patientinnen auch ohne Einweisungsschein als Notfälle im Krankenhaus aufgenommen. Streitigkeiten mit dem GKV-Spitzenverband sind uns in diesem Zusammenhang nicht bekannt. Eine Prüfung in der Form, wie wir sie in unserer Stellungnahme vorgeschlagen haben, wäre sicherlich nicht schädlich. Es geht aber in erster Linie nur um eine Prüfung.

**Sve Elke Maßing** (GKV-Spitzenverband): Uns erscheint es auf jeden Fall sinnvoll, dass eine Hebamme während des Geburtsvorgangs die Verlegung der Versicherten aus dem Geburtshaus ins Krankenhaus per Verordnung veranlassen kann. Dies ist jedoch bereits im Vertrag nach §134a SGB V geregelt. Ansonsten halten wir dies nicht grundsätzlich für notwendig. Wenn beispielsweise am Wochenende eine Ultraschalluntersuchung erforderlich wird, dann ist es gängige Praxis, diese über die Ambulanz des Krankenhauses zu machen. Bei einem Notfall kann selbstverständlich immer der Rettungsdienst eingeschaltet werden. Wenn es politisch gewollt sein sollte, dass Hebammen die Möglichkeit zur Überweisung oder Einweisung erhalten, müsste man analog zu den ärztlichen Regelungen, für die durch die Hebammen veranlassten Leistungen, eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vorsehen.

**Sve Dr. Monika Mund** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir sehen im Moment keinen Grund, die Befugnisse der Hebammen bei Überweisung oder bei Auf-

tragsleistung über die bisherigen Regelungen hinaus zu erweitern. Es besteht kein Anlass zu glauben, die Verlegung aus der Hausgeburts ins Krankenhaus ist nicht geregelt. Eine grundsätzliche Erweiterung auf Auftragsleistungen der Mutterschaftsrichtlinien, z. B. für Laborarbeiten, sehen wir kritisch. Denn nach unserer Auffassung muss derjenige, der diese Untersuchung indiziert, in der Lage sein, eine qualifizierte ärztliche Beratung zu geben, Rückfragen beantworten und Befunde beurteilen können. Will sich beispielsweise eine Frau einem HIV-Screening unterziehen und ist unsicher, ob der Zeitpunkt der Untersuchung geeignet ist, weil sie zwei Wochen vorher einen unsicheren Kontakt hatte, dann muss diese Frage mit der entsprechenden medizinischen Qualifikation beantwortet werden. Wir meinen, dass dies eine ärztliche Leistung ist.

**Sve Monika Selow** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Es gibt die Möglichkeit der Einweisung bei einer Geburtshausgeburts. Es gibt aber auch andere Fälle, bei denen eine Einweisung erforderlich sein kann. Hat beispielsweise eine Schwangere am Wochenende vorzeitige Wehen, dann ist der hinzugezogene Notarzt mit HNO-Qualifikation nicht sehr hilfreich. Die Frage lautet immer, wer den Transportschein unterschreibt. Lange Zeit war dies unkritisch, weil der Schein im Krankenhaus unterschrieben wurde. Jetzt ist das teilweise nicht mehr möglich. Die Krankenhausärzte verweisen häufig darauf, dass sie zur Unterschrift nicht befugt seien. Es bleibt ungeklärt, wer den Transportschein für den Rettungsdienst nachträglich unterschreibt. Das ist eine Änderung in der Praxis, die sich so ergeben hat. Hinsichtlich der Leistungen wie z. B. Laboruntersuchungen verweise ich auf die nachgeburtliche Kontrolle des Bilirubin-Wertes. Da die Neugeborenen heute bereits am dritten Tag entlassen werden, ist häufig noch keine Kontrolle des Bilirubin-Wertes durchgeführt worden. Hier stellt sich dann die Frage, wer die Kontrolle des Bilirubin-Wertes übernimmt. Natürlich kann diese vom Geburtskrankenhaus durchgeführt werden. Doch dies ist mehr

oder weniger eine Good-Will-Entscheidung. Denn letztendlich geht es immer um die Frage der Abrechenbarkeit der Leistung und des regelhaften Weges für diese Kontrolle. Dies ist haftungsrechtlich relevant, weil die Hebammen gerade bei der Bilirubin-Kontrolle und damit verbunden der Gelbsucherkrankung eines Neugeborenen in der Verantwortung stehen. Hier ist es längst überfällig, geregelte Wege zu entwickeln. Die Nachsorge kann nicht darauf basieren, dass man jemanden in der Klinik kennt, der gefälligkeitshalber eine Bilirubin-Kontrolle übernimmt. Wir sind der Meinung, wenn wir haftbar gemacht werden, muss es auch geregelte Wege geben, um bestimmte Untersuchungsergebnisse zu erhalten. Selbstverständlich sind wir dafür qualifiziert, bestimmte Befunde zu bewerten. Wir müssen wissen, ab welchem Bilirubin-Wert ein Kind in eine Kinderklinik muss. Das ist Teil unseres Berufsbilds. Auch bei HIV-Infektionen müssen wir wissen, dass eine Wiederholung des Tests notwendig ist, wenn ungeschützter Verkehr mit einem Fremden zwei Wochen vorher stattgefunden hat. Wir müssen für diese Aussagen qualifiziert sein, weil wir dafür haften.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine erste Frage geht an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). In welcher Form sind bei der im Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN geforderten Überführung der Hebammenleistung aus der RVO in das SGB V Regelungen zur Bedarfsplanung, zur Qualitätssicherung oder zur Fortbildung zu entwickeln? Meine zweite Frage richte ich an die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. Sie und auch andere Verbände haben mehrfach auf die Berufsankennungsrichtlinie verwiesen und gefordert, dass daraus ein Leistungsrecht abgeleitet wird. Welcher Unterschied würde sich durch eine Ableitung des Leistungsrechts zum geltenden Recht ergeben?

SVe **Heike Blümel** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Hinsichtlich der Frage nach den Möglichkeiten, beispielsweise

Regelungen zur Qualitätssicherung oder zur Bedarfsplanung in Richtlinien des G-BA zu verankern, verweisen wir auf den Regelungsinhalt von § 92 SGB V. Es wird bereits im Einführungssatz eindeutig formuliert, dass der Gegenstand der Richtlinien die Sicherung der ärztlichen Versorgung ist. Das heißt, die Regelungskompetenz des G-BA beschränkt sich derzeit darauf, die ärztliche Versorgung in Richtlinien zu regeln bzw. auszugestalten.

SVe **Nina Knappe** (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)): Nach wie vor besteht das Problem, dass die Leistungen, die in der EU-Richtlinie empfohlen werden, nicht im SGB V verankert sind. Es fehlt eine Beschreibung der Leistungen, die die Hebamme ausführen darf. In Folge dessen sind die Hebammen in Deutschland und im Ausland unterschiedlich qualifiziert. Wir haben Probleme, im Ausland beruflich anerkannt zu werden. In Deutschland müssen die Hebammen noch keinen Bachelorabschluss besitzen. Daher ist es vor allem wichtig, dass die EU-Richtlinie als Leistungsbeschreibung in das SGB V übertragen wird, so dass wir die Leistungsinhalte festlegen können.

Abg. **Angelika Graf (Rosenheim)** (SPD): Meine erste Frage richtet sich an den Deutschen Hebammenverband, an den Berufsverband der Frauenärzte und an den GKV-Spitzenverband. Eine Forderung ist es, die wirtschaftlichen Interessen der freiberuflichen Hebammen bei den Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen zu konkretisieren. Hintergrund sind die Honorarforderungen der Hebammen zum Ausgleich der stark gestiegenen Haftpflichtprämien. Halten Sie die Lösung, bei der die gestiegenen Kosten der Hebammen auf die Honorare umgewälzt werden, für angebracht, und wird damit das generelle Problem der gestiegenen Haftpflichtprämien gelöst? Die zweite Frage stelle ich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Immer mehr Kliniken geben die Geburtshilfe auf. Das bedeutet einerseits für die Schwangeren, insbesondere in den ländli-

chen Räumen, dass sie für die Geburtsbetreuung teilweise mehr als 30 Kilometer fahren müssen. Andererseits führt es dazu, dass die Geburtshäuser, die eine nahe Anbindung zu den Krankenhäusern gewährleisten müssen, geschlossen werden. Wie kann künftig der Sicherstellungsauftrag der Krankenhäuser für Geburtshilfe gewährleistet werden?

**Sve Monika Selow** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Die Umlegung der Haftpflichtprämie auf die Honorare kann nur eine Milderung des Problems aber keine Lösung darstellen. Wir haften für 30 Jahre. Wir wissen nie, ob wir ausreichend versichert sind. Vor 20 Jahren war man mit 300.000 DM versichert. Inzwischen sind es 5 Millionen Euro. Die Summe übersteigt bei Weitem das, was im Umlageverfahren bei einer kleinen Berufsgruppe noch tragbar ist. Deshalb denken wir, dass es eine andere Lösung geben muss. Wir hatten zu dieser Problematik bereits einen Runden Tisch vorgeschlagen, um z. B. eine Fondslösung oder andere Lösungswege, die über die reine Umverteilung auf das Honorar hinausgehen, zu diskutieren. Es kann nicht sein, dass bei einer Vergütung von beispielsweise 500 Euro 70 Prozent als Prämie in die Haftpflichtversicherung fließen. Wir haben mit den Krankenkassen immer wieder das Problem, dass wir nicht wissen, auf wie viele Geburten die Prämie umgelegt werden soll. Wir sehen in dieser Vorgehensweise keine endgültige Lösung für die Haftpflichtproblematik.

**SV Dr. Klaus König** (Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF)): Bei Belegärzten, die Geburtshilfe betreiben, liegen die Versicherungsprämien zwischen 25.000 und 48.000 Euro. Der Grund für diese hohen Prämien ist nicht der Anstieg von Schadensfällen, sondern dass die Schadensfälle wesentlich teurer geworden sind. Die Hebammen haben genau das gleiche Problem. Wir hatten kürzlich eine Aussprache bei der Bundesärztekammer, um dieses Problem zu lösen. Natürlich können die Prämien für Ärzte oder Hebammen verein-

heitlicht werden. Dann würden alle die gleiche Prämie zahlen. Der Vorschlag wurde abgelehnt. Eine weitere Alternative ist, dass die Prämie ins Honorar eingepreist wird. Sie können sich ausrechnen, welche Beiträge die gesetzliche Krankenversicherung dann zahlen müsste. Damit ein Belegarzt seine Kosten für die Haftpflichtversicherung gedeckt hat, muss er jährlich 200 Entbindungen durchführen. Das ist für einen Belegarzt eine sehr hohe Zahl. In der Folge haben rund 50 Prozent der Ärzte aufgegeben und sind nicht mehr belegärztlich in der Geburtshilfe tätig. Dieser Trend hält an. Die Lösung muss in einer konzertierten Aktion mit der Bundesregierung, der Ärztekammer, den KVen und den Versicherern angegangen werden.

**Sve Elke Maßing** (GKV-Spitzenverband): Wir sehen dies entsprechend. Das Umlageverfahren kann nicht die Lösung sein. Wir haben einen monopolistisch geprägten Markt, auf dem es nicht nur darum gehen kann, höhere Versicherungsprämien auf die Honorare umzulegen. Hier ist ein anderer Lösungsweg erforderlich.

**SV Stefan Koerdt** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die Sicherstellung der patienten- und bedarfsgerechten Versorgung erfolgt über die Krankenhausplanung der Länder. Deshalb sind in erster Linie die Länder im Rahmen ihrer Krankenhausplanung gefordert. Bisher liegen der DKG noch keine Erkenntnisse vor, dass die Sicherstellung der Versorgung bereits gefährdet ist. Gleichzeitig muss aber auch die Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten gewährleistet sein. Es ist bekannt, dass die Länder in den letzten Jahren die Finanzmittel der Krankenhäuser tendenziell immer weiter gekürzt haben. Es ist zu konstatieren, dass gerade bei kleineren Kliniken, nicht zuletzt auch auf Grund höherer Vorhaltekosten, die kostendeckende Finanzierung der Betriebskosten über den landesweit geltenden Basisfallwert oftmals nicht möglich ist. Es könnte darüber nachgedacht werden, eine unkomplizierte Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

zu ermöglichen, um die bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Dieses Instrument gibt es in § 17b KHG.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Im Jahr 2000 lag die Kaiserschnitttrate in Deutschland bei 20 Prozent. Im Jahr 2010 betrug sie 31 Prozent. Im europäischen Ausland lag sie 2006 bei durchschnittlich 28 Prozent, dabei betrug sie in den Niederlanden 13 Prozent und in Norwegen 16 Prozent. Weshalb stieg die Kaiserschnitttrate in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren so stark an?

SV **Prof. Dr. Stephan Schmidt** (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)): Zur Kaiserschnitttrate müssen zwei Aspekte festgehalten werden. Erstens, es ist tatsächlich ein Wandel in der Bevölkerung festzustellen. Wir sehen Frauen, die älter und in vielen Fällen morbid sind. Vor 25 Jahren betreute ich in Berlin Frauen, die während ihrer Schwangerschaft außer Krankheiten, die mit der Schwangerschaft zusammenhängen, im Wesentlichen keine zusätzlichen Erkrankungen aufwiesen. Diese Frauen waren in der Regel keine Patientinnen, sondern es waren Frauen, die während der Schwangerschaft und bei der Geburt betreut wurden. Heute ist die Konstellation eher so, dass mit fortschreitendem Alter Krankheiten auftreten, die bei einer Schwangerschaft mit zu beachten sind. Dies erklärt zum Teil, warum die Kaiserschnitttrate gestiegen ist. Ein zweiter wichtiger Aspekt ist die auch im Antrag formulierte Medikalisierung. Es ist davon auszugehen, dass durch die Medikalisierung und durch die Suche nach Krankheiten möglicherweise aus einem normalen Vorgang eine Situation geschaffen wird, die dazu führt, dass ein Kaiserschnitt durchgeführt wird. Allerdings sind diese Operationen für die Frauen nicht unproblematisch. So ist beispielsweise in den USA die Rate der mütterlichen Mortalität gestiegen. Der Zustand nach Kaiserschnitten

mit den möglichen Komplikationen spielt hierbei eine große Rolle. Für mich ist dies ein sehr ernstes Thema. Ich gehöre zu jenen Ärzten, die fordern, dass bei der Qualitätskontrolle geprüft wird, ob in jedem Fall die Indikation für einen Kaiserschnitt korrekt getroffen wurde. Denn dies ist nicht immer der Fall. Im Sinne der strukturierten Dialoge müssen die Länder gegen diese Tendenz arbeiten. In den USA wurde dies bereits beschlossen. Deutschland sollte dieser Entwicklung ebenfalls gegensteuern. Denn die Rate ist tatsächlich zu hoch und durch Ärzte mit verursacht.

Sve **Dr. Monika Mund** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die KBV ist für die ambulante medizinische Versorgung zuständig. Deshalb kann ich diese Frage nur schwer beantworten. Es wird aber keine einfache Antwort geben. Das Haftungsrecht wird in diesem Zusammenhang eine große Rolle spielen genauso wie die Defensivmedizin, an der auch Hebammen nicht vorbeikommen werden und die an dieser Stelle ganz besonders ausgeprägt ist. Die Einstellung von Frauen zur „Sectio on Demand“ wird überdacht werden müssen. Es ist ein vielschichtiges Problem, das von Ärzten beeinflusst wird, das man angehen muss und dem sich sicherlich auch die Hebammen stellen müssen. Hier sitzen wir alle in einem Boot.

Abg. **Gabriele Molitor** (FDP): Ich möchte wissen, welche Folgeänderungen veranlasst werden müssen, wenn die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft von der RVO in das SGB V übertragen werden. Diese Frage hätte ich gerne vom GKV-Spitzenverband und vom Berufsverband der Frauenärzte beantwortet.

SV **Gerd Kukla** (GKV-Spitzenverband): Unsere Stellungnahme enthält einen sehr konkreten Vorschlag. Darin wird das ausgeführt, was ich zu Beginn der Anhörung bereits dargestellt habe. Aus rein rechtssystematischen Gründen können wir uns im weitesten Sinne eine Eins-zu-Eins-Über-

führung vorstellen. Darüber hinaus würden wir Ergänzungen, wie die Erweiterung des Auftrages des G-BA, die hebammenhilflichen Leistungen in die Richtlinien für die ärztliche Versorgung zu integrieren, sowie die Qualitätssicherung in den Regelungen der §§ 137 ff SGB V auf die Hebammenleistungen auszuweiten, vorschlagen. In diesen Vorschlägen sehen wir eine sinnvolle, moderate Rechtsfortentwicklung. Wir halten neue Leistungsansprüche für nicht erforderlich.

**SV Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF)): Wenn die Hebammenleistungen ins SGB V überführt werden, müssen auch Bedarfsplanung, Wirtschaftlichkeitsüberprüfung und Qualitätssicherung – letzteres ist ein ganz wichtiger Faktor – auf diese Leistungen bezogen werden. Natürlich müssen sich Hebammen, genau wie die Frauenärzte, kontinuierlich fortbilden. Wir müssen pro Jahr mindestens 50 Stunden, das sind nahezu eineinhalb Wochen, Fortbildung nachweisen, um ein bestimmtes Niveau an Kompetenz und Wissen aufrecht zu erhalten. Gleiches muss dann auch für die Hebammen gelten.

**Abg. Gabriele Molitor** (FDP): Meine Frage zum Thema Qualität richtet sich an den Deutschen Hebammenverband, die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, den GKV-Spitzenverband sowie die PKV. Wie wird die Qualität der Hebammenleistungen vor Ort sichergestellt und welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie hier?

**Sve Monika Selow** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Zum einen ist in vielen Berufsordnungen die Verpflichtung zur Fortbildung fixiert. Die Hebammen kommen dieser Pflicht auch nach. Das muss teilweise beim Gesundheitsamt nachgewiesen werden. Zum anderen haben wir für die außerklinische Geburtshilfe u. a. die Datenerhebung der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG). Hier veröffentlichen wir jährliche

Qualitätsberichte, die sehr gut sind. Auch andere Qualitätsaspekte werden nicht vernachlässigt. So gab es eine Befragung der Frauen zur Qualität bei der Wochenbettbetreuung, bei der wir ebenfalls sehr gute Ergebnisse erzielt haben. Zur weiteren Verbesserung der Qualität wären Forschungsstudien in einigen Bereichen hilfreich. Allerdings wäre es für uns eine wesentliche Qualitätsverbesserung, wenn wir finanziell so ausgestattet würden, dass wir hochwertige Fortbildungsveranstaltungen besuchen könnten und dass es auch möglich wird, eigene Praxisräume zu betreiben. Insgesamt haben sich die Hebammen-Honorare nämlich nicht entsprechend der Struktur der Leistungserbringung entwickelt. Eine Hebamme mit eigenen Praxisräumen ist z. B. finanziell viel schlechter gestellt als eine Hebamme, die nur mobil tätig ist.

**Sve Nina Knape** (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)): Ich schließe mich den Ausführungen von Frau Selow an. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Strukturqualität, die im klinischen Setting für die Hebammen nicht geregelt ist. Diese könnte im SGB V festgeschrieben werden. Hier gibt es nach unserer Auffassung Regelungsbedarf. Es gibt nur die leitende Hebamme in Level-1-Häusern. Es ist ein Problem, dass für die Frauen die Betreuung unter der Geburt nicht geregelt ist. Das heißt, wir haben eine sehr hohe Arbeitsbelastung der Hebammen, da sie teilweise zeitgleich mehrere Frauen betreuen müssen.

**Sve Elke Maßing** (GKV-Spitzenverband): Der Gesetzgeber hat im § 134a Qualitätsregelungen nur für die Geburtshäuser nicht aber für die Hebammenhilfe getroffen. Wir würden dies zwar gerne mit den Hebammen vereinbaren, allerdings sträuben sich die Hebammen dagegen, so dass es zu keiner vertraglichen Regelung kommt. Die Hebammen argumentieren, Frau Selow hat dies gerade ausgeführt, dass die Berufsordnungen der Länder ausreichend seien. Aus unserer Sicht ist das aber nicht der Fall. Wir

haben lediglich in den Berufsordnungen von Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt die verpflichtende Fortbildung geregelt. Alles Weitere zu Strukturprozess- und Ergebnisqualität ist bis dato unregelt. Deshalb wäre es sehr wichtig, eine Regelung analog zum Geburtshaus zu treffen.

**SV Prof. Dr. Jürgen Fritze** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Wie bereits dargelegt, sind diese Punkte für die GKV-Versicherten gemäß § 134a SGB V auf der Basis von Vereinbarungen zu regeln. Das bedeutet implizit, für nicht gesetzlich Versicherte gibt es keine systematische Qualitätssicherung. Zwar gibt es die freiwillige Qualitätssicherung, die Berichte sind wunderbar, aber es existiert keine Vollerfassung, da es den Hebammen überlassen bleibt, ob und in welchem Umfang sie ihre Geburten melden. Wenn die GKV auch künftig die Qualitätssicherung auf dem Wege der Vereinbarung regeln soll, dann wäre es ein Gebot der Logik, dass die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfe ein analoges Vereinbarungsmandat haben müssten. Sollte eine Überführung der Vorgaben aus der RVO ins SGB V realisiert werden, wäre es logisch, die Qualitätssicherung in § 137 SGB V mit allen bereits angesprochenen Folgen zu regeln.

**Abg. Gabriele Molitor** (FDP): In ihrem Antrag fordert die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, dass alle Geburtsorte benannt werden sollen. Was hält der Deutsche Hebammenverband von dieser Forderung und wie ist die Position des Berufsverbandes der Frauenärzte?

**Sve Monika Selow** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Ich halte es für sinnvoll die Geburtsorte zu benennen. Gerne hätten wir aber das Selbstbestimmungsrecht der Frauen verankert. Diese müssen frei entscheiden können und dürfen nicht eingeschränkt werden. Wenn eine Frau zurzeit eine ambulante Geburt möchte, wird teilweise darauf hingewiesen, dass dies auch

im Krankenhaus möglich wäre. Das aber ist ein anderes Setting und nicht mit dem Geburtshaus oder der Hausgeburt zu vergleichen.

**SV Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF)): Der einzige und entscheidende Parameter bei der Geburt ist das kindliche und mütterliche Überleben. Daran müssen sich sämtliche Forderungen der Ärzte und Hebammen messen lassen. Es ist entscheidend, ob z. B. in Berlin jährlich 135 Kinder sterben müssen, wie das im Moment der Fall ist, oder eben nicht. Es gibt Studien, die zeigen, dass die Kindermortalität bei Hausgeburten oder bei Geburten im Geburtshaus höher ist. Das ist z. B. für die Niederlande nachgewiesen worden, obwohl diese als Land mit sehr vielen guten Hausgeburten gelten. Auch die niederländische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe bestätigt diese Aussagen. Man kann davon ausgehen, dass das Kreissaalteam, der Frauenarzt, die Hebamme und die Kinderärztin mit 23 Jahren Berufsausbildung, einfach besser sein muss. Dem gegenüber stehen bei der Hebamme drei Jahre Ausbildung und am Ende eine Examensgeburt. Deshalb raten wir davon ab, Geburtshäuser und Hausgeburten als besonders vorteilhaft darzustellen. Sowohl für die Mütter als auch für die Kinder ist die Geburt in einer Klinik besser. In Norwegen gibt es z. B. weder freiberufliche Hebammen noch Hausgeburten. Sämtliche Frauen entbinden in der Klinik. Die mütterliche Sterblichkeitsrate in Norwegen ist mit 3,5 pro 100.000 Geburten europa- und weltweit die niedrigste. Deutschland liegt kurz dahinter. Alle anderen Staaten haben eine höhere Müttersterblichkeitsrate. Insofern könnte man davon ausgehen, dass es nicht sinnvoll ist, Kinder im Geburtshaus oder zu Hause zu gebären.

**Abg. Gabriele Molitor** (FDP): Kommen wir zur Berufshaftlichtversicherung zurück. Das Bundesgesundheitsministerium hat hierzu ein Gutachten in Auftrag gegeben, das die Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe un-

tersuchen soll. Wie positionieren sich GKV-Spitzenverband und der Deutsche Hebammenverband hierzu?

**SVe Elke Maßing** (GKV-Spitzenverband): Wir kennen die Ergebnisse des Gutachtens noch nicht, da es erst Ende Januar 2012 vorliegen soll. Es ist positiv, dass in einem Gutachten die tatsächliche wirtschaftliche Lage der Hebammen untersucht und bewertet wird. Denn bei den Hebammen tritt das Problem auf, dass sie in der Regel mehr als eine Tätigkeit ausüben. Sie sind in der Regel freiberuflich, aber teilweise darüber hinaus als Beleghebammen in der Klinik angestellt. Deshalb ist es nicht einfach, sich ein Bild über die tatsächliche Einkommenssituation zu machen. Eine Kommentierung des Gutachtens kann aber erst nach Vorlage der Ergebnisse erfolgen.

**SVe Monika Selow** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Wir sprachen jetzt nur über die außerklinische Geburtshilfe. Aber die rund 150.000 Beleggeburten, die durch freiberufliche Hebammen betreut werden, sind ebenfalls wichtig. Sie stellen immerhin ungefähr ein Viertel der Gesamtgeburten dar. Das Gutachten beschäftigt sich in seinem ersten Teil mit der Einkommenssituation der Hebammen. Die Versorgungssituation der Frauen soll in einem zweiten Teil untersucht werden. Aber es ist nicht bekannt, wann dieser Teil beauftragt wird. Deshalb sind wir grundsätzlich froh, dass es das Gutachten gibt, doch damit ist mit Sicherheit noch nicht das Ende der Erkenntnismöglichkeiten erreicht.

**Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich möchte an die Ausführungen von Dr. Albring zur Studienlage anknüpfen und ihn sowie die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe und die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft fragen. Herr Dr. Albring, Sie haben eine Studie zitiert, die belegt, dass in den Niederlanden die Mortalität bei Hausgeburten höher ist als bei klinischen Geburten. Die Studie stammt meines Wissens

aus dem Jahr 2006/2007. Gibt es auch neuere oder andere Studien, die zu anderen Ergebnissen kommen?

**SV Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF)): Es existieren auch andere Studien, z. B. aus Kanada. Bei dieser Studie ist es aber fraglich, ob die Höhe der beschriebenen, verstärkten Mütter- und Kindersterblichkeit richtig ist. In Deutschland liegt die Müttersterblichkeit bei 5,3 pro 100.000 Frauen; in Holland sterben 8,8 von 100.000 Frauen. Bei der Säuglingssterblichkeit wird unterschieden zwischen der Sterblichkeit der Feten zwischen der 22. Woche und postpartal, d. h. Ende der vierten Lebenswoche und der neonatalen Zeit, das ist die Zeit direkt nach der Geburt bis zum Alter von vier Wochen. Deutschland hat in beiden Fällen eine niedrige Sterblichkeit und liegt damit in der Statistik weit vorne. Wir führen das auf die Einführung des Mutterpasses vor 50 Jahren zurück. Damals lag die Sterblichkeit von Säuglingen bei 4,5 Prozent. Heute sind es nur noch 0,4 Prozent. Das heißt, die Sterblichkeit hat sich um den Faktor zehn verbessert. Das ist das Ergebnis der Geburts- und Schwangerenvorsorge, die seit dieser Zeit geregelt ist. In Frankreich und Schottland gibt es seit 2007 den Mutterpass, der dem deutschen Pass entspricht. Trotzdem sind die Länder längst nicht so weit wie Deutschland. Seit 1995 haben wir z. B. drei Ultraschalluntersuchungen pro Schwangerschaft. Man kann davon ausgehen, dass Mutterpass und Untersuchungen dazu beigetragen haben, dass die deutschen Zahlen niedrig sind und dies, obwohl 19 Prozent der Schwangeren in Deutschland einen Migrationshintergrund haben.

**SVe Kirsten Asmushen** (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. (QUAG)): Seit 1999 erheben wir diese Daten. Es ist aber keine vollständige Erhebung, da es sehr schwierig ist, festzustellen, wie viel Kinder tatsächlich außerklinisch geboren werden. Datenbasis für unsere Berechnung ist die Gesamtzahl der Geburten in Deutschland. Die Zahlen, die

vom BQS-Institut (Institut für Qualität und Patientensicherheit) bzw. von AQUA (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) festgestellt wurden, rechnen wir gegen. Das Ergebnis ist die geschätzte Zahl der außerklinischen Geburtshilfe. Allerdings sind in diese Erhebungen jene Kliniken, die nur teilerhoben haben, nicht eingeflossen. Deshalb haben wir keine hundertprozentige Erhebung aller in Deutschland außerklinisch geborenen Kinder und deshalb ist unser Zahlenmaterial schwierig darzustellen. Die zitierte Wax-Studie hat erhebliche qualitative Mängel und konnte auch keine Signifikanz belegen. Es gibt andere Studien, u. a. auch unsere Erhebung, die zeigen, dass die außerklinische Geburtshilfe für Mutter und Kind sicher ist. Die perinatale Mortalität bei außerklinischen Geburten liegt in der Regel bei 50 Prozent im Vergleich zur üblichen perinatalen Mortalität und ist somit nur halb so hoch. Natürlich unterliegt sie auf Grund der relativ kleinen Datenzahl Schwankungen.

**Sve Nina Knappe** (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)): Die genannten Studien, ich denke, es handelt sich um Wax et al. und Evers et al., weisen erhebliche methodische Limitationen auf. Die Autoren benennen diese auch und raten zu größter Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse. Zum einen besteht das Problem, dass Wax et al. kein prospektives Design aufweisen und dass Laien-Hebammen in die Kalkulation eingerechnet wurden. Wax et al. weisen darauf hin, dass bei einer Bereinigung der Studienergebnisse um die Laien-Hebammen, keine erhöhte perinatale Mortalität der Kinder feststellbar sei. Hinzu kommt die Frage der Powerkalkulation bzw. der Stichprobenberechnung. Es gibt Autoren, z. B. Gyte et al. (2008), die sagen, man bräuchte 700.000 Fälle, um überhaupt einen Unterschied in der Mortalität nachweisen zu können. Diese Fallzahl weisen weder Wax et al. noch Evers et al. aus Holland vor. Evers et al. fehlt zudem die Stichprobenbeschreibung und die Risikoadjustierung. Außerdem unterscheiden sie

die Mortalität nach einem gänzlich anderen gesundheitlichen System. Bei ihnen geht es um primary care versus secondary care. Es wird also nicht die Hausgeburtshilfe im Vergleich zur klinischen Geburtshilfe untersucht, sondern betrachtet, wie sich die Mortalität in den Niederlanden systemisch entwickelt hat. Deshalb würde ich bei der Interpretation zu großer Vorsicht raten. Die QUAG-Daten belegen eine Mortalität von 0,22 Prozent über alle Todesfälle. Darin enthalten sind auch die Daten von geplanten häuslichen Todgeburten sowie von Geburten nicht lebensfähiger Kinder – Fälle, bei denen die Eltern entschieden haben, dass die Kinder zu Hause geboren werden sollen. Eine ausführliche Dokumentation erfolgt bis zum siebten Lebenstag sowie für Geburten zwischen der 36. und über die 42. Schwangerschaftswoche hinaus. Betrachtet man die AQUA-Daten über diesen Zeitraum, ergibt sich eine Mortalität von 0,24 Prozent. Das Problem hier ist, dass im Grunde nur diejenigen Geburten statistisch dokumentiert werden, bei denen das Neugeborene im Krankenhaus verstirbt. Kinder, die krank zur Welt gekommen sind und z. B. in die Neonatologie verlegt wurden, sind in dieser Dokumentation nicht erfasst, weil es keine Verlinkung mit den neonatalen Daten gibt. Das bedeutet, dass die Mortalität in der Klinik deutlich über 0,24 Prozent liegen kann. Allerdings ist natürlich das Risikoklientel in der Klinik ein anderes als bei der Hausgeburtshilfe.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine zweite Frage geht an den Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands, an den Deutschen Hebammenverband und an den GKV-Spitzenverband. Im Jahr 2007 wurde die Vergütung der Hebammen als Vereinbarung zwischen Hebammenverbänden und GKV-Spitzenverband im SGB V verankert. Meines Wissens gab es damals Honorarrückstände. Können Sie dies bestätigen, wie hoch waren die Rückstände und wurden diese in den Folgejahren ausgeglichen?

SVe **Susanne Schäfer** (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. (BfHD)): Wir hatten einen Rückstand, den wir auch immer wieder thematisiert haben. Gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband haben wir vor einigen Jahren dazu einen Brief an die Bundesregierung geschrieben. Eine von der Bundesregierung 1997 in Auftrag gegebene Basisstudie bescheinigte uns einen Rückstand von 18,9 Prozent. 2004 erhielten wir eine einmalige Erhöhung von 6,5 Prozent. Somit hatten wir 2007, als der erste Vertrag unterschrieben wurde, einen Rückstand von 12,4 Prozent. Zu diesem Zeitpunkt war die Entwicklung aber bereits zehn Jahre fortgeschritten. In den letzten zehn Jahren wurde unsere Vergütung um insgesamt 10 Prozent erhöht. Zum Vergleich: 2001 erhielten wir für einen Wochenbettbesuch, der ungefähr 60 Minuten dauert, pauschal 23,01 Euro brutto; zehn Jahre später, 2011, erhalten wir 27 Euro brutto.

SVe **Monika Selow** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Die Rückstände wurden nicht ausgeglichen. Das ist seit Langem bekannt. In den amtlichen Begründungen zu den Gebührenerhöhungen wurde der Rückstand immer wieder thematisiert. Eine Erhöhung scheiterte aber teilweise auch am Veto des Bundesrates. Inzwischen haben wir das Problem, dass natürlich 5 Prozent von 10 Euro weniger sind als 5 Prozent von 100 Euro und dass sich die Schere zu einem normalen Verdienst immer weiter öffnet, weil wir in der Regel eigentlich nur die Grundlohnsummensteigerung erhalten.

SVe **Elke Maßing** (GKV-Spitzenverband): Diesen Ausführungen gibt es nicht viel hinzuzufügen, das ist alles richtig. Wegen der Differenzen bzw. der Außenstände von 12,4 Prozent und den dazwischen liegenden Jahren haben wir die Schiedsstelle angerufen. Diese hat entschieden, dass die Beitragssatzstabilität über den wirtschaftlichen Interessen der Hebammen steht. Damit konnte kein kompletter Ausgleich erfolgen. Es ist durchaus möglich, dass sich der Rückstand inzwischen bei gut 10 Prozent bewegt. Das habe ich nicht nachgerechnet.

Auf jeden Fall haben wir von 2007 bis 2010 insgesamt eine Ausgabensteigerung von über 30 Prozent. Es wurden mehr Leistungen erbracht, obwohl weniger Kinder geboren wurden.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den AKF. Warum fordern Sie, eine bezahlte, mindestens vierzehntägige Wochenbettzeit für den Partner oder die Partnerin der Mutter einzuführen?

SVe **Dr. Mechthild Kuhlmann-Weßeling** (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF)): Wir fordern diese Wochenbettzeit, weil wir es als wichtig erachten, dass die Familienphase bereits von Anfang an in dieser Dreierkonstellation startet. Naturgemäß sind Väter nicht nur in der Schwangerschaft nicht in den engen Mutter-Kind-Kontext integriert. Sie geraten auch in der Neugeborenenphase schnell ins Abseits, wenn sie nicht bereits zu Beginn eingebunden werden. Wir finden das extrem wichtig für das Bonding, aber auch für die psychische Entwicklung der Kinder. Für sie ist die Triangularisierung absolut wichtig. Die Integration der Väter in die Familie kann nicht früh genug beginnen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Einer Stellungnahme der QUAG ist zu entnehmen, dass der GKV-Spitzenverband derzeit eine Studie zum Vergleich der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland fördert. Warum wird diese Studie benötigt, und wie bewerten Sie die Stellungnahmen aus der Ärzteschaft, die behaupten, die klinische Geburtshilfe sei für Mutter und Kind sehr viel sicherer als die außerklinische Geburtshilfe?

SVe **Elke Maßing** (GKV-Spitzenverband): Es ist richtig, diese Studie wurde in Auftrag gegeben. Im Zusammenhang mit der Auf-

nahme der Geburtshäuser in § 134 SGB V soll auch bewertet werden, ob die Behauptung, die klinische Geburtshilfe sei sicherer als die außerklinisch, zutreffend ist. Die Ergebnisse werden Anfang Dezember auf dem Deutschen Perinatal-Kongress vorgestellt. Trotz erfolgter Risikoselektion kommt die Studie insgesamt zu dem Ergebnis, dass die Geburtshilfe im Geburtshaus der Geburt in einer Klinik mehr als Stand hält. Einige Ergebnisparameter sind sogar überlegen. So ist z. B. der Damm häufiger intakt als in den Kliniken und Mutter und Kind werden zusammen entlassen. Aber wie bereits erwähnt wird diese Studie erst Anfang Dezember veröffentlicht. Deshalb kann ich an dieser Stelle nur kurz darauf eingehen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Von der QUAG und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft würde ich gerne wissen, ob sich die erwähnte unbefriedigende Studienlage durch diese neue Studie verbessern wird, oder welche Vorstellungen die beiden Institute haben.

Sve **Kirsten Asmushen** (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. (QUAG)): Wir wünschen uns eine Anerkennung dessen, was wir bereits lange Jahre gemacht haben. Ob eine Vollerfassung möglich sein wird, hängt ein Stück weit davon ab, ob es politischer Wille ist, auch den Geburtsort zu erfassen. Dies betrifft nämlich auch die Standesämter. Bei einer Vollerfassung steht unsere Datenlage auf sicheren Füßen. Natürlich wird die genannte Studie begrüßt. In einzelnen Fällen haben wir unser Datenmaterial an Ärzte zur Erstellung von Studien herausgegeben. Die Ergebnisse waren immer vergleichbar, von der Qualität unserer Leistung her.

Sve **Nina Knape** (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)): Die Herausforderung einer solchen Studie besteht immer darin, vergleichbare Gruppen zu finden. Das Idealbild wäre natürlich eine randomisierte Studie, die aber schwer

durchzuführen ist. Denn Frauen werden sich verständlicherweise hinsichtlich des Geburtsortes nicht randomisieren lassen. Außerdem ist es schwierig, gemeinsame Qualitätsindikatoren festzulegen, damit die Unterschiede herausgearbeitet werden können. Ich möchte ein Beispiel nennen. Janssen et al. haben eine große kanadische Studie zur Hausgeburtshilfe durchgeführt. Sie sagen, es ist nicht messbar, ob beispielsweise ein protektiver Effekt durch das Selbstbestimmungsrecht der Frau entsteht, d. h. es ist nicht feststellbar, welche Bedeutung es hat, dass sich eine Frau bewusst für einen bestimmten Geburtsort entscheidet und dass sich dadurch möglicherweise die Sicherheit erhöht. Ich könnte mir vorstellen, dass das *matched pairs design* eine Möglichkeit wäre, genauere Aussagen zu treffen. Es kann aber auch hier problematisch sein, eine passende außerklinische Geburt – Geburtshausgeburt oder Hausgeburt – zur Klinikgeburt zu finden.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage den Deutschen Hebammenverband. Sie unterstützen in Ihrer Stellungnahme sowohl die von uns vorgeschlagene Überführung der Hebammenhilfe ins SGB V als auch unsere Ergänzungsvorschläge. Welche Ergänzungen sind Ihnen warum besonders wichtig, fehlen Ergänzungen, und wenn ja, warum?

Sve **Monika Selow** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Wir begrüßen den Vorschlag und die Ausgestaltung. Uns ist vor allem wichtig, dass nicht nur die medizinischen Leistungen, sondern auch die psychosozialen und edukativen Aspekte der Hebammenbetreuung beschrieben werden. Allerdings vermischen wir die Beteiligung von Frauengesundheitsorganisationen bei den Entscheidungen des G-BA zu den natürlichen Prozessen bei Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft. Diese hätten wir gerne ergänzt. Ansonsten sind wir mit den Vorschlägen sehr zufrieden.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG). Sie kritisieren die Richtlinien und Empfehlungen des G-BA und die diesen zu Grunde liegende Prämisse, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gefährliche Prozesse seien, deren Sicherheit durch Überwachung und frühzeitige medizinische Eingriffe gewährleistet werden könne. Grundlage der G-BA-Empfehlungen waren oftmals nicht die wissenschaftlichen Erkenntnisse, sondern tragische Einzelfälle. Wer müsste aus Ihrer Sicht zusätzlich beteiligt werden und wie sollte eine solche Beteiligung aussehen?

Sve **Kirsten Asmushen** (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. (QUAG)): Ich denke, es ist eine breite Beteiligung sämtlicher Bevölkerungsschichten, vor allen Dingen aber der betroffenen Frauen und deren Vertreterinnen, z. B. AKF, erforderlich, um klarzustellen, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett physiologische Prozesse sind und dass es sich aus psychosozialer Sicht zunächst um eine Familiengründung oder -erweiterung und nicht um ein medizinisches Ereignis handelt.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an den Deutschen Hebammenverband. Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, dass die Mutterschaftsrichtlinie des G-BA um die Hebammentätigkeit ergänzt wird. Die Hebammenverbände sollen, wie bereits jetzt in § 137 SGB V vorgesehen, wie PKV, Ärztekammer und Berufsorganisationen der Pflege, an der Erstellung der Richtlinie beteiligt werden. Ist diese Form der Beteiligung ausreichend?

Sve **Monika Selow** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Das hängt von der Ausgestaltung der Beteiligung ab. Derzeit haben wir das Recht zur Stellungnahme. Diese werden kurzfristig angefordert. Wichtig wäre auch ein Antragsrecht, denn bisher

wird uns der Beratungsgegenstand vorgegeben. Wir würden zudem eine grundsätzliche, evidenzbasierte Überarbeitung der Mutterschaftsrichtlinien begrüßen, da an dieser Stelle lange nichts mehr geschehen ist. Die Mutterschaftsrichtlinien sind im Unterausschuss Methodenbewertung angesiedelt. Das heißt, es geht hauptsächlich um Fragen wie z. B. welche Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden. Nach unserer Auffassung müssen Schwangerschaft und Entbindung sowie die Zeit danach auch unter sektorübergreifenden Gesichtspunkten beschrieben werden, weil Hebammen in der Schwangerenbetreuung gleichberechtigt Vorsorgeleistungen erbringen können. Nur eine Hebamme in den Prozess einzubeziehen, genügt nicht. Vielmehr ist es wichtig, einen breiteren Konsens herzustellen. Eventuell muss ein Auftrag an das IQWiG vergeben werden, um die Mutterschaftsrichtlinie grundsätzlich und evidenzbasiert zu überarbeiten.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an das Netzwerk der Geburtshäuser. Sie wollen bei der Erstellung der Mutterschaftsrichtlinien genau wie die Hebammenverbände beteiligt werden. Warum und welche spezifischen Aspekte würden Sie einbringen?

Die **Vorsitzende**: Eine Vertreterin des Netzwerks der Geburtshäuser ist nicht anwesend.

Sve **Monika Selow** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Das Netzwerk der Geburtshäuser ist heute nicht vertreten. Ich kann nur erläutern, dass die Geburtshäuser als Träger eine umfangreiche Schwangerenvorsorge anbieten und deshalb ihr Interesse bekunden, bei den Mutterschaftsrichtlinien beteiligt zu werden.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Perinatalmedizin. Sie unterstützen die Forderung, dass bei ärzt-

lich eingeleiteten Geburten, Fehlgeburten und Abbrüchen und dem sich daran anschließenden Wochenbett eine Begleitung durch Hebammen erfolgt. Welche Aufgaben und Tätigkeiten unterbleiben heute und welche wären möglich bzw. erforderlich?

**SV Prof. Dr. Stephan Schmidt** (Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)): Das ist zunächst eine Frage des Selbstverständnisses und ob man gegenüber miteinander arbeitet. Betrachtet man den Aufbau der ärztlichen Arbeit und die möglichen Zeitraster in den Krankenhäusern, dann übernehmen die Hebammen in der Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, in der u. a. auch psychosoziale Gefahren auftreten, eine sehr wichtige Rolle. Denn sie betreuen die Frauen zu Hause und haben die Möglichkeit, Risiken – auch menschliche – zu erkennen. Hier bestehen sicherlich im Moment noch Lücken. Im dänischen Perinatalregister zur mütterlichen Mortalität ist der Todesfall auf Grund psychosozialer Probleme ein ganz entscheidender Faktor. Hier sehe ich die Aufgabe der Hebammen.

**Abg. Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Mich interessiert noch einmal die Qualitätsverbesserung für Mutter und Kind. Wenn wir uns vorstellen, dass rund 98 Prozent aller Frauen sich derzeit für eine klinische Geburt entscheiden und wir gleichzeitig von begrenzten Ressourcen sprechen, müssen wir überlegen, wie wir diese Thematik weiterentwickeln wollen. Ich frage den Vertreter für Kinder- und Jugendmedizin und Prof. Vetter. Wie beurteilen Sie die Diskussion, die einzelnen Geburtsorte als eigenständigen Leistungsanspruch in das Gesetz aufzunehmen? Bedeutet dies nicht einen kleinen Rückschritt im Sinne eines größeren Ressourcenverbrauchs?

**SV Dr. Wolfram Hartmann** (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Wir leben in einem Industriestaat und wir können uns, wenn es um die Sicherheit von Kindern geht, nicht mit Entwicklungslän-

dern vergleichen. Deshalb sind wir der Meinung, die Sicherheit des Kindes muss absoluten Vorrang haben. Jeder von uns Kinder- und Jugendärzten hat in seiner Praxis mehrere Fälle, in denen Kinder auf Grund vermeidbarer Geburtsumstände geschädigt worden sind. Dies führt, in erster Linie durch Anträge der gesetzlichen Krankenkassen, zu Regressforderungen an die Geburtshelfer und möglicherweise auch an den Kinder- und Jugendarzt, der bei der Geburt anwesend war, aber nicht sämtliche technischen Möglichkeiten zur Sicherung des Kindes und zur Vermeidung von Sauerstoffmangel zur Verfügung hatte. Diese Fälle sind uns bekannt. Dies ist ein Grund, warum der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte seine Mitglieder warnt, bei außerklinischen Geburten eine falsche Sicherheit zu vermitteln. Der Verband empfiehlt, den Kindern die bestmögliche Sicherheit unter der Geburt zu gewährleisten, damit schwerwiegende Folgeschäden vermieden werden.

**SV Prof. Dr. Klaus Vetter**: Ich persönlich halte nichts davon, die einzelnen Geburtsorte gesondert aufzuführen, da eine Vollständigkeit nie gewährleistet sein wird. Insbesondere im klinischen Bereich wäre es interessant, die G-BA-Kriterien einzufügen. Das müsste dann gegengehalten werden und das ist nicht der Fall. Die andere Frage ist, ob eine außerklinische Geburt so sicher gemacht werden kann, wie man möchte und ob Risiken selektiert werden können. Zur Risikoselektion wird die Prenataldiagnostik benötigt. Es wurde etwas abfällig geurteilt, dass zu viel Prenataldiagnostik durchgeführt werde. Wir machen die Erfahrung, dass Frauen, die in die außerklinische Geburtshilfe gehen wollen, starken Gebrauch von der Prenataldiagnostik machen. Sie fühlen sich dann sicherer. Diese Sicherheit ist aber nicht zu 100 Prozent zu gewährleisten, denn es bleibt immer ein Restrisiko bestehen, das aber ein ganz persönliches Restrisiko ist. Daraus resultiert die gesellschaftliche Frage, ob wir jemandem etwas verbieten müssen, weil es ein Risiko ins sich birgt. Müssen wir dieses finanzieren, oder müssen Regulative ein-

geführt werden? Bisher gab es keine Probleme. Die Gefahren sind nicht so groß, wenn man vernünftig handelt, wie die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) untersucht hat. Allerdings kann QUAG keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, da bestimmte Fälle nicht erfasst werden können. Das eigentliche Problem besteht darin, dass wir Schwierigkeiten haben, mit Studien, egal welchen Designs, zu seltenen Fällen – 700.000 Fälle würden benötigt werden – eine Aussage treffen zu können. Dies ist unmöglich. Deshalb sollte man davon ausgehen, dass der gesunde Menschenverstand bzw. das persönliche Risikomanagement eine Rolle spielt. Ob solche außerklinischen Geburten finanziert werden, ist eine politische Frage und keine Frage, die von Experten beantwortet werden kann. Es ist unmöglich, jeden Zwischenfall vorherzusagen. Wichtig ist das Risikobewusstsein. Das Risiko kann eingeschränkt werden, aber, wie bereits ausgeführt, es bleibt immer ein Restrisiko, das zwar selten, aber erheblich sein kann, und das in den Statistiken nicht erfasst wird. Die einzige, mir bekannte, wirklich prospektiv geleitete Studie, ist die Ackermann-Studie aus Zürich. An dieser war ich vor 25 Jahren beteiligt. Die Studie in einem Großstadtsetting hat gezeigt, dass prospektiv betrachtet, die seltenen Risiken gar nicht auftreten. Ein Krankenhaus in der Nähe ist eine Grundvoraussetzung, um eine gewisse Sicherheit auch bei einer außerklinischen Geburt zu gewährleisten. Ansonsten ist das Risiko höher. Bei Studien in Ländern mit weiteren Entfernungen zu Krankenhäusern, hat man andere Ergebnisse. Es ist keine Ressourcenverschwendung, aber es ist ein persönliches Risiko, das man eingeht und eine persönliche Entscheidung. Der Arzt kann nur Ratschläge geben.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband, die PKV und den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Inwieweit sollten Adoptions- und Pflegeeltern eines Säuglings bzw. der Kindsvater explizit in die Leistungen von Hebammen und Entbin-

dungspflegern einbezogen werden und wie werden derartige Fälle heute behandelt?

Sve **Elke Maßing** (GKV-Spitzenverband): In der RVO sind keine eigenständigen Ansprüche des Säuglings verankert. In der Regel zahlen aber die Kassen, wenn sich das Kind in Adoptivpflege befindet oder die Mutter verstorben ist, obwohl es ein gegenläufiges Sozialgerichtsurteil gibt. Die Ansprüche aus der RVO hat nur die Mutter. Das ist ein Dilemma. Deswegen würden wir es begrüßen, wenn man im Rahmen der Überführung der RVO ins SGB V dem Säugling ein eigenes Anspruchsrecht einräumen würde, falls die Mutter als eigentlich Anspruchsberechtigte nicht mehr da ist und es nur den Vater oder die Adoptiv- bzw. Pflegeeltern gibt.

SV **Dr. Marc-Pierre Möll** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Ich schließe mich den Ausführungen an. Mir sind in der Privaten Krankenversicherung keine diesbezüglichen Probleme bekannt. Das ist natürlich keine Gewähr, dass es nicht doch welche geben könnte. Ich halte es medizinisch für geboten, dass die Väter oder die Adoptiveltern einbezogen werden. Die Väter sollten generell einbezogen werden und nicht erst, wenn die Mutter verstorben ist. Das hat etwas mit Sozialisation zu tun.

SV **Dr. Matthias Brockstedt** (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Es ist gängige Praxis, dass bei Problemen, z. B. akuter Todesfall einer Mutter, alle Hilfsmaßnahmen sofort greifen. Das bezieht sich sowohl auf die Hebamme als auch auf den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, das Jugendamt und weitere Institutionen. Diese Dinge sind geregelt und abgebildet. Es wäre allerdings positiv, wenn man die Regelungen festschreiben würde. Ich kann dem GKV-Spitzenverband und meinen Vorrednern nur zustimmen und darauf hinweisen, dass die Kinderärzte diese Forderung unterstützen. In der Umsetzung kann aber festgestellt werden, dass dann,

wenn Gesundheitsämter funktionieren, im Interesse des Kindes praktiziert wird. Als derjenige, der das Netzwerk Kinderschutz in Berlin seit fünf Jahren mit aufbaut, begrüße ich sehr, dass zumindest an einem Punkt versucht wird, SGB VIII, die Jugendhilfe, und SGB V zusammenzudenken und zusammenzuführen. Dies ist beim geplanten Bundeskinderschutzgesetz vernachlässigt worden. Ich würde es sehr begrüßen, wenn der Gesundheitsausschuss einen Impuls aussendet und dieses Thema wieder zusammengeführt wird. Das wäre ein wichtiger zusätzlicher Meilenstein, um die auseinandergedriftete Diskussion unter dem Aspekt des Kinderschutzes wieder zusammenzuführen.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich frage den Deutschen Hebammenverband und den GKV-Spitzenverband. Sind aus Ihrer Sicht die Datenregelungen nach § 301a SGB V in der aktuellen Fassung ausreichend oder sehen Sie Änderungsbedarf?

SV **Armin Hirschmüller** (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)): Die Datenregelungen sind nicht ausreichend. Es gibt Ergänzungs- und Regelungsbedarf u. a. bei der Gesundheitskarte.

SVe **Elke Maßing** (GKV-Spitzenverband): Wir haben im Rahmen des Versorgungsgesetzes Änderungsbedarf hinsichtlich der Aufnahme von Geburtshäusern in die Verpflichtung zur Datenlieferung angemeldet. Dies ist zwar in § 301a nicht geregelt, wird aber trotzdem gemacht. Die redaktionelle Aufnahme wird benötigt. Ansonsten haben wir keinen Änderungsbedarf.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausesellschaft, die sich auf die Haftpflichtversicherungsprämie der Belegärzte bezieht, und ähnlich gelagert ist wie das Problem der Hebammen. Gibt es alternative Modelle zur Übernahme des Risikos der Beleghebammen und Belegärzte durch die

Krankenhäuser, damit zumindest im ländlichen Raum auch in kleineren Häusern Geburtskliniken bestehen bleiben? Meine zweite Frage richte ich an Herrn Dr. Brockstedt und sie bezieht sich auf die Äußerungen zur Zusammenführung von SGB V und SGB VIII. Sie haben kritisiert, dass im Kinderschutzgesetz der gesundheitliche Bereich des SGB V nicht hinreichend eingeflossen sei. Die Zusammenführung haben Sie äußerst positiv bewertet. Dieser Sicht stimme ich teilweise zu. Besteht aber nicht die Gefahr, dass dadurch der Gesundheitsbereich bzw. die medizinische Kompetenz in den Jugendämtern eine untergeordnete Rolle spielt?

Die **Vorsitzende**: Die zweite Frage bezieht sich nicht auf den Gegenstand der Anhörung, sondern auf das bereits verabschiedete Bundeskinderschutzgesetz.

SV **Stefan Koerdt** (Deutsche Krankenhausesellschaft e. V. (DKG)): Auf die Fragestellung kann ich nicht konkret eingehen. Ich möchte aber auf die Problematik steigender Haftpflichtprämien eingehen. Dies betrifft auch die im Krankenhaus angestellten Hebammen im Rahmen der Betriebshaftpflichtversicherung, die für die Hebammen abgeschlossen wird. Wir haben ebenfalls das Problem, dass die Refinanzierung der gestiegenen Prämien über die Krankenhausfinanzierung nicht sichergestellt ist. Die Kosten werden zwar im Rahmen der DRG-Kalkulation kalkuliert. Dies hat jedoch allenfalls Einfluss auf die Höhe der Bewertungsrelation. Dadurch könnten die Bewertungsrelationen der Geburtshilfe zwar ansteigen, auf der anderen Seite würden alle anderen Bewertungsrelationen abgesenkt. Falls eine Refinanzierung erfolgen soll, müsste die Berücksichtigung bei den Landesbasisfallwerten möglich sein. In den Jahren 2011 und 2012 haben wir die besondere Problematik, dass die Veränderungsrate sogar um 0,25 Prozentpunkte bzw. 0,5 Prozentpunkte gesenkt wird. Eine unserer Kernforderungen ist deshalb, dies aufzuheben und unverzüglich einen Kos-

tenorientierungswert für die Krankenhäuser einzuführen.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Sie haben die aktuelle Situation beschrieben und erläutert, wie es nicht geht. Teilen Sie mit mir die Einschätzung, dass es durchaus im Interesse der Deutschen Krankenhausesellschaft und der Krankenhäuser wäre, hier kreativ zu denken?

SV **Stefan Koerdt** (Deutsche Krankenhausesellschaft e. V. (DKG)): Kreatives Denken kann nie schaden.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich habe eine Frage an den Deutschen Hebammenverband und an den GKV-Spitzenverband, die sich auf die Kosten der Rufbereitschaft bzw. die Komplexvergütung der Beleghebammen bezieht. Einige Krankenkassen übernehmen diese Kosten. Andere Kassen zahlen sie nicht und die Versicherten müssen sie im Zweifelsfalle selbst übernehmen. Wie hoch sind die Kosten im Einzelfall? Halten Sie eine einheitliche Verfahrensweise der Kassen im Rahmen der integrierten Versorgung der Hebammenleistung, von der Geburtsvorbereitung über die Geburt und die Wochenbettversorgung mit Stillzeit, für angebracht und welche Maßnahmen wären hierzu erforderlich, und wie teuer könnte dies werden?

SVe **Monika Selow** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Bei der Rufbereitschaft gibt es zwei unterschiedliche Sachverhalte. Ein Mal gibt es die Rufbereitschaft der Beleghebamme, die einen Vertrag mit dem Klinikträger hat, und im Schichtdienst arbeitet. Zum Zweiten gibt es die persönliche Rufbereitschaft, die mit der Schwangeren vertraglich vereinbart ist. Die Kosten der beiden Modelle sind relativ schwer zu ermitteln. Je weniger Geburten ein Krankenhaus hat, desto höher muss die Rufbereitschaft der Beleghebamme vergütet werden, denn die eigentliche Bezahlung erfolgt über die Leistung. Deshalb muss individuell be-

trachtet werden, was angemessen ist. Die Vergütung hängt von der Inanspruchnahme und vom Aufwand und der Dauer der Rufbereitschaft ab. Die individuelle Rufbereitschaftspauschale kostet 250 und 500 Euro. Aber auch das hängt davon ab, wie viele Frauen die Hebamme insgesamt individuell betreut. Die Rufbereitschaft hat unterschiedliche Intensitäten. Eine Hebamme, die nur die Wochenbettbetreuung übernimmt, wird nachts nicht unbedingt ans Telefon gerufen. Dagegen bekommt eine Hebamme, die Geburtshilfe leistet, auch in der Nacht öfter Anrufe. Hier müsste man prüfen, um welche Leistungen es sich handelt und ob eine Rufbereitschaft erforderlich ist. Dies sind teils planbare, teils nicht planbare Leistungen. Insgesamt wäre zu überlegen, ob man nicht, ähnlich dem ärztlichen Notdienst, auch einen Hebammenrufdienst etabliert, der bei akuten Fällen immer erreichbar ist. Es ist wahrscheinlich nicht erforderlich, dass jede Hebamme rund um die Uhr rufbereit ist.

SVe **Elke Maßing** (GKV-Spitzenverband): Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass die Rufbereitschaft der Hebammen keine GKV-Leistung ist. Der Gesetzgeber hatte in der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) den Halbsatz gestrichen, der bestimmte, dass über die Leistungen nach der HebGV nichts weiter abgerechnet werden darf. Damals wurde bewusst zugelassen, dass die Hebammen für die Rufbereitschaft Gebühren erheben können. Nach unserer Kenntnis liegen die Rufbereitschaftspreise zwischen 160 und 250 Euro. Geht man von 150 Beleggeburten und 8.000 außerklinischen Geburten und einem Preis von 200 Euro aus, wird die Rufbereitschaft zusätzliche Kosten in Höhe von 32 Mio. Euro verursachen. Die derzeitigen Ausgaben für den gesamten Bereich der außerklinischen Geburten liegen bei ungefähr 430 Mio. Euro. Das wäre eine Steigerung um 10 Prozent. Soll die Rufbereitschaft für sämtliche Geburten übernommen werden, dann bewegt man sich bei rund 137 Mio. Euro zusätzlicher Kosten. Der GKV-Spitzenverband sieht aber nach wie vor nicht, dass die

Rufbereitschaft per se eine Leistung sein soll.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine Fragen richte ich an den Deutschen Hebammenverband, den AKF, den GKV-Spitzenverband und an den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Zum Tätigkeitsfeld der Hebammen gehören nicht nur direkte geburtshilfliche Leistungen, es können möglicherweise auch psychosoziale oder edukative Aufgaben hinzukommen – Stichwort Familienhebamme. Wie sehen Sie die Forderung, den Leistungskatalog der Hebammen dahingehend zu erweitern?

Sve **Monika Selow** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Für uns wäre dies zunächst keine Erweiterung. Denn grundsätzlich leistet die Hebamme neben der medizinischen auch psychosoziale Betreuung. Allerdings ist diese psychosoziale Betreuung nicht in der Leistungsbeschreibung enthalten. So lange diese Betreuung quasi in der Gebührenordnung mitgedacht wird, ist das kein Problem. Schwierig wird es, wenn eine Leistungsbeschreibung erfolgen soll. Wir sehen psychosoziale Betreuung nicht als Leistungserweiterung, sondern als essentiellen Bestandteil der Hebammenbetreuung.

Sve **Dr. Mechthild Kuhlmann-Weßeling** (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF)): Wir halten es für unabdingbar, dass die Familienhebammen im Sinne der frühen Hilfen deutlich verstärkt und unterstützt werden. Wir haben bei den so genannten bildungsfernen Frauen die meisten Komplikationen in der Schwangerschaft bzw. in der Perinatalphase. Nach unserer Auffassung ist der verstärkte Einsatz von Familienhebammen absolut wünschenswert.

Sve **Elke Maßing** (GKV-Spitzenverband): Wir stimmen grundsätzlich zu. Allerdings müssten diese Leistungen über das SGB VIII finanziert werden. Das Kinderschutzgesetz

ist hier auf dem richtigen Weg und die Bundesregierung hat sich dahingehend geäußert, dass sie keine Kostenverlagerung zur GKV bzw. ins SGB V will.

SV **Dr. Matthias Brockstedt** (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Wir betreiben in Berlin-Mitte ein dreijähriges Modellprojekt „Familienhebammen“ in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, dem Jugendamt und der Stiftung „Eine Chance für Kinder“ unter Schirmherrschaft von Frau Wulff. Die Leistungserweiterung funktioniert, wenn sie in integrierter Form gemacht wird und die Familienhebamme ständig mit der koordinierenden Fachsozialpädagogin vom Gesundheits- und Jugendamt Rücksprache hält. Es ist eine enge Zusammenarbeit erforderlich. Ich möchte aber davor warnen, zu glauben, dass hierdurch Kosten gespart werden könnten. Die Ausgaben der Stiftung für das Modellprojekt summieren sich für einen 30 Wochenstunden-Einsatz der Familienhebamme bei einem Stundensatz von 42 Euro auf den gleichen Betrag, der für 80 Stunden Arbeit von Sozialpädagogen aufgewendet werden müsste. Deshalb möchte ich davor warnen, Dinge, die bisher gut geregelt waren, unter den Begriff Familienhebamme zu subsumieren. Im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird z. B. gesagt, dass es hilfreich wäre, wenn die Hebammen Elternschulungen durchführten. Hier glaube ich, würde man sich übernehmen. Auf diesem Gebiet arbeiten Psychologen, Pädagogen und Erzieher und es gibt sehr erfolgreiche, wissenschaftlich evaluierte Elternschulungsprogramme, z. B. „Triple Pay“ aus Großbritannien oder „Steps“, die bundesweit von Pädagogen und Erziehern angeboten werden. Wichtig ist eine sinnvolle Verknüpfung der Kompetenzen. Es gibt keinen Königsweg, sondern nur die Zusammenarbeit.

Die **Vorsitzende**: Ich darf mich für die Fragen und noch mehr für die Antworten bedanken.

**Sitzungsende: 16:06 Uhr**