

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0089(2)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_Hebammen
19.03.2015



Stellungnahme des Deutschen Hebammenverband e. V.

zum Gesetzentwurf

**eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in
der
gesetzlichen Krankenversicherung**

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG

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

Inhalt

Deutscher Hebammenverband e.V.	3
Die Situation freiberuflicher Hebammen.....	3
Das komplexe Haftpflichtproblem und die interministerielle Arbeitsgruppe.....	4
Der Gesetzentwurf im Detail.....	5
1. Regressbeschränkung.....	5
2. Innovationsfonds	6
Fazit.....	6
Anlage: Standpunkt des Deutschen Hebammenverband e. V. zur Haftpflichtsituation im Bereich der freiberuflichen Hebammentätigkeit	9

Deutscher Hebammenverband e.V.

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 18.500 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, Hebammenwissenschaftlerinnen, Familienhebammen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschülerinnen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.

Die Situation freiberuflicher Hebammen

Fast ¼ der Geburten in Deutschland finden unter der fachlichen Leitung von freiberuflichen Hebammen statt. Daneben benötigen alle Frauen die Hilfe von freiberuflichen Hebammen in der Zeit des Wochenbettes und der Säuglingszeit.

Freiberufliche Hebammen betreuen mithin werdende und junge Frauen/Eltern während des gesamten Zeitraumes von der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett bis zum Ende der Säuglings- bzw. Stillzeit.

Dabei arbeiten sie eigenverantwortlich und, wenn möglich, insbesondere im Wochenbett in aufsuchender Weise im häuslichen Umfeld der Frauen/Familien. Nichtsdestotrotz existiert die Leistungserbringung freiberuflicher Hebammenhilfe in vielen unterschiedlichen Organisationsformen, wie in Team- und Praxisstrukturen (bspw. Geburtshäuser/HgE), aber auch im klinischen Umfeld im Rahmen von Beleghebammentätigkeiten.

Über die Anzahl der in Deutschland freiberuflich tätigen Hebammen besteht dennoch keine genaue Datenlage. Die geschätzten Angaben schwanken je nach Datenbasis, die den Hochrechnungen zu Grunde gelegt werden. Sicher feststellbar ist jedoch, dass die Anzahl der Hebammen, die freiberuflich Geburtshilfe anbieten, in den vergangenen Jahren rückläufig ist (vgl. IGES-Gutachten 2012¹).

Die Berufsaufgaben der Hebammen haben verschiedene strukturelle Ursachen. Insbesondere die in den vergangenen Jahren dramatisch steigenden Haftpflichtkosten haben dazu beigetragen, dass sich die Berufsausübung aufgrund der ohnehin geringen Vergütungshöhe als unwirtschaftlich darstellt.

¹ Quelle: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/120504_IGES-Gutachten_Versorgungs-und_Verguetungssituation_in_der_ausserklinischen_Hebammenhilfe.pdf

Betroffen hiervon sind alle freiberuflichen Hebammen, unabhängig davon, ob sie Leistungen im Bereich der tatsächlichen Geburt erbringen, oder ausschließlich im Bereich der Schwangeren- und Wöchnerinnenbetreuung tätig sind. Betroffen von der Kostensteigerung sind jedoch auch angestellte Hebammen, die sich oftmals zusätzlich zum unzureichenden Versicherungsschutz des Arbeitgebers eine Exzedentendeckung leisten müssen.

Neben dieser dramatischen Entwicklung der Hebammenversorgung in Deutschland ist in den vergangenen Jahren der Versicherungsmarkt im Bereich der beruflichen Haftpflichtversicherung für Hebammen auf nur wenige Anbieter geschrumpft und schließlich, durch die Absage der Nürnberger Versicherung sich an den beiden verbliebenen Versicherungskonsortien zu beteiligen, bedrohlich klein geworden. Die lange Haftungszeit und die steigenden Regulierungskosten haben die Kalkulation und damit die Übernahme des Versicherungsrisikos für die Versicherungsunternehmen unattraktiv gemacht.

Die Hebammenhilfe für Frauen und Neugeborene ist in Deutschland aufgrund dieser beiden schwerwiegenden Probleme existenziell bedroht: Hebammen können die hohen Haftpflichttarife aus ihren Einnahmen nicht refinanzieren und Haftpflichtversicherer sind nicht länger bereit das Risiko zu übernehmen.

Das komplexe Haftpflichtproblem und die interministerielle Arbeitsgruppe

Aufgrund der Komplexität des Problems und der daraus resultierenden Notwendigkeit der Beteiligung mehrerer Ministerien wurde 2012 von Bundeskanzlerin Merkel die Bearbeitung von Lösungsvorschlägen im interministeriellem Austausch angeregt und nachfolgend vom Bundeskanzleramt die interministeriell besetzte Arbeitsgruppe (IMAG) initiiert.

Diese sollte sich des Themas annehmen und effektive Lösungsvorschläge entwickeln. Auch der Deutsche Hebammenverband hat sich intensiv an der IMAG beteiligt und diverse gesetzliche Regelungsmöglichkeiten juristisch vorgeprüft und zur Diskussion gestellt.² Der nun in Form des Gesetzesentwurfs vorliegende Vorschlag zur Regressbegrenzung der Sozialversicherungsträger war einer der Prüfungsaspekte dieser Gruppe.

Erklärtes politisches Ziel mit der Einberufung der Arbeitsgruppe war es, dass langfristige wirksame Maßnahmen entwickelt werden, die einerseits den Versicherungsmarkt insofern stabilisieren können, dass Hebammen dem gesetzlichen Auftrag folgend, eine „angemessene Berufshaftpflichtversicherung“ abschließen können und andererseits zu einer wirtschaftlichen Konsolidierung dieser Berufsgruppe - insbesondere im Bereich der inflationär steigenden Versicherungskosten – führen. Hebammenhilfe soll auch in Zukunft flächendeckend mit allen Leistungsaspekten zur Verfügung gestellt werden können.

Gleichzeitig aber muss gewährleistet sein, dass bei einem Schadensereignis die betroffenen Frauen und Kinder die nötige finanzielle und sachliche Unterstützung erhalten, die sie in Folge

² Siehe: Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes e. V. zur Haftpflichtsituation im Bereich der freiberuflichen Hebammentätigkeit - anlässlich der Gespräche der interministeriellen Arbeitsgruppe am 04. Juni 2013 in Berlin, <http://www.hebammenverband.de/aktuell/standpunkte/verband-und-berufspolitik/>

eines Schadensereignisses benötigen. Diesen Aspekt gilt es im Bereich der Haftpflichtdeckung zu berücksichtigen; jedoch ist es aus unserer Sicht auch dann unerlässlich, wenn Hebammen mit ihrem Privatvermögen den Schadensausgleich vornehmen sollen (bspw. Regulierungskosten übersteigen die Deckungssumme).

Das Fazit, dass Bundesgesundheitsminister Gröhe aus dem Abschlussbericht der IMAG gezogen hat, dass Hebammen eine kurzfristig wirksame gesetzliche Unterstützung benötigen, damit sie die Kostensteigerung in diesem Jahr von 4200 auf 5100 Euro ausgleichen können und damit Zeit für eine langfristig wirksame Lösung gewonnen wird, hat den Deutschen Hebammenverband erfreut; zeigt dies doch deutlich, dass auf politischer Ebene erkannt wurde, dass nicht nur die finanzielle Not der Hebammen, sondern auch die besondere Komplexität des Problems die dringend notwendige Anerkennung und Fürsorge erhalten soll, deren es bedarf, um eine strukturelle Sicherung des Berufsstandes zu ermöglichen.

Der Gesetzentwurf im Detail

1. Regressbeschränkung

Der DHV e.V. begrüßt die Entscheidung des Gesetzgebers, im Hinblick auf die akute Gefährdung des Versicherungsmarktes der Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen die Regressmöglichkeiten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen zu begrenzen. Wir hoffen, dass ein Regressprivileg nicht nur die Hebammen im Hinblick auf eine private Späthaftung entlasten kann, sondern auch positive Auswirkungen auf die Versicherbarkeit der Geburtshilfe haben wird.

Der DHV e.V. nimmt positiv zur Kenntnis, dass im jetzigen Gesetzesentwurf auch die Wirkung des Regressprivilegs im Rahmen einer festgestellten Gesamtschuld bedacht und normiert wurden. Gleichwohl wird erneut darauf hingewiesen, dass bei der derzeitigen Ausgestaltung der Norm eine Senkung der Kosten im Versicherungsfall wohl nicht erreicht werden kann.

Problematisch ist insofern, dass die genaue Einordnung des Verschuldens bis dato bei gerichtlichen Auseinandersetzungen keine Rolle spielte und daher auch nicht vorgenommen wurde. Der Fahrlässigkeitsgrad war bislang deshalb kein Streitpunkt zwischen den Parteien, da er zum einen für die Frage der Haftung sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach irrelevant war; zum anderen auch Schäden aufgrund von grober Fahrlässigkeit von der Haftpflichtversicherung mit gedeckt sind. Eine diesbezügliche Entscheidung erübrigte sich daher.

Durch die Bindung des Regressverzichts an eben diesen Fahrlässigkeitsgrad ist aber davon auszugehen, dass sich die Parteien in Zukunft vermehrt um das Vorliegen desselben streiten werden und diesbezüglich öfter prozessieren werden als bisher. Da es insofern an einer fallbezogenen Kasuistik fehlt, ist sogar sicher anzunehmen, dass zukünftig auch solche Fälle allein im Hinblick auf den anzunehmenden Fahrlässigkeitsgrad einem gerichtlichen Verfahren zugeführt werden, die andernfalls außergerichtlich hätten beigelegt werden können.

Damit werden die durch die Gerichtsverfahren entstandenen Kosten der Regresse in den nächsten Jahren enorm ansteigen, so dass mehr als fraglich ist, ob die geplante Gesetzesänderung tatsächlich zu einer Senkung des Aufwandes in Geburtsschadenfällen führen wird und damit zu einer Stabilisierung des Haftpflichtversicherungsmarktes.

Der DHV e.V. schließt sich daher den Befürchtungen der Versicherungswirtschaft an, dass die Kosten für diese kommenden Prozesse die Einsparungen durch die neue Regelung mehr als aufwiegen werden. Das Erreichen einer Kostensenkung bei Beibehaltung der Beschränkung des Regressprivilegs auf Fälle grober Fahrlässigkeit ist daher nicht zu erwarten.

2. Innovationsfonds

Der DHV e. V. begrüßt die Einrichtung des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss, auch wenn Hebammen mit innovativen Versorgungsprojekten darauf keinen Zugriff haben. Es ist aus unserer Sicht jedoch dringend notwendig, dass entsprechende Finanzmittel auch der Hebammenhilfe im Bereich der Versorgung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit zur Verfügung gestellt werden.

Folgerichtig kann dies nicht über Finanzmittel erfolgen, die über den G-BA zur Verteilung gebracht werden. Die Ansiedelung des Innovationsfonds beim G-BA hat zur Folge, dass diese finanzielle Fördermöglichkeit der Hebammenhilfe nicht zur Verfügung stehen wird. Indem aber die Hebammenhilfe auch bei diesem zukunftsweisenden Projekt im Gesetzgebungsverfahren nicht mitgedacht wird, entgeht die Möglichkeit, die gesundheitliche Versorgung und Entwicklung im Bereich der Hebammenhilfe zu verbessern. Dies ist schlussendlich – insbesondere im Hinblick auf die Niederschwelligkeit des Angebotes im Versorgungssegment Geburtshilfe – ein Verlust für Frauen und deren Familien.

Fazit

Der Deutsche Hebammenverband begrüßt ausdrücklich die Intention des Gesetzgebers eine langfristige Lösung des Problems der beruflichen Haftpflichtversicherung der Hebammen zu suchen. Indes befürchtet der DHV, dass die Beschränkung des Regresses der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen das Problem nicht nachhaltig lösen kann.

Der DHV ist, bezüglich der Wirksamkeitsberechnungen auf die Datenlage der Versicherungswirtschaft angewiesen, da wir keine eigene vollständige Zahlenlage zur Verfügung haben. Die Kritik der Versicherungswirtschaft an der finanziellen Wirksamkeit muss der Deutsche Hebammenverband insofern sehr ernst nehmen.

Eine direkte Entlastung der Hebammen im beruflichen Kontext kann der Regressverzicht in der gesetzlich geplanten Fassung sicherlich nicht bringen, da dieser im optimalen Falle lediglich eine Kostenentlastung, jedoch keine Veränderung der Ursache der Kostensteigerung bringen kann.

Es bleibt zu befürchten, dass das Grundproblem der rasant steigenden Regulierungskosten durch die neue Regelung noch immer nicht nachhaltig gelöst werden wird, denn es ist nur **ein** kostentreibender Aspekt in diesem komplexen Problemfeld berücksichtigt und reguliert. Infolgedessen ist davon auszugehen, dass das mit dem Gesetzentwurf gesetzte Ziel der Markterweiterung im Bereich der geburtshilflichen Haftpflichtversicherung nur kurzfristig vorhalten wird und weder die steigenden Kosten der Hebammen gesenkt werden können, noch die betroffenen Frauen und Eltern langfristig vollumfänglich die notwendigen Kosten erstattet bekommen.

Eine langfristige Lösung kann nach Einschätzung des DHV und gründlicher Prüfung aller möglichen Mittel nur durch eine Definition der Haftungsobergrenze, möglichst in Verbindung mit einer alternativen Haftpflichtstruktur, erreicht werden. So wäre der Regressverzicht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung bereits ein probates und wirksames Mittel um eine Kostenentlastung einer möglichen Fondlösung (s. Anlage DHV-Standpunkt zur Haftpflichtsituation) zu erreichen.

Da die Auswirkungen des Regressverzichtes, trotz sorgfältiger Überprüfung, nicht sicher vorhersagbar sind, ist es aus Sicht des DHV noch immer unerlässlich nachhaltigere Alternativen zeitnah zu prüfen und zu entwickeln, um dann ggf. mögliche weitere gesetzliche Regelinmaßnahmen zeitnah umsetzen zu können.

Dies auch insbesondere deshalb, da ein elementarer Aspekt des Versorgungsproblems im vorliegenden Gesetzentwurf nicht berücksichtigt wird, der jedoch in jeglicher gesetzlicher Maßnahme berücksichtigt und einer Lösung zugeführt werden muss: Für Hebammen muss eine berufliche Planungssicherheit geschaffen werden. Diese ist unabdingbar für eine seriöse betriebswirtschaftliche Planung einer bestehenden Freiberuflichkeit. Diese ist aber auch Grundvoraussetzung bei der Wahl der beruflichen Qualifikation.

Die Bevölkerung benötigt diese langfristige Sicherheit ebenso. Denn junge Frauen und Männer müssen wissen, dass sie auch in den kommenden Jahren noch die Hilfe einer Hebamme in Anspruch nehmen können. Sie müssen wissen, dass sie nicht ohne fachliche Hilfe der Hebamme auskommen müssen, wenn sie sich für die Gründung einer Familie entscheiden.

Es kann auf lange Sicht nicht genügen, wenn „kleine“ Maßnahmen eine kurzfristige Entlastung bringen. Denn diese regeln nicht zwingend das gesamte Versorgungsspektrum und das Gesamtgefüge der hebammenhilflichen Versorgung.

Hebammen benötigen die Sicherheit, dass langfristig wirksame Maßnahmen und deshalb eine grundsätzliche Regelung für dieses komplexe Problem gefunden wird. Ist eine solche nicht gegeben, so werden schließlich keine finanziellen Hilfsmaßnahmen und keine Vergütungssteigerung Frauen davon überzeugen können, den Beruf der Hebamme zu ergreifen. In der Folge wird sich die flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe – unabhängig von der Angemessenheit der Vergütungshöhe und auch unabhängig von der Anzahl der Haftpflichtversicherer, die sich auf dem Markt befinden, nicht erreichen lassen, wenn die Wahl des Hebammenberufes nur Lebenssicherheit von Jahr zu Jahr gibt. Der dramatische Rückgang der Be-

werberinnen an den Hebammenausbildungsstädten ist ein deutliches Indiz für den bereits bestehenden Trend.

Dieser muss durchbrochen werden und er kann nur rückgängig gemacht werden, wenn Hebammen wissen, dass der Gesetzgeber die nun geplanten Maßnahmen auf ihre langfristige Wirksamkeit hin überprüft und wenn diese mit der Zusicherung einhergehen, dass – wenn sich die Befürchtungen des DHV bestätigen und die Wirksamkeit nicht den Erwartungen entspricht – zügig und verlässlich eine gesetzliche Nachbesserung kommen wird. Denn: Hebammenhilfe ist ein Anspruch und ein Grundbedürfnis aller werdender Mütter, Eltern und Neugeborener. Es muss gesellschaftliche und politische Selbstverständlichkeit sein, dass diese wohnortnah und flächendeckend in allen benötigten Organisationsstrukturen zur Verfügung steht.

Karlsruhe, im März 2015



Martina Klenk
Präsidentin



Katharina Jeschke
Beirätin für den freiberuflichen Bereich

unter Mitwirkung von RAin Dr. Ann-Kathrin Hirschmüller, hirschmüller::rechtsanwälte

Anlage

Standpunkt DHV zur Haftpflichtsituation im Bereich der freiberuflichen Hebammentätigkeit

Anlage

**Standpunkt
des Deutschen Hebammenverband e. V.**

zur Haftpflichtsituation im Bereich der freiberuflichen Hebammentätigkeit

Inhalt

Einleitung	11
1. Die verschiedenen Formen der beruflichen Haftpflichtversicherung im Bereich der Hebammenhilfe	11
2. Probleme auf dem Haftpflichtversicherungsmarkt	12
3. Die Nicht-Versicherbarkeit der Geburtshilfe	12
4. GeburtshelferInnenbezogene Lösung	13
5. Fondsmodelle	14
5.1. Haftungsfonds.....	14
5.2. Haftungsergänzende Fondslösung und Einführung von Haftungsgrenzen	15
5.3. Fondsausgestaltung	16
5.4. Fondsfinanzierung	17
5.5. Fazit.....	19
6. Öffentlich-rechtliche Absicherung des Haftungsrisikos analog der Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).....	19
6.1. Aufgaben der DGUV.....	19
6.2. Finanzierung der DGUV	20
6.3. Eingliederung der Berufshaftpflichtversicherung.....	20
6.4. Beschränkung auf Hebammen	25
6.5. Bewertung	25
7. Zusammenfassung	26
8. Literatur	27

Einleitung

Die Haftpflichtproblematik des Berufsstandes der Hebammen hat noch immer nicht an Bedeutung verloren. Die bestehenden Schwierigkeiten, denen die GeburtshelferInnen auf dem Haftungsmarkt gegenüberstehen, wurden trotz erster politischer Bemühungen keiner Lösung zugeführt. Hebammen, die Geburtshilfe leisten, sind noch immer in ihrer Existenz bedroht. Der DHV hat in den vergangenen Monaten weiterhin unterschiedliche Lösungsmodelle geprüft und sieht die bestehende Situation als Anlass, die Vorschläge für eine Haftpflichtlösung erneut und überarbeitet vorzustellen. In diesem Standpunkt Papier werden zwei Lösungsansätze näher erläutert, die geeignet sind, den strukturellen Problemen der Haftpflichtsituation entgegenzutreten: Dies sind zum einen das Fondsmodell, das in zwei verschiedenen Varianten dargestellt wird, und zum anderen die öffentlich-rechtliche Absicherung des Haftungsrisikos analog der Gesetzlichen Unfallversicherung.

1. Die verschiedenen Formen der beruflichen Haftpflichtversicherung im Bereich der Hebammenhilfe

Freiberufliche Hebammen, wie auch Familienhebammen, sind nach den Berufsordnungen der Länder verpflichtet, eine angemessene berufliche Haftpflichtversicherung abzuschließen. Aufgrund der Erfahrungen vergangener Jahre mit den zunehmenden Schwierigkeiten auch im klinischen Bereich eine angemessene Haftpflichtversicherung zu finden, empfiehlt der DHV auch angestellten Hebammen den Abschluss einer zusätzlichen Haftpflichtversicherung in Form eines Exedentenschutzes an. Ein weiteres Feld ist der Bereich der Organisationshaftpflichtversicherung für Geburtshäuser (HgE), diese benötigen – laut Ergänzungsvertrag mit dem GKV-SV – eine entsprechende Police zusätzlich zu der geburtshilflichen Haftpflichtversicherung der einzelnen, dort arbeitenden angestellten, oder freiberuflich tätigen Hebammen.

Der Preis dieser Policen im Jahr 2014 stellt sich wie folgt dar:

Versicherungsform						
Form 1	Form 1 V	Form 2	Form 3 a	Form 3 b	Form 3 c	Form 6
freiberuflich mit Geburtshilfe	freiberuflich mit Geburtshilfe, Vorschäden	freiberuflich ohne Geburtshilfe	angestellt o. Nebentätigkeit	angestellt mit Nebentätigkeit ohne Geburtshilfe	angestellt ohne Geburtshilfe	Organisationshaftpflicht, Hebammengeleitete Einrichtungen
5.090,82 €	6.363,17 €	435,48 €	452,64 €	601,08 €	435,48 €	1163,28 €

Im Juli 2015 ist bereits eine weitere Kostensteigerung um mindestens 20% von Seiten des Konsortiums gefordert.

2. Probleme auf dem Haftpflichtversicherungsmarkt³

Der Haftpflichtproblematik der GeburtshelferInnen liegen drei Probleme zugrunde. Als erstes sind die in den letzten zehn Jahren immens steigenden Haftpflichtprämien zu nennen. Diese haben mittlerweile solche Summen erreicht, dass sie von einer Vielzahl der Hebammen nicht mehr erwirtschaftet werden können. Dennoch sind weitere Prämiensteigerungen zu erwarten und wurden von einigen Versicherungen bereits angekündigt. Der DHV erwartet für das Jahr 2015 eine weitere Kostensteigerung um mindestens 20%, sodass die geburtshilfliche Haftpflichtversicherung demnächst mit weit über 6000 Euro/Jahr zu Buche schlagen wird.

Die zweite Schwierigkeit, der sich die GeburtshelferInnen gegenübersehen, ist die Haftung mit dem Privatvermögen, sobald die Haftungshöchstsumme des Versicherers erreicht wurde. Dies stellt deshalb ein schwerwiegendes Problem dar, da im Bereich der Geburtshilfe die Kalkulation für eine angemessene Haftungshöchstsumme und damit für einen ausreichenden Versicherungsschutz nur unzureichend zu erstellen ist. Die Haftungshöchstsummen werden daher nicht selten Jahre nach dem Schadensereignis erreicht und bilden dann noch immer solche Summen, dass eine Privatinsolvenz die regelmäßige Folge darstellt. Die Deckungssumme musste, aufgrund der ausgeurteilten Ausgleichszahlungen, in den letzten Jahren 14 Jahren von 2,5 Mio. Euro auf 6 Mio. Euro mehrfach angepasst werden. Ob die aktuelle Deckungssumme tatsächlich ausreichend sein wird, lässt sich daher erst rückwirkend – und damit gegebenenfalls mit katastrophalen Auswirkungen auf die betroffene Hebamme – beurteilen.

Als drittes und ebenfalls grundlegendes Problem ist die derzeitige Marktsituation auf dem Versicherungsmarkt zu nennen, die einem Marktversagen gleichzusetzen ist. Das Berufshaftpflichtrisiko der Hebammen zeichnen derzeit nur noch wenige Versicherungsunternehmen.

Das für den DHV derzeitig tätige Versicherungskonsortium hat zudem bereits angekündigt, dass der im Sommer 2016 auslaufende Vertrag nicht verlängert wird. Ab diesem Zeitpunkt wird es dem Großteil der Hebammen in Deutschland also nicht mehr möglich sein, Geburtshilfe zu erbringen.

Dieselben Tendenzen zeichnen sich auf dem Versicherungsmarkt der Gynäkologen ab, aber auch in Bezug auf Kliniken, die eine Geburtshilfeabteilung unterhalten.

3. Die Nicht-Versicherbarkeit der Geburtshilfe

Den soeben aufgezeigten Schwierigkeiten, denen die GeburtshelferInnen auf dem Versicherungsmarkt begegnen, liegt das strukturell begründete Dilemma zugrunde, dass die Geburtshilfe in Deutschland kaum mehr versicherbar ist. Die lange Schadensdauer sowie die immense Verteuerung schwerer Personenschäden und die hieraus resultierenden

³ Siehe hierzu auch die "Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes e.V. zur Haftpflichtsituation im Bereich der freiberuflichen Hebammentätigkeit", Juni 2013, sowie die Stellungnahme "Haftpflichtproblematik der Hebammen", Dezember 2011, beide abrufbar unter: <http://www.hebammenverband.de/aktuell/standpunkte/verband-und-berufspolitik/>

enormen Schadenssummen machen eine Kalkulation und damit die Risikobewertung für die Versicherer nahezu unmöglich. Die Risikokalkulation stellt aber eine für die Versicherungsunternehmen grundlegende Voraussetzung zum Abschluss eines Versicherungsvertrages dar.

Ursache für die Unmöglichkeit der Versicherung von Geburtsschäden sind also weder eine Zunahme der Schadensfälle - dies schon deshalb nicht, weil die Schadenszahlen zumindest für die Hebammen derzeit rückgängig sind - noch eine falsche Prämienverteilung, sondern **einzig die Verteuerung schwerer Personenschäden im Heilwesen in Verbindung mit der derzeitigen Haftpflichtstruktur**. Diesem strukturellen Dilemma kann nur mit einer strukturellen Änderung des derzeitigen Haftpflichtsystems wirksam entgegengetreten werden.

Neben einer kurzfristigen finanziellen Notlösung für die derzeit bedrohten Hebammen, wie sie beispielsweise der Sicherstellungszuschlag im GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts- Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) bedeuten kann, muss also eine langfristige strukturelle Lösung erarbeitet und umgesetzt werden.

4. GeburtshelferInnenbezogene Lösung

Die akuten, massiven Auswirkungen der Haftpflichtproblematik für den Berufsstand der Hebammen lassen eine zunächst auf die Hebammen beschränkte Lösung als notwendig und durchaus sachgerecht erscheinen. Aufgrund der steigenden Haftpflichtkosten sind Hebammen noch immer gezwungen, die Geburtshilfe aus ihrem Leistungsspektrum zu streichen.

Der Einschränkung bis hin zur völligen Aufgabe der Geburtshilfe durch Hebammen muss daher schnellstmöglich entgegengewirkt werden und kann eine Sonderbehandlung der Hebammen ausreichend rechtfertigen.

Daneben geht der DHV aber davon aus, dass es sich bei einer langfristig Erfolg versprechenden Lösung nur um einen geburtshelferübergreifenden Ansatz handeln kann. Eine gesonderte Behandlung der GeburtshelferInnen gegenüber anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen erscheint dabei ebenso gerechtfertigt, denn die Geburtshilfe unterscheidet sich deutlich vom übrigen Heilwesen. Denn eine Geburt ist zunächst einmal und im Hauptfall ein physiologischer Prozess und gerade kein krankhafter Zustand. Dabei besteht für die nieder- kommende Frau und auch das Kind aber keinerlei Entscheidungsfreiheit, ob sie die Geburt stattfinden lassen wollen oder nicht. Im Gegensatz zu den meisten therapeutischen Eingriffen, besteht hier also letztlich keine Entscheidungsfreiheit für die „Betroffenen“. Zudem trifft die GeburtshelferInnen die Verteuerung der schweren Personenschäden ungleich schwerer. Die Schadensdauer bei einem Geburtsschaden ist in aller Regel wesentlich länger als bei Personenschäden im Erwachsenenbereich. Die GeburtshelferInnen arbeiten damit bei jeder Geburt im Hochrisikobereich im Hinblick auf mögliche Schadensfälle. Diesem hohen Risiko muss nun endlich auch im Haftungssystem Rechnung getragen werden.

Überdies könnte ein auf die Hebammen oder Geburtshelfer begrenzter Fonds eine geeigne-

te Möglichkeit darstellen, um einer Lösung der durch die Verteuerung der schweren Personenschäden verursachten Haftpflichtproblematik des gesamten Heilwesens näherzukommen. Ein Geburtsschadenfonds könnte also auch im Sinne eines Modellversuches dazu dienen, die Auswirkungen alternativer Haftungsmodelle oder sogar der Einführung von Haftungshöchstsummen in bestimmten Medizinbereichen auf die Haftpflichtproblematik der Gesundheitsberufe zu untersuchen und zu verbessern.⁴

Nach Prüfung anderer Lösungsansätze hält der DHV daher an seiner auch bisher favorisierten Lösung eines Haftungsfonds⁵ weiterhin fest. Daneben möchte der DHV aber im Anschluss an die Fondsmodelle noch auf eine weitere Lösungsalternative hinweisen.

5. Fondsmodelle

Fonds im Bereich der Medizinschäden existieren bereits in europäischen Nachbarländern, wie beispielsweise der Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) in Frankreich oder der Wiener Patientenentschädigungsfonds (WPatEF) in Österreich.⁶ Die dortigen Fonds ersetzen zwar nicht den gesamten Haftpflichtbereich des Heilwesens, übernehmen aber die Haftung in bestimmten Fällen. Damit existieren bereits Medizinschadenfonds deren nähere Betrachtung bei der Ausgestaltung eines Fonds in Deutschland aufschlussreich sein können.

Interessant im Hinblick auf eine mögliche Ausgestaltung ist zudem die relativ junge gutachterliche Beurteilung des PatEHF⁷ für Hamburg. Im Gegensatz zum ONIAM und WPatEF soll der PatEHF allerdings zunächst einmal auf einen gewissen Zeitraum begrenzt werden. Hinsichtlich der Vergleichbarkeit eines Fonds für Geburtsschäden mit den soeben genannten muss daher berücksichtigt werden, dass es sich bei dem hier vorgestellten Fonds nicht um einen typischen Härtefallfonds oder einen zeitlich begrenzten Fonds handeln soll. Nichtsdestotrotz wird die Vergleichbarkeit im Hinblick auf die tatsächliche Ausgestaltung und Organisation des Fonds hierdurch kaum merklich eingeschränkt.

Im Hinblick auf die Ausgestaltung eines Fonds hält der DHV mehrere Modelle für geeignet, den obigen Problemen auf dem Versicherungsmarkt effektiv entgegenzuwirken.

5.1. Haftungsfonds

Als erste Alternative wäre die Einführung eines „Haftungsfonds für Geburtsschäden“ zu nennen. Ein solcher Fonds würde die Schäden aus den Haftpflichtfällen der Geburtshelfer-

⁴ gleich dem Ansatz des Patientenentschädigungs- und -härtefallfonds (PatEHF) für Hamburg, Rechtsgutachtens Hart/Francke, "Der Modellversuch eines Patientenentschädigungs- und -härtefallfonds (PatEHF) für Schäden durch medizinische Behandlungen: Einordnung, Zwecke, Verfahren, Organisation, Finanzierung, Gesetzesvorschlag" siehe hierzu insbesondere die Argumentation auf S. 25 des Gutachtens.

⁵ siehe "Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes e. V. zur Haftpflichtsituation im Bereich der freiberuflichen Hebammentätigkeit", Juni 2013

⁶ Vertiefend siehe Helleringer, Medical malpractice and compensation in France, Part II: Compensation based on national solidarity, 86 Chic.- Kent. L. Rev. (2011), S. 1125ff (2011); Knetsch S. 53, sowie die Richtlinien des WPatEF, abrufbar unter: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/patientenanwaltschaft/pdf/patientenentschaedigungsfonds-richtlinien-bf.pdf>

⁷ Rechtsgutachten Hart/Francke, "Der Modellversuch eines Patientenentschädigungs- und -härtefallfonds (PatEHF) für Schäden durch medizinische Behandlungen: Einordnung, Zwecke, Verfahren, Organisation, Finanzierung, Gesetzesvorschlag", 2013.

rInnen vollständig übernehmen. Der Fonds träte damit an die Stelle des Haftpflichtversicherers und übernehme die gesamte Abwicklung des Schadensfalles. Von einer Haftungshöchstsumme, wie sie die derzeitigen Versicherungsverträge enthalten, sollte bei einem solchen Fonds abgesehen werden.

Einer der Vorteile eines solchen Fondsmodells besteht insbesondere in der Tatsache, dass der Berufshaftpflichtbereich der GeburtshelferInnen dem Versicherungsmarkt entzogen würde. Hiermit wären die Schwierigkeiten des Marktversagens unstreitig gelöst und die GeburtshelferInnen müssten um den Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht weiter bangen.

Aufgrund der umfänglichen Eintrittspflicht eines solchen Fonds wäre zeitgleich das Problem der privaten Nachhaftung gelöst. Durch eine alternative Fondsfinanzierung, auf die an späterer Stelle noch eingegangen werden soll, könnte den stetig steigenden Haftpflichtprämien ebenfalls entgegengewirkt werden.

5.2. Haftungsergänzende Fondslösung und Einführung von Haftungsgrenzen

Als Alternative zu einem umfassenden Haftungsfonds für GeburtshelferInnen wäre die Einführung von Haftungshöchstgrenzen gekoppelt an einen Ergänzungsfonds zu nennen.⁸ Für dieses Fondsmodell würden für den Bereich der Geburtshilfe gesetzlich festgelegte Haftungshöchstgrenzen für die GeburtshelferInnen eingeführt werden. Diese könnten als Absolutum oder aber fallbezogen festgelegt werden. Sofern eine solche Haftungshöchstgrenze in einem Schadensfall erreicht wäre, träte der Fonds in die Haftung ein. Die Geburtshelfer müssten sich sodann nur noch bis zur Höhe der normierten Haftungshöchstgrenze versichern.

Gesetzlich definierte Haftungshöchstsummen existieren in Deutschland bereits im Bereich der Gefährdungshaftung, siehe beispielsweise § 12 f StVG, § 46 LuftVG oder auch § 88 AMG. Das Hauptargument für die Einführung von Haftungshöchstsummen im Bereich der Gefährdungshaftung ist dabei stets die „Schwierigkeit der Risikokalkulation des jeweiligen Haftungsbereichs“, also das Problem der Versicherbarkeit.⁹ Dasselbe Argument streitet aber ebenso gewichtig für eine Einführung solcher Haftungshöchstgrenzen im Bereich der ebenfalls kaum noch versicherbaren Geburtshilfeschäden (siehe oben Nr. 2). Gesetzliche Haftungshöchstsummen ließen die Risikokalkulation für die Versicherungsunternehmen wieder durchführbar werden, was sich auch auf die Prämienhöhe auswirken würde.¹⁰

Die Kopplung von Haftungshöchstsummen an einen Ergänzungsfonds würde damit die Versicherungsschwierigkeiten der GeburtshelferInnen lösen ohne die Opfer von Geburtsschäden in ihren Rechten zu beschneiden.

Der Frage, welche Beträge dabei als generelle Haftungshöchstsummen festzulegen wä-

⁸ siehe hierzu auch die Ausführungen auf S. 8 ff der "Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes e.V. zur Haftpflichtsituation im Bereich der freiberuflichen Hebammentätigkeit", Juni 2013, Fn. 1.

⁹ Kötz, AcP 170, S. 1 (38) m.w.N. Zusammenfassend auch Knetsch, S. 104.

¹⁰ siehe zum Einfluss der Risikobewertung auf die Prämien Bigge, in: Eichhofer/Wenner, § 152, Rn. 12; siehe auch die Ausführungen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherer im Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe "Versorgung mit Hebammenhilfe", 29.04.2014, S. 84; abrufbar unter:

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Bericht/Abschlussbericht_IMAG-Gesamt.pdf

ren, um die Prämien- und Marktsituation deutlich zu entlasten, müssten noch genauere Berechnungen durch die Versicherungsgesellschaften zugeführt werden. Um eine Preisstabilität der Haftpflichtversicherung zu generieren, muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die momentan marktübliche Deckungssumme, die zwischen 3 und 6 Mio. Euro liegt, nicht überschritten werden darf.

5.3. Fondsausgestaltung

Nach erneuter eingehender Prüfung der Rechtslage schlägt der DHV als weitere mögliche Organisationsform des Fonds ein selbstständig personifiziertes Sondervermögen vor. Die Einrichtung einer selbstständigen juristischen Person des öffentlichen Rechts, der die gesamte Betreuung und Durchführung obliegt, erscheint sinnvoll, weil den Aufgaben der Fondseinrichtung auf diese Weise ein umfassender organisatorischer Rahmen gegeben werden würde.¹¹ Dies erscheint sowohl aufgrund des Umfangs der möglichen Ansprüche und damit des bürokratischen Aufwandes bei der Verwaltung des Fonds, als auch aufgrund seines Charakters als prospektiver Fonds und damit seiner zeitlich unbegrenzten Einrichtung als zweckmäßig. Überdies entsprechen die Eigenschaften einer solchen Organisation weitestgehend der Funktion und dem Wesen eines Fonds.¹² Die Verleihung der Rechtsfähigkeit hätte außerdem den Vorteil, dass die Organisation unabhängig von ihren Mitgliedern bestehen kann und der Fonds vor Gericht parteifähig wäre, d. h. nicht gezahlte Beiträge notfalls einklagen könnte.

Für eine solche juristische Person kämen unterschiedliche Rechtsformen in Betracht. Dies wäre beispielsweise die Errichtung einer Stiftung des öffentlichen Rechts. Stiftungen des öffentlichen Rechts werden von staatlicher Seite durch einen Stiftungsakt errichtet und verfolgen Zwecke, die von einem besonderen öffentlichen Interesse sind.¹³ Für die Wahl der Organisationsform der öffentlich-rechtlichen Stiftung sprechen weitestgehend ebenfalls die zum hamburgischen PatEHF angeführten Vorteile¹⁴, die dort für die Einrichtung eines selbstständig personifizierten öffentlich-rechtlichen Sondervermögens in der Form einer öffentlich-rechtlichen Stiftung angeführt werden. Dies wären unter anderem die Seriosität des gesetzlichen Gründungsaktes, die Möglichkeit der öffentlichen Mitfinanzierung, die Möglichkeit von Zinserträgen sowie der bürokratische Rahmen im Hinblick auf den Umfang der Schadensfälle. Die hierbei bestehende Flexibilität hinsichtlich einer Weiterentwicklung des Fonds erscheint dabei als besonderer Vorteil.

Ebenso käme die Einrichtung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts im Sinne einer Personalkörperschaft in Betracht, bei der beispielsweise der Bund Träger sein könnte. Ebenso wie die Stiftung werden Körperschaften durch Hoheitsakt gegründet, sind alternativen Finanzierungen zugänglich und könnten so ausgestattet werden, dass sie den bürokratischen Umfang eines Geburtsschadensfonds auffangen können. Und trotz ihrer mitgliederschaftlichen Verfassung sind auch sie vom Wechsel ihrer Mitglieder unabhängig.

¹¹ vgl. Knetsch, S. 151.

¹² Knetsch, S. 151; im Ergebnis ebenso Hart/Franck, a.a.O. S. 51.

¹³ Quelle: Bundesverband Deutscher Stiftungen, www.stiftungen.org; Zu der Orientierung an Zweckmäßigkeitserwägungen siehe vertiefend Hart/ Francke, Rechtsgutachten PatEHF, S. 51; sowie Knetsch, S. 156 f.

¹⁴ Hart/Francke, S. 51f.

Alternativ wäre die Einrichtung eines nicht rechtsfähigen Sondervermögens des Bundes (siehe beispielsweise den Klärschlamm-Entschädigungsfonds, § 1 Abs. 1 KlärEV) oder bei einer geeigneten öffentlichen Einrichtung (ähnlich dem Sicherungsfonds für Lebens- und Krankenversicherer, § 126 VAG) zu überdenken. Sie bietet ebenfalls eine unkomplizierte Einrichtung, wäre aber im Hinblick auf den bürokratischen Aufwand eines solchen Fonds noch einer näheren Prüfung der Zweckmäßigkeit zu unterziehen.

5.4. Fondsfinanzierung

Die Finanzierung des Fonds sollte durch die Berufsgruppen selbst, den Bund und insbesondere die Krankenkassen erfolgen. Die Einbeziehung der Krankenkassen zum Auffangen der exorbitant gestiegenen Schadenskosten ist aus Sicht des DHV unvermeidbar.¹⁵ Auch der Gesetzgeber hat dies mit der Einführung des § 134 a SGB V bereits anerkannt und einen ersten Versuch unternommen, den Hebammenberuf auf diese Weise zu unterstützen beziehungsweise zu schützen.

5.4.1. Beitragspflicht der GeburtshelferInnen

Bei dem vorgeschlagenen Haftungsfonds sollte eine Beitragspflicht für die jeweiligen Leistungserbringer, also die GeburtshelferInnen, gesetzlich festgelegt werden. Die als Voraussetzung notwendige besondere Gruppenverantwortung der GeburtshelferInnen kann im Falle des Haftungsfonds unschwer angenommen werden.¹⁶

Die Frage der Einbeziehung der GeburtshelferInnen stellt sich letztlich nur bei der Variante des Ergänzungsfonds in Verbindung mit Haftungshöchstsummen. Da die GeburtshelferInnen bei dieser Variante noch im normalen Haftpflichtsystem ebenfalls Leistungen im Sinne der Versicherungsprämien zu erbringen hätten, wäre in diesem Fall die Verantwortung sicherlich geringer einzustufen, aber dennoch nicht von der Hand zu weisen. Insgesamt wäre die Beitragspflicht der GeburtshelferInnen im Einzelnen noch zu prüfen.

5.4.2. Einbeziehung der Krankenversicherungen

Im Rahmen der Aufgabe der Krankenversicherungen, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, hat die gesetzliche Krankenversicherung auch die Pflicht, notwendige medizinische Leistungen zu erhalten. Es muss daher als eine Obliegenheit der Gemeinschaft der Krankenversicherten angesehen werden, den Hebammen einen Teil des oben beschriebenen Risikos abzunehmen und damit letztlich die Kosten im Haftungsfall zu begrenzen, um die Arbeit im Heilberufswesen trotz steigender Behandlungskosten zu erhalten.

In Fortführung des Gedankens aus § 134 a SGB V ist daher angebracht und letztlich unvermeidbar, zur Finanzierung eines solchen Fonds insbesondere die Krankenkassen mit einzubeziehen, um auf diese Weise die Leistungen der GeburtshelferInnen, hier speziell der Hebammen, die gerade zugunsten der Versicherten tätig werden, zu erhalten und der Berufsgruppe einen Teil des hohen Risikos, das zwangsläufig zum Berufsbild gehört, abzu-

¹⁵ Siehe auch S. 10 ff der "Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes e.V. zur Haftpflichtsituation im Bereich der freiberuflichen Hebammentätigkeit", Juni 2013, Fn. 1.

¹⁶ Zur Notwendigkeit einer sachgerechten Verknüpfung siehe zuletzt BVerfG, Beschluss vom 16.07.2012, Az. 1 BvR 2983/10, Rn. 32 m.w.N.

nehmen.

Darüber hinaus fällt die Schaffung der Grundlagen der Wahlfreiheit der Schwangeren bei der Geburtsortwahl zweifelsohne ebenfalls in den Aufgabenkatalog des GKV. Um diese Wahlfreiheit zu erhalten ist es aber notwendig, den GeburtshelferInnen die außerklinische Geburtshilfe durch ein funktionierendes Sicherheitssystem zu ermöglichen. Bei der derzeitigen Haftpflichtsituation werden die Hausgeburt, Geburt in der HgE und die Beleggeburt in den nächsten Jahren für die meisten Schwangeren sonst nicht mehr zur Wahl stehen. Es geht damit nicht nur die Wahlfreiheit der Frauen verloren, sondern letztendlich auch die freiberufliche Hebammenhilfe mit ihrem kompletten umfänglich aufsuchenden Betreuungskonzept.

Dies muss aber nicht ausschließlich die gesetzlichen Krankenkassen betreffen. Denn grundsätzlich können auch bei den privaten Versicherungen Solidarelemente eingeführt werden.¹⁷ Darüber hinaus betrifft das Schwinden der Leistung der Geburtshilfe durch Hebammen mangels Versicherung ebenso die Gemeinschaft der Privatversicherten. Daher wäre näher zu prüfen, inwieweit auch die privaten Krankenkassen in die Finanzierung mit eingebunden werden können.

Die einzuzahlenden Beiträge könnten beispielsweise entsprechend den Marktanteilen und entsprechend der Beitragseinnahmen des vergangenen Kalenderjahres von den Krankenkassen erbracht und über Vorschüsse erhoben werden. Andere, auf die gesetzlichen Krankenkassen abgestimmte Aufteilungsmodelle wären zu diskutieren.

5.4.3. Bundeszuschüsse

Daneben wären Zuschüsse durch den Bund, sofern notwendig, ebenfalls denkbar und angebracht. Der Staat käme auf diese Weise seiner Schutzpflicht gegenüber den Schwangeren, aber auch den Berufsgruppen der GeburtshelferInnen sinnvoll und effektiv nach. Dies erscheint auch deshalb möglich, weil die frühere strikte Trennung von Steuermitteln und GKV-Finanzierung mit der Einführung der Beteiligung des Bundes am Gesundheitsfonds (§ 221 SGB V) bereits eine Lockerung erfahren hat.

Steuerfinanzierte Zuschüsse im Bereich des Gesundheitswesens sind dem deutschen Gesundheitssystem daher nicht wesensfremd und eine gute Möglichkeit, die Finanzierung des Fonds, und damit die Versicherbarkeit von Geburtsschäden zu gewährleisten. Bundeszuschüsse könnten insbesondere immer dann notwendig werden, wenn sich aufgrund der schweren Kalkulation der Schadensentwicklung die im Fonds befindlichen Finanzmittel in einem Jahr als unzureichend erweisen.

Die Frage, ob die Steuerzahler als Kollektiv oder aber nur die Beitragszahler der GKV eine besondere Verantwortung trifft, wäre mithin einer näheren Prüfung zu unterziehen.

5.4.4. Höhe der erforderlichen Mittel

Die finanzielle Ausstattung des Fonds müsste durch Hochrechnungen der Schadenssummen der vergangenen Jahre plus genügender Rücklagen aufgrund der schwer kalkulierba-

¹⁷ BVerfG, Urteil vom 10. Juni 2009, Az.: 1 BvR 706/08, 1 BvR 814/08, 1 BvR 819/08, 1 BvR 832/08, 1 BvR 837/08, Rn. 157.

ren Schadenteuerung vorgenommen werden. Eine solche Hochrechnung sollte dem Gesamtverband Deutscher Versicherer in gewissem Maße möglich sein. Der DHV ist sich darüber im Klaren, dass auch hier aufgrund der schweren Kalkulation der Geburtsschäden Ungenauigkeiten hingenommen werden müssten. Mögliche Fehleinschätzungen könnten jedoch durch die Einplanung von Bundeszuschüssen aufgefangen werden (s. o.).

5.5. Fazit

Durch die Einrichtung eines Fonds für Geburtsschäden mit oder ohne Einführung von Haftungshöchstsummen könnte das Haftungsrisiko der GeburtshelferInnen auf ein erträgliches Maß reduziert und gleichzeitig das Problem der Nichtversicherbarkeit von Geburtsschäden effektiv eingedämmt werden. Denn ein Fonds könnte durch die Herausnahme der Geburtsschäden vom Versicherungsmarkt und die alternativen Finanzierungsmöglichkeiten die strukturellen Schwierigkeiten der derzeitigen Haftpflichtsituation vollumfänglich auflösen. Dabei würden weder die geschädigten Kinder in ihren Rechten beschränkt, noch wäre eine umfängliche Änderung der allgemeinen Haftungsprinzipien für die Geburtshelfer notwendig.

Darüber hinaus stellt der Fonds kein starres Institut dar, sondern könnte bei Veränderungen oder gewonnenen Erkenntnissen immer weiter angepasst werden.

Er stellt damit ein effektives Mittel dar, um der derzeit schwierigen Haftpflichtsituation der Geburtshelfer entgegenzutreten.

6. Öffentlich-rechtliche Absicherung des Haftungsrisikos analog der Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)

Im Zusammenhang mit der Haftpflichtproblematik wird derzeit eine öffentlich-rechtliche Absicherung des Haftungsrisikos im Heilwesen durch eine Eingliederung der Berufshaftpflichtversicherung in die Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) erörtert. Dieser Ansatz wurde bereits in der Vergangenheit entworfen und durch Franz Knieps (Vorstand des Dachverbands BKK e.V. und ehem. Abteilungsleiter des BMG) erneut zur Diskussion gestellt. Der von Herrn Knieps vorgestellte Ansatz empfiehlt die Eingliederung der Berufshaftpflicht des gesamten Heilwesens in die bestehende DGUV und damit die Übernahme dieses Versicherungszweiges durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW).

6.1. Aufgaben der DGUV

Die Versicherungsträger der DGUV haben den gesetzlichen Auftrag, Arbeits- und Schulfälle sowie Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten (§ 1 Nr. 1 SGB VII). Die Träger der DGUV betreiben hierfür insbesondere Fehlerforschung und -vermeidung, wobei sie teilweise auch mit den zuständigen Behörden (staatlicher Gewerbeaufsicht) kooperieren.

Nach Eintritt eines Schadens sind die Träger der DGUV zudem gehalten, die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen

und die Geschädigten oder Hinterbliebenen zu entschädigen (§ 1 Nr. 2 SGB VII). Sie kompensieren also den entstandenen Schaden gleich den privaten Versicherungsunternehmen in anderen Haftpflichtbereichen.

6.2. Finanzierung der DGUV

Die Berufsgenossenschaften (BGs) ziehen zur Erfüllung ihrer Aufgaben die Beiträge ihrer Mitglieder in einem nachträglichen Umlageverfahren ein (§ 152 SGB VII). Hierbei werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten des vergangenen Jahres zugrunde gelegt, so dass sich die Beiträge nur nach dem tatsächlichen Finanzbedarf richten.¹⁸ Die Träger der DGUV erzielen also weder Gewinn, noch fallen in der DGUV die Risikozuschläge an, wie sie die private Versicherungen erheben.¹⁹ Risikozuschläge werden grundsätzlich deshalb erhoben, da bei den im Voraus eingezogenen Prämien stets die Gefahr besteht, dass die Prämien bei ungünstigem Schadensverlauf zur Deckung des Schadens nicht ausreichen. Durch das nachträgliche Umlageverfahren muss dieses Risiko in der DGUV nicht einkalkuliert werden.

Die zu leistenden Beiträge werden nach § 150 Abs. 1 SGB VII hauptsächlich von den in Deutschland ansässigen Unternehmen erbracht, die versicherungspflichtige ArbeitnehmerInnen beschäftigen. Diese sind bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) angesiedelt.

Die Beitragshöhe richtet sich u. a. nach der Höhe des an die ArbeitnehmerInnen ausbezahlten Arbeitsentgelts (§ 153 SGB VII) sowie nach Risikoklassen, und damit nach der Unfallgefahr des jeweiligen Gewerbezweiges. Die Bemessung der Beiträge nach der Unfallgefahr der Gewerbezweige (Risikoklassen) soll der Prävention dienen.

6.3. Eingliederung der Berufshaftpflichtversicherung

Nach dem Vorschlag von Herrn Knieps wäre der Ausgleich von Medizinschäden – und somit auch von Geburtsschäden – so in die Leistungen der DGUV mit einzubeziehen, dass diese auch in diesem Bereich die Aufgabe der derzeitigen Haftpflichtversicherer übernehmen würde.

6.3.1. Vorzüge einer Eingliederung

Nach Franz Knieps weist eine Eingliederung der Berufshaftpflicht in die DGUV mehrere Vorteile auf. Zum einen wäre hier die Integration in bereits bestehende, öffentlich-rechtlich ausgestaltete Strukturen und das dort bereits vorhandene Fachwissen anzuführen. Die BGW als Träger der DGUV verfügt über gesicherte Erfahrungen in der Abwicklung von Unfallfolgeschäden, Kenntnisse in der Regressabwicklung sowie eine differenzierte und bundesweite Organisationsstruktur.

Zum anderen verfügt die BGW bereits über ein gutes Qualitätssystem, das in seinen Zügen auch im Heilwesen Anwendung findet und das dortige Fehlermanagement verbessern

¹⁸ Unter Berücksichtigung von Betriebsmittel- und Rücklageänderungen und Verwaltungsvermögen; siehe auch Höller in Hauck/Noftz, Rn. 7

¹⁹ Bigge, in: Eichhofer/Wenner, § 152, Rn. 12.

könnte. Eine Eingliederung könnte sich daher positiv auf das Verhältnis zwischen Leistungserbringer und PatientIn auswirken.²⁰ Dies auch aus dem Grunde, dass die Eingliederung der Berufshaftpflicht in die DGUV eine Abkehr von der zivilrechtlichen, auf Verschulden gestützten Haftung zu der verschuldensunabhängigen Unfallfürsorge²¹ bzw. sodann „Medizinschadenfürsorge“ bedeuten würde. Das Umdenken vom Schuldprinzip hin zur Einordnung eines Geburts- oder sogar Medizinschadens als vielmehr Schicksalsschlag, der solidarisch finanziert wird, könnte ebenfalls einen verbesserten Umgang mit Medizinschäden bewirken.

Darüber hinaus würden mögliche Gerichtsverfahren nicht mehr vor den Zivilgerichten sondern vor den Sozialgerichten stattfinden, so dass den Geschädigten der dort geltende Amtsermittlungsgrundsatz zugutekäme.

6.3.2. Herausforderungen und Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Bei einer Eingliederung von Medizinschäden in das SGB VII sollten allerdings vier Problem- punkte besondere Beachtung finden und einer tieferen Prüfung unterzogen werden.

6.3.3. Haftungsprivileg und Landesberufsordnungen

Die Eingliederung der Berufshaftpflichtversicherung in den Bereich der Unfallversicherung verortet diesen Versicherungszweig in die Sozialversicherung und führt damit zu einer Abkehr vom individualrechtlichen Verursacherprinzip hin zu einer Gemeinschaftshaftung der Beitragspflichtigen der BGW. Hierfür müsste unter anderem das Haftungsprivileg der § 104 ff SGB VII auf Hebammen erweitert werden, wonach diese gegenüber den Geschädigten so- dann nur noch bei Vorsatz schadensersatzpflichtig wären.

Besondere Beachtung müssen in diesem Zusammenhang jedoch die Auswirkungen des nur beschränkten Haftungsprivilegs gegenüber den Sozialversicherungsträgern nach § 110 Abs. 1 SGB VII finden. Denn diesen gegenüber haften die Unternehmer – und damit nach Ein- arbeitung in das System der DGUV auch die Hebammen – auf Erstattung der Aufwendun- gen bereits bei grober Fahrlässigkeit und bis zur Höhe des zivilrechtlichen Schadensersatz- anspruchs des Opfers. Für diese Ansprüche, die bisher von der Haftpflichtversicherung ge- deckt waren, würden die Hebammen sodann selber haften.

Dies würde die Hebammen gegenüber der jetzigen Situation nicht nur schlechter stellen, vielmehr scheint die Anwendung des § 110 Abs. 1 SGB VII auf freiberufliche Hebammen bereits grundsätzlich dem Normzweck nicht zu entsprechen. Denn die Beschränkung des Haftungsprivilegs dient nicht dem Zweck eines (Schadens-) Ausgleichs, sondern verfolgt vielmehr präventive und erzieherische Gründe.²² Dies macht bei großen Unternehmen auch Sinn, denn ihnen ist es zumeist möglich, den Ausgleich des entstandenen Schadens finanzi- ell zu verkraften. Wie bereits ausgeführt hat die Verteuerung schwerer Personenschäden gerade im Bereich der Geburtsschäden mit ihrer langen Schadensdauer mittlerweile aber zu solchen Schadenssummen geführt, dass eine einzelne Hebamme diese nicht zu bezah-

²⁰ Gleichsam dem Betriebsfrieden, der durch die DGUV gewahrt werden soll, siehe BGH, Urteil vom 24.01.2006, Az.: VI ZR 290/04, Rn. 11 m.w.N.

²¹ vgl. BGH, Urteil vom 24.01.2006, Az.: VI ZR 290/04, Rn. 11.

²² Nehls, in: Hauck/Noftz, SGB VII, § 110 Rn. 2.

len vermag. Die erzieherisch angelegte Beschränkung des Haftungsprivilegs würde daher bei den Hebammen nicht zu einer erzieherischen Einwirkung, sondern direkt in die private Insolvenz führen, und damit in die Berufsaufgabe. Der Normzweck würde daher bei uneingeschränkter Anwendung auf die Hebammen verfehlt.

Diese für die Hebammen negativen Auswirkungen vermag auch die Möglichkeit des Regressverzichts der Sozialversicherungsträger nicht vollständig zu überwinden: nach § 110 Abs. 2 SGB VII können und müssen die Sozialversicherungsträger von der Geltendmachung des Regressanspruches absehen, wenn dies insbesondere unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen des Schädigers geboten scheint. Zu diesem Verzicht können die Versicherer sogar verpflichtet sein, wenn billiges Ermessen dies gebietet.²³ Diese Pflicht vermag zwar gerade den Hebammen zugute zu kommen, die durch die Inanspruchnahme durch die Sozialversicherungsträger nach § 110 Abs. 1 SGB VII Gefahr laufen in die Privatinsolvenz zu geraten. Dennoch bleibt aufgrund der Tatsache, dass es sich um eine Ermessensentscheidung der Sozialversicherungsträger im Einzelfall handelt eine gewisse Rechtsunsicherheit für die Hebammen bestehen. Zudem stehen die Hebammen aufgrund der Möglichkeit, dass die Sozialversicherungsträger sich für nur teilweisen Verzicht entscheiden können, letztlich schlechter als bei der bisherigen Versicherung. Die aufgezeigten Rechtsunsicherheit sowie die Gefahr der persönlichen Haftung gegenüber den Sozialversicherungsträgern sollte daher bei einer Einarbeitung der Geburtshelferinnen in das System der DGUV besondere Beachtung zukommen, um eine Schlechterstellung derselben zu vermeiden.

Hinzu tritt eine nicht unbeachtliche Wechselwirkung mit den derzeitigen Landesberufsordnungen, die ebenfalls berücksichtigt werden müsste. Soweit die Hebammen nach § 110 Abs. 1 SGB VII bei grober Fahrlässigkeit gegenüber den Sozialhilfeträgern schadensersatzpflichtig sind, sind sie für solche Ansprüche folglich nicht in der DGUV versichert. Nach den Berufsordnungen der Länder und dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 a SGB V mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sind aber alle Hebammen verpflichtet eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen, sodass Hebammen also weiterhin verpflichtet wären, sich für mögliche Ansprüche der Sozialversicherungsträger nach § 110 Abs. 1 SGB VII zu versichern.

Dies widerspräche dem Ziel, die Hebammen durch die Einarbeitung in die DGUV aus dem bisherigen Versicherungssystem zu entlassen.

Darüber hinaus wäre es den Sozialversicherungsträgern dann nicht möglich, vom Regressverzicht nach § 110 Abs. 2 SGB VII Gebrauch zu machen. Denn die Möglichkeit zum Regressverzicht, besteht immer dann nicht, wenn der Schädiger ausreichend versichert ist. Eine weiterhin bestehende Pflicht zum Abschluss einer Versicherung für Fälle nach § 110 Abs. 1 SGB VII würde also nicht nur dazu führen, dass die Hebammen auf dem derzeitigen Versicherungsmarkt weiterhin eine Versicherung finden müssten. Sie würden diese zudem auch jedes Mal in Anspruch nehmen, da die Sozialversicherungsträger ein Absehen vom Regress nicht mehr möglich wäre. Damit wäre aber auch insofern keine Abkehr vom der-

²³ a.a.O. Rn. 24.

zeitigen System zu verzeichnen.

Diese Wechselwirkung von SGB VII und den Landesberufsordnungen müsste daher unbedingt einer Lösung zugeführt werden.

6.3.4. Anpassung des versicherten Personenkreises

Grundsätzlich dient die DGUV dem Schutz von ArbeitnehmerInnen bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit. Daneben unterliegen auch einige Selbstständige und weitere schutzbedürftige Personengruppen der Versicherungspflicht. So gehören auch Hebammen bereits zu dem Kreis der Pflichtversicherten nach § 2 Abs. 1 Nr. 9 SGB VII; dies führt jedoch nur zu einem Schutz der Hebammen selbst.

Bei der Eingliederung der Berufshaftpflichtversicherung der Hebammen in die DGUV müssten aber die Geburtsschäden und damit keine Schäden der Hebammen, sondern Schäden von Schwangeren oder Neugeborenen ausgeglichen werden. Hierfür müssten also Schwangere und Neugeborenen in den versicherten Personenkreis des SGB VII aufgenommen werden.

Sofern sämtliche Medizinschäden von der DGUV getragen werden sollten, müsste sich der versicherte Personenkreis letztlich auf alle Patienten des deutschen Gesundheitssystems erstrecken.

6.3.5. Schmerzensgeld

Darüber hinaus muss bedacht werden, dass die Leistung von Schmerzensgeld durch die DGUV gesetzlich nicht vorgesehen ist. Der Ausgleich immaterieller Schäden wird lediglich zum Teil im Rahmen des Freibetrages bei der Verletztenrente mit berücksichtigt.²⁴ Die Eingliederung der Medizinschäden in die gesetzliche Unfallversicherung würde daher den Ausgleich der immateriellen Schäden der Opfer, mithin ihren Schmerzensgeldanspruch, beschränken. Gerade im Bereich der Geburtsschäden besteht regelmäßig ein hohes Interesse der Eltern über den Schmerzensgeldanspruch ausreichend finanzielle Mittel zu erhalten, um dem geschädigten Neugeborenen neben der Leistungen der GKV schnelle und umfangreiche und/oder alternative Hilfeleistungen zukommen lassen zu können. Dem Schmerzensgeldanspruch des Neugeborenen kommt daher keine geringe Bedeutung zu.

Die Rechtfertigung einer solchen Minderung der Rechte der Opfer von Geburtsschäden und die Auswirkungen einer solchen Beschränkung sollten daher unbedingt nähergehend geprüft werden.

6.3.6. Beteiligungsrechte

Bei einer Eingliederung des Ausgleichs von Geburtsschäden in den Leistungsbereich ist davon auszugehen, dass die Prävention solcher Schäden ebenfalls in den Aufgabenkatalog der Unfallversicherungsträger integriert werden würde. Die BGW würde infolgedessen einen nicht unmaßgeblichen Einfluss auf die Prüfung und Ausarbeitung von Fehler- und

²⁴ so bestätigt vom BVerfG, Entscheidung vom 08.02.1995, Az. 1 BvR 753/94, Rn. 4: "Durch die regelmäßige Anpassung des Freibetrags an die Änderung der Lebensverhältnisse wird nunmehr nicht nur bei Leichtverletzten, sondern auch bei Schwerstverletzten zumindest ein Teil des immateriellen Schadens und nicht nur der Verdienstaufschlag durch die Gesamtenrente ausgeglichen."

Qualitätsmanagement in der Geburtshilfe erhalten. Zum einen müsste die Beteiligung der maßgeblichen Berufsverbände an solchen Entwicklungen gesichert werden. Zum anderen wäre zu beachten, inwieweit die BGW auch zur Überwachung von Präventionsmaßnahmen ermächtigt wäre, gleich dem § 17 Abs. 1 SGB VII und inwieweit dies mit den derzeit zu verhandelnden Nachweispflichten gegenüber der GKV zu vereinbaren wäre.

6.3.7. Finanzierung

Die Übernahme des Ausgleichs von Medizinschäden durch die DGUV wirft hinsichtlich der Finanzierung weitere Fragen auf.

So erscheint zunächst fraglich, ob die Beiträge aus dem Berufshaftpflichtzweig und die Mittel aus den Beiträgen zur Unfallversicherung getrennt bleiben müssten oder ob ein gemeinsamer Pool gebildet werden könnte, da sich dies direkt auf die Beitragshöhe der Hebammen auswirken würde.

Eine Vermischung der Beiträge aus den unterschiedlichen Versicherungsbereichen würde den Finanzpool zur Deckung der Geburtsschäden ungemein vergrößern, erscheint aber nicht unproblematisch. Denn bei der BGW sind derzeit nicht nur Leistungserbringer und Einrichtungen des Gesundheitswesens unfallversichert, sondern auch weitere Branchen wie das Friseurhandwerk, die Kinderbetreuung, die Schädlingsbekämpfung oder auch die Branche Beauty und Wellness.²⁵ Bei einer Vermischung der Mittel aus den Beiträgen für die Medizinschäden und den Einnahmen aus dem Unfallversicherungsbereich wäre fraglich, inwiefern den übrigen Branchen, die nicht dem Gesundheitswesen unterfallen, für Medizinschäden eine Finanzierungspflicht übertragen werden könnte. Voraussetzung für eine solche Pflicht wäre eine irgendwie geartete Verantwortung dieser Gruppe für den Finanzierungsfall.²⁶ Eine Gruppenverantwortung der oben genannten Branchen für den Ausgleich von Medizinschäden lässt sich aber nur schwerlich erkennen; zumindest solange die Haftpflichtfälle dieser Berufsgruppen nicht ebenfalls von der DGUV versichert werden.

Eine Quersubventionierung der Absicherung von Medizinschäden durch die Beiträge aus dem Unfallversicherungsbereich erscheint daher aus verfassungsrechtlicher Sicht problematisch. Infolgedessen geht der DHV davon aus, dass die bisherigen Einnahmen der BGW aus den Beiträgen der DGUV von den Mitteln aus dem Bereich der Berufshaftpflichtversicherung getrennt bleiben müssten.

Fraglich wäre sodann, ob die Eingliederung nur auf Geburtsschäden bzw. auf den Haftpflichtbereich der Hebammen beschränkt sein soll oder auf sämtliche Medizinschäden und damit die Haftpflichtfälle andere Berufsgruppen ebenfalls umfassen soll.

Unter Zugrundelegung der soeben angesprochenen Trennung der Finanzmittel ist davon auszugehen, dass bei einer auf Hebammen beschränkten Eingliederung die Belastung durch die Beiträge zur DGUV sich von der Belastung durch die derzeitigen Prämien nicht stark unterscheiden würde.

²⁵ siehe BGW online, http://www.bgw-online.de/DE/Leistungen-Beitrag/Versicherung/Versicherung_node.html oder das dortige "Branchenportal", abgerufen Juli 2014.

²⁶ Zur Notwendigkeit einer sachgerechten Verknüpfung siehe zuletzt BVerfG, Beschluss vom 16.07.2012, Az. 1 BvR 2983/10, Rn. 32 m.w.N. siehe auch oben Fn. 13.

Denn, wie bereits mehrfach ausgeführt, kann die Gruppe der Hebammen – aber auch die Gruppe aller GeburtshelferInnen – für sich genommen einen Finanzpool zu Deckung der schweren Geburtsschäden nicht mehr finanzieren. Das zeigt das derzeitige Marktgeschehen und daran vermag wohl auch ein Umlagesystem letztlich nichts Gravierendes zu ändern. Eine Eingliederung der Hebammen ohne die Einbeziehung anderen Berufsgruppen des Heilwesens könnte bei strikter Mitteltrennung daher wohl keine langfristige Entlastung bewirken.

Dem DHV erscheint es demgemäß als sinnvoll, wenn die Gesamtheit der Leistungserbringer des Heilwesens in das System einzahlt. Nur so könnte das Umlagesystem der DGUV trotz einer Trennung der Finanzmittel auch tatsächlich zum Tragen kommen und die Hebammen hinsichtlich der Prämienentwicklung entlasten. So geht auch das Modell von Franz Knieps davon aus, dass die Eingliederung auf alle Berufsgruppen und Einrichtungen des Gesundheitswesens bezogen sein sollte.

Ob solch ein neuer Berufshaftpflichtzweig der DGUV für alle im Gesundheitswesen tätigen Einrichtungen und Berufsgruppen aber tatsächlich zu stabilen und generierbaren Beiträgen führen kann, erscheint dennoch als zweifelhaft. Denn die Auswirkungen der enormen Verteuerung von schweren Personenschäden trifft letztlich nicht nur die Hebammen, sondern das gesamte Heilwesen. Daher müsste bereits im vornherein geklärt werden, ob die Leistungserbringer für sich genommen die Medizinschäden tatsächlich im Umlageverfahren tragen können oder ob eine ergänzende Finanzierung notwendig geworden ist.

Sofern die soeben zugrunde gelegte Mitteltrennung nicht vorzunehmen wäre, erscheint eine für die Hebammen positive Beitragsentwicklung sehr wohl möglich, wäre aber ebenfalls im vornherein zu prüfen.

6.4. Beschränkung auf Hebammen

Wie bereits ausgeführt wäre weiterhin zu prüfen, ob die Eingliederung nur auf die bisherigen Berufshaftpflichtfälle für die Hebammen oder Geburtshelfer beschränkt sein sollte bzw. kann oder auch andere Berufsgruppen umfassen sollte.

Aus den bereits oben ausgeführten Gründen erscheint zwar eine solche Ausnahme für die Berufsgruppe der GeburtshelferInnen im Hinblick auf die höchst brisante Entwicklung der Verteuerung der schweren Personenschäden im Heilwesen als gerechtfertigt. Allerdings müsste von vornherein geprüft werden, inwiefern das Problem der Prämien- bzw. Umlagenbelastung damit tatsächlich gelöst werden könnte und ob sich also die Beiträge der Hebammen nach der Eingliederung gegenüber der derzeitigen Prämienentwicklung als Verbesserung darstellen würden.

6.5. Bewertung

Eine Eingliederung der Berufshaftpflichtversicherung für GeburtshelferInnen oder der gesamten Gesundheitsberufe und der in diesem Bereich tätigen Organisationen würde letztlich die Verortung der Medizinschäden aus dem individualrechtlichen Haftungsbereich in die Sozialversicherung bedeuten. Eine solche sozialversicherungsrechtliche Absicherung ge-

gen Medizinschäden anstelle oder zumindest neben der zivilrechtlichen Schadensabsicherung erfordert ein grundsätzliches Umdenken im Bereich des Haftungsrechts und insbesondere eine Abkehr von der Schädigerhaftung. Dies stellt ein nicht geringes Hindernis bei der Umsetzung dieses Lösungsansatzes dar. Der Vorteil dieses Modells besteht aber gerade in dieser – von Herrn Knieps in der Anhörung des Gesundheitsausschusses selbst so benannten – „Enthftung“ der GeburtshelferInnen bzw. HeilkundeerbringerInnen. Diese könnte das Verhältnis zwischen PatientInnen und Heilkundiger bzw. Heilkundigem entlasten und dadurch das System des Fehlermanagements sicherlich nachhaltig verbessern. Allerdings wären bei der Eingliederung die oben aufgeführten Problempunkte unbedingt zu beachten und im Hinblick auf eine Lösung einer nähergehenden Prüfung zu unterziehen.

Hinsichtlich der Probleme der GeburtshelferInnen auf dem Haftpflichtversicherungsmarkt könnte die Eingliederung ebenfalls eine Besserung bringen. Denn eine solche Umstrukturierung würde ebenso die Herausnahme der Berufshaftpflichtversicherung vom derzeitigen Versicherungsmarkt mit seinen Haftungshöchstsummen bedeuten und könnte daher das Problem des Marktversagens und der privaten Nachhaftung definitiv lösen. Inwiefern durch ein Umlageverfahren die bisherigen Prämien tatsächlich sinken würden, müsste mithilfe von Hochrechnungen näher geprüft werden. Dabei müsste aber auch positiv berücksichtigt werden, dass ein auf den Strukturen der DGUV basierendes positives Fehlermanagement zu weiter sinkenden Fehlerzahlen führen kann.

Damit stellt die Eingliederung der Berufshaftpflichtversicherung der Berufsgruppen und Institutionen in die Sozialversicherung zwar ebenfalls eine effektive Möglichkeit dar, den Schwierigkeiten der Haftpflichtsituation ein Ende zu bereiten, benötigt aber vor der Umsetzung dringend eine tiefere Prüfung der aufgezeigten Problempunkte um eventuelle Widersprüche und negative Folgen für die Hebammen im Vorhinein auszuschließen.

7. Zusammenfassung

Das derzeitige Haftpflichtdilemma zeigt überdeutlich, dass die Berufsstände der GeburtshelferInnen die hohen Schadenssummen, die durch die enorme Verteuerung schwerer Personenschäden im Heilwesen verursacht werden, alleine nicht mehr tragen können. Das Einfügen solidarischer Aspekte in die Haftpflichtstruktur des Gesundheitswesens im Hinblick auf ergänzende Finanzierungsansätze ist daher unausweichlich geworden.

Eine alternative Absicherung von Medizinschäden wurde bereits mehrfach und immer wieder in der juristischen Literatur diskutiert²⁷ und scheint aufgrund der zunehmenden Brisanz der Entwicklung im Haftpflichtbereich der Gesundheitsberufe dringender denn je.

Der DHV hat nunmehr zwei mögliche Lösungsansätze vorgestellt, die eine solche alternative Absicherung beinhalten. Sowohl die Fondsmodelle als auch eine öffentlich-rechtliche Absicherung analog der DGUV stellen dabei Haftungssysteme dar, die dem strukturellen Problemen der Haftpflichtsituation entgegenzutreten können. Die Fondsmodelle erscheinen hierbei durch ihre Flexibilität in der Ausgestaltung, Finanzierung und ihrem Potential zur Weiterentwicklung ein gutes Instrument, um auch in kürzerer Zeit eine Verbesserung der

²⁷ zusammenfassend siehe Knetsch, S. 44 f

Haftpflichtsituation zu erzielen. Eine Eingliederung in die DGUV erscheint hingegen aufgrund der großrahmigen Umstrukturierung eine größere und zeitaufwändigere Herausforderung. Dennoch erscheint die Abkehr von der Schädigerhaftung als langfristiges Ziel für den gesamten Bereich des Heilwesens als uneingeschränkt empfehlenswert.

8. Literatur

1. Eichenhofer, Eberhard/ Wenner, Ulrich, Kommentar zum SGB VII, Köln, 2010.
2. Hart, Dieter/ Francke, Robert, "Der Modellversuch eines Patientenentschädigungs- und -härtefallfonds (PatEHF) für Schäden durch medizinische Behandlungen: Einordnung, Zwecke, Verfahren, Organisation, Finanzierung, Gesetzesvorschlag", 2013, abrufbar unter
(Stand Juni 2014)
<http://www.hamburg.de/contentblob/4096038/data/gutachten-patientenentschaedigung.pdf>
3. Hauck, Karl/ Noftz, Wolfgang/ Keller, Wolfgang (Hrsg.), SGB VII - Kommentar, Loseblattsammlung, Berlin, Stand 02/2014.
4. Helleringer, Geneviève, "Medical malpractice and compensation in France, Part II: Compensation based on national solidarity", in: Chicago-Kent Law Review, Volume 86, Issue 3, 2011, S. 1125 -1138.
5. Knetsch, Jonas, Haftungsrecht und Entschädigungsfonds, Tübingen, 2012.
6. Kötz, Hein, "Haftung für besondere Gefahr - Generalklausel für die Gefährdungshaftung", in: Archiv für die civilistische Praxis, Band 170, 1970, S. 1- 41.

Regelungsbedarf für Hebammengemeinschaften und Hebammenpraxen

vorgelegt auf der Sitzung der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“

Einleitung

Traditionell bieten Hebammen Leistungen als aufsuchende Hilfe an, die sowohl den medizinischen als auch den psychosozialen Bedarf von schwangeren Frauen, Gebärenden, Wöchnerinnen und stillenden Frauen an Hebammenhilfe abdecken. Durch Wandel in der Gesellschaft und in der gesundheitlichen Versorgung ist der Bedarf an Teamarbeit und Unterhalt von Räumlichkeiten bei der Berufsausübung gewachsen, ohne dass Rechtsgrundlagen und Vergütungsgrundsätze in ausreichendem Maße angepasst wurden.

Gesetzliche Grundlagen der Hebammenhilfe

Die Ausübung des Berufes richtet sich nach dem Hebammengesetz und den Berufsordnungen der Länder, die sich an der Richtlinie der EU orientieren und der Reichsversicherungsordnung (RVO), die zum 1.1.2013 leicht verändert ins SGB V übernommen wird.

Demnach üben Hebammen ihren Beruf autonom und eigenverantwortlich aus. Maßgeblich für das Tätigwerden der Hebammen ist der Hilfebedarf der Frauen. Eine ärztliche Anordnung ist nur erforderlich, wenn wegen medizinischer Besonderheiten der Hilfebedarf das als Regelversorgung vertraglich vereinbarte Maß überschreitet.

Historie

Der Beruf der Hebamme wurde Jahrhunderte lang nach folgendem Modell ausgeübt:

Hebammen waren in einer bestimmten Region einzeln ansässig. Von ihnen wurden alle Hebammenleistungen erbracht, einschließlich Geburtshilfe und Beteiligung an der öffentlichen Gesundheits- und Sozialfürsorge. Die flächendeckende Versorgung wurde sichergestellt durch regionale Behörden, die dafür Sorge trugen, dass jede Frau Hebammenhilfe in Anspruch nehmen konnte, zuletzt (bis in die 1980er Jahre) in der BRD durch die Vergabe von Niederlassungserlaubnissen¹. Bei der Hebammenhilfe handelte es sich überwiegend um aufsuchende Hilfe. Die seltenen Konsultationen durch die Frauen fanden in der Wohnung der Hebamme statt bzw. in dafür zur Verfügung gestellten Räumen des öffentlichen Gesundheitswesens (z.B. Mütterberatung).²

Die Merkmale dieses Modells der Berufsausübung waren:

- Tätigkeit als einzelne Hebamme
- Umfassendes Leistungsangebot

¹ in der DDR bis zur Wende durch flächendeckende Unterhaltung von Mütterberatungsstellen, in denen Hebammen sowohl medizinisch als auch psychosozial vernetzt tätig waren.

² Regional gab es außerdem „Entbindungsheime“, die von einer Hebamme geleitet wurden, in denen die Möglichkeit bestand, stationär für die Geburt und einige Tage des Wochenbettes aufgenommen zu werden, z.B. wenn die häuslichen Bedingungen der Frauen gegen eine Hausgeburt sprachen.



- 24/7 Verfügbarkeit der Hebamme mit Rückendeckung durch die Großfamilie
- Kaum Kosten zur Unterhaltung einer Praxis für die Hebamme.

Ausgehend von diesem Modell der Berufsausübung wurden durch den Gesetzgeber zwischen 1986 und 2004 Gebührenverordnungen erlassen, deren Struktur und Vergütungshöhe nicht angepasst wurde an die sich ändernden Bedingungen des Gesundheitswesens und damit auch der Berufsausübung der Hebammen.

Die Betriebskosten für den Unterhalt bedarfsgerecht ausgestatteter Räumlichkeiten wurden weder in die Vergütungshöhe einkalkuliert noch war eine gemeinschaftliche Berufsausübung vorgesehen.

Wichtigste Veränderungen in der Gesellschaft und im Gesundheitssystem

- Trennung von Beruf und Freizeit
- Einrichtung von Notdiensten
- Teamarbeit
- Wegfall der Großfamilie
- Versorgung von Kindern berufstätiger Mütter außerhalb der Familie
- Professionelles Berufsverständnis mit adäquatem Arbeitsort
- Hohe Erwartung an Sicherheit und Ergebnis von Behandlungen (drückt sich u.a. aus in steigenden Haftpflichtprämien)
- Wirtschaftliche Betriebsführung
- Weniger Kinder je Frau
- Hohe, gesetzlich festgelegte Anforderungen an Hygiene, Arbeitsschutz, Unfallschutz, Umgang mit Medizinprodukten.

Änderungen in der Berufsausübung der Hebamme

Die vielfältigen Änderungen in Gesellschaft und Gesundheitsversorgung führten bei der Berufsausübung der Hebammen zu folgenden Anpassungen:

- Beschränkung/Spezialisierung auf einen Teilbereich des Leistungsspektrums
- Hoher Grad an Teilzeitarbeit mit Nebentätigkeit, um den schlechten Verdienst auszugleichen
- Finanzierung der Rufbereitschaft der Hebammen durch die Versicherten.

Der Hebammenberuf ist auch heute noch überwiegend mit aufsuchender Tätigkeit verbunden. Trotzdem ist für die Bürotätigkeit und Lagerung von Materialien, Arzneimitteln und unter Verschluss zuhaltenden Akten Raumbedarf vorhanden, der in den Wohnräumen der Hebamme zu erheblichen Einschränkungen führt und steuerlich oftmals nicht geltend gemacht werden kann.

Die Organisation im Team und die Unterhaltung von Praxisräumen bieten zahlreiche Vorzüge für die betreuten Familien und Hebammen:

- Feste Anlaufstelle für die Frauen
- Alle Hebammenleistungen aus einer Hand
- Vertretungsmöglichkeit bei Abwesenheit wegen Urlaub, Fortbildung, Krankheit
- Geregelt Freizeit
- Bessere Vereinbarkeit von eigener Familie und Beruf
- Möglichkeit der Lagerung von Akten, Arzneimitteln und Materialien entsprechend der hierfür geltenden Regelwerke
- Möglichkeit der gemeinsamen, kostengünstigeren Bestellung von Büromaterial und Arbeitsmitteln
- Gemeinsame Nutzung relativ selten benutzter teurerer Geräte (z.B. CTG)
- Kollegialer Austausch
- Gemeinsame Werbung (Homepage, Flyer).

Hebammenteams sind in folgenden Rechtsformen tätig:

- Einzelunternehmerin mit vertraglicher Bindung weiterer Hebammen (z.B. durch Untervermietung der Räume an weitere Hebammen, Angestellte)
- Partnerschaft nach dem Partnerschaftsgesetz
- Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)
- Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH)
- Vereine als Träger Hebammen geleiteter Geburtshilfe
- Mischformen

Vergütung von Hebammenleistungen

Die gesetzlichen Regelungen zur Vergütung von Hebammenleistungen richten sich bei gesetzlich Versicherten nach § 134a SGB V. Darin heißt es: *„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene mit bindender Wirkung für die Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und der Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe sowie über die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkassen.“*

Darüber hinaus werden die Leistungen für nicht gesetzlich Versicherte über die Privat- Gebührenordnungen der Bundesländer gegenüber den Leistungsempfängern selbst abgerechnet sowie bei Zuständigkeit über Sozialhilfeträger. Leistungen, die aus psychosozialen Gründen über die normale Versorgung mit Hebammenhilfe hinausgehen, werden über Träger der Jugendhilfe abgerechnet.

Berücksichtigung von Betriebskosten für Hebammenpraxen ohne Geburtshilfe

Zum 1.1.2007 wurde die Vergütung über eine vom Gesetzgeber erlassene Gebührenverordnung abgelöst durch Vertragsverhandlungen zwischen dem GKV- Spitzenverband und den Hebammenverbänden. Kurze Zeit später wurde die Finanzierung der Betriebskosten für von Hebammen geleitete Einrichtungen mit ambulanter Geburtshilfe gesetzlich verankert.

§ 134a benennt „hebammengeleitete Einrichtungen“ ausschließlich im Zusammenhang mit ambulanten Entbindungen und sieht auch nur hierfür die vertragliche Vereinbarung zur Übernahme von Betriebskosten der Einrichtungen vor. Damit finden zumindest für diesen wichtigen Teilbereich der Hebammenhilfe die Kosten des Unterhalts von Räumlichkeiten und der Organisation in Teams mit unterschiedlichen Rechtsformen vertragliche und finanzielle Berücksichtigung. Zusätzlich zu den oben genannten Rechtsformen sind hierbei auch Trägervereine und GmbH's, unter genau definierten Bedingungen, möglich.

Für alle Leistungen von freiberuflichen Hebammen (außer der o. g. ambulanten Geburt) bleibt die Situation der Berücksichtigung der Betriebskosten jedoch ungelöst. Die Abrechnung von Leistungen durch Hebammen in unterschiedlichen Rechtsformen sieht sich großen Hürden und überbordenden bürokratischen Forderung durch die Krankenkassen ausgesetzt.

Hebammenleistungen können nur abgerechnet werden, wenn sie von freiberuflichen Hebammen erbracht werden, die am Vertrag über die Versorgung mit Hebammenleistungen nach § 134a SGB V teilnehmen und damit auf der Vertragspartnerliste geführt werden. Damit ist ausgeschlossen dass:

- Kliniken Leistungen ihrer angestellten Hebammen als freiberufliche Hebammenleistungen direkt gegenüber der Krankenkasse abrechnen
- Träger der Kinder- und Jugendfürsorge Familienhebammenleistungen über die GKV finanzieren
- Niedergelassene Ärzte Leistungen nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe abrechnen.

Dies ist gut und muss, um die hohen Qualitätsstandards in der Hebammenversorgung künftig zu wahren, erhalten bleiben. Damit ist aber auch ausgeschlossen, dass freiberufliche Hebammenleistungen durch Träger eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) abgerechnet werden können.

Der DHV lehnt die Erbringung freiberuflicher Hebammenleistungen unter fachfremder Leitung auch für die Zukunft entschieden ab. Die Ausübung des Berufes unter ärztlicher Leitung oder unter Trägerschaft der Kinder- und Jugendhilfe widerspricht der Autonomie und dem Berufsbild, das neben medizinischen auch psychosoziale und edukative Elemente vereint und überwiegend das Gesunde in der Familienbildung fokussiert.

Dies bildet eine sinnvolle Ergänzung zur Risiko- und Pathologieausrichtung ärztlicher Träger und zur Fokussierung auf Problemlagen einer Familie bei der Kinder- und Jugendhilfe, solange dabei das Berufsbild in Gänze erhalten bleibt, nicht jedoch, wenn es verwässert durch andere Zielsetzungen und Vorgehensweisen fachfremder Träger.

Allerdings ist damit auch ausgeschlossen, dass die Arbeit der Hebammen sich an moderne Strukturen und Organisationsformen der Gesellschaft anpasst, bzw. dass die Kosten, die durch diese veränderten Rahmenbedingungen entstehen, übernommen werden.

Hebammen benötigen, um den gesellschaftlichen Anforderungen an wirtschaftlicher und effizienter Arbeitsweise entsprechen zu können, adäquate Versorgungskonzepte. Sie benötigen die Möglichkeit, die Kosten, die durch das Betreiben einer Praxis entstehen, aus ihren Einnahmen generieren zu können, um die flächendeckende Versorgung sichern zu können und um durch Vernetzung Synergieeffekte schaffen zu können.

Vorschläge

- Anhebung der Vergütung auf ein Niveau, das es Hebammen erlaubt eine Praxis zu führen und weitere Hebammen anzustellen
- Klärung und Anerkennung der Rechtsformen, in denen Hebammengemeinschaften auch ohne ambulante Geburtshilfe Leistungen erbringen und unkompliziert abrechnen können
- Gesetzliche Anerkennung der Betriebskosten für Hebammengeleitete Einrichtungen, die keine Geburtshilfe anbieten.
- Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe durch Schaffung von Anreizen in unterversorgten Gebieten (dies betrifft sowohl den ländlichen Raum als auch Großstädte mit hohen Mieten).

September 2013