



Wortprotokoll der 36. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 25. März 2015, 14:00 Uhr
10557 Berlin Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungsaal 3 101

Vorsitz: Rudolf Henke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt Seite 4

- a) Antrag der Abgeordneten Cornelia Möhring, Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Zukunft der Hebammen und Entbindungspfleger sichern - Finanzielle Sicherheit und ein neues Berufsbild schaffen

BT-Drucksache 18/1483

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Berichterstatter/in:
Abg. Elisabeth Scharfenberg [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- b) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Ulle Schauws, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Geburtshilfe heute und in Zukunft sichern - Haftpflichtproblematik bei Hebammen und anderen Gesundheitsberufen entschlossen anpacken

BT-Drucksache 18/850

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Berichterstatter/in:
Abg. Elisabeth Scharfenberg [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Spahn, Jens Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Kippels, Dr. Georg Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Blienert, Burkhard Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Bas, Bärbel Freese, Ulrich Hellmich, Wolfgang Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang

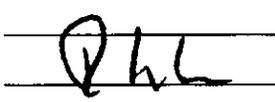
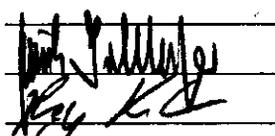
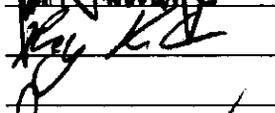
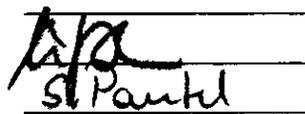
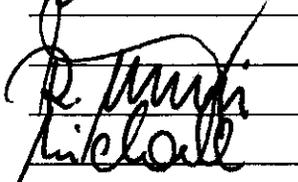
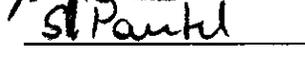
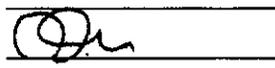
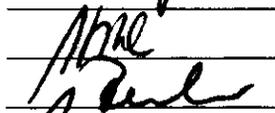
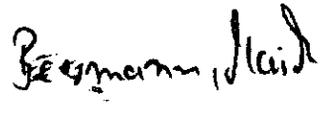


0/1

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)
 Mittwoch, 25. März 2015, 14:00 Uhr

Anwesenheitsliste

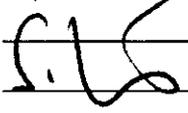
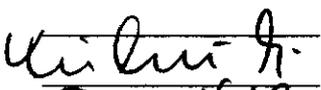
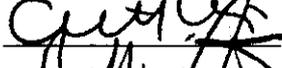
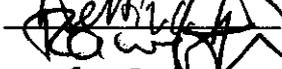
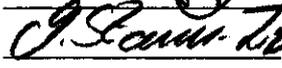
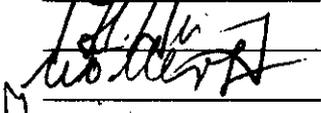
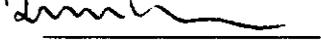
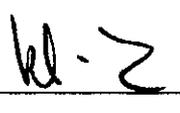
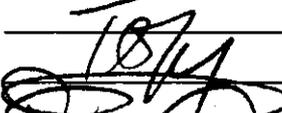
gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
CDU/CSU		CDU/CSU	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	
Henke, Rudolf		Brehmer, Heike	
Hennrich, Michael		Dinges-Dierig, Alexandra	
Hüppe, Hubert		Eckenbach, Jutta	
Irlstorfer, Erich		Kippels Dr., Georg	
Kühne Dr., Roy		Lorenz, Wilfried	
Leikert Dr., Katja		Manderla, Gisela	
Maag, Karin		Nüblein Dr., Georg	
Meier, Reiner		Pantel, Sylvia	
Michalk, Maria		Rupprecht, Albert	
Monstadt, Dietrich		Schmidt (Ühlingen), Gabriele	
Riebsamen, Lothar		Schwarzer, Christina	
Rüddel, Erwin		Steineke, Sebastian	
Schmelzle, Heiko		Steiniger, Johannes	
Sorge, Tino		Stracke, Stephan	
Spahn, Jens		Timmermann-Fechter, Astrid	
Stritzl, Thomas		Wiese (Ehingen), Heinz	
Zeulner, Emmi		Zimmer Dr., Matthias	
			

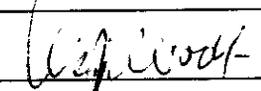
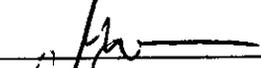
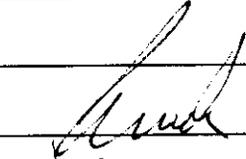
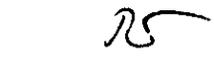
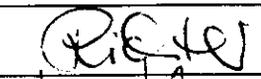
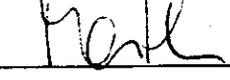
Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)
 Mittwoch, 25. März 2015, 14:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
SPD		SPD	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	_____
Blienert, Burkhard		Bas, Bärbel	_____
Dittmar, Sabine	_____	Freese, Ulrich	_____
Franke Dr., Edgar	_____	Hellmich, Wolfgang	_____
Heidenblut, Dirk	_____	Henn, Heidtrud	_____
Kermer, Marina	_____	Hinz (Essen), Petra	_____
Kühn-Mengel, Helga		Katzmarek, Gabriele	_____
Mattheis, Hilde		Läuterbach Dr., Karl	_____
Müller, Bettina		Tack, Kerstin	_____
Rawert, Mechthild		Westphal, Bernd	_____
Stamm-Fibich, Martina		Ziegler, Dagmar	_____
DIE LINKE.		DIE LINKE.	
Vogler, Kathrin	_____	Höger, Inge	_____
Weinberg, Harald		Lutze, Thomas	_____
Wöllert, Birgit	_____	Tempel, Frank	_____
Zimmermann, Pia		Zimmermann (Zwickau), Sabine	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	
Klein-Schmeink, Maria	_____	Kurth, Markus	_____
Scharfenberg, Elisabeth	_____	Pothmer, Brigitte	_____
Schulz-Asche, Kordula	_____	Rüffer, Corinna	_____
Terpe Dr., Harald		Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	_____
Ulle Schauws			
Dörner, Katja	_____		

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amtsbezeichnung
Baden-Württemberg	Richter		Ang.
Bayern	Enrich		ORRIM
Berlin			
Brandenburg	Weichbratt		VA'e
Bremen	LITTSSEN		ORR
Hamburg	FLEISGMANN		ORR
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen	Jandke		RD'in
Rheinland-Pfalz	Walter		VA
Saarland			
Sachsen	Pier		RR
Sachsen-Anhalt	Richter		2 Ang.e
Schleswig-Holstein	MARTTEU		RVWD'in
Thüringen			



off.

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 25. März 2015, 14:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
DIE LINKE.	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Kath. Kahlert	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>
Be. Braun	SPD	<i>[Handwritten Signature]</i>
Almeprut Nimbs	SPD	<i>[Handwritten Signature]</i>
Roman Pfeifer	SPD	<i>[Handwritten Signature]</i>
Meiler Ulrike	Grüne	<i>[Handwritten Signature]</i>
A. Schrage	LINKE	<i>[Handwritten Signature]</i>
T. Braun	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>
Stephan Wille	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>
Dr. Manfred Lang	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>

Unterschriftenliste

eine öffentliche Anhörung zu den folgenden Vorlagen:

Antrag der Abgeordneten Cornelia Möhring, Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Zukunft der Hebammen und Entbindungspfleger sichern - Finanzielle Sicherheit und ein neues Berufsbild schaffen

BT-Drucksache 18/1483

sowie dem

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Ullé Schauws, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Geburtshilfe heute und in Zukunft sichern - Haftpflichtproblematik bei Hebammen und anderen Gesundheitsberufen entschlossen anpacken

BT-Drucksache 18/850

am **Mittwoch, dem 25. März 2015,**

in der Zeit **von 14:00 Uhr bis 15:00 Uhr,**

im Anhörungssaal 3 101, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus (MELH)

Eingang: Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Verbände

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.
(DGUV)



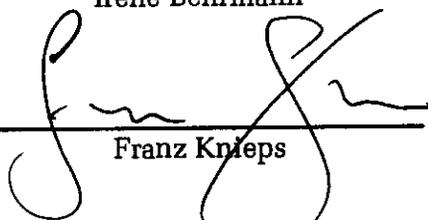
Dr. Edlyn Höller

Greenbirth e. V.



Irene Behrmann

BKK Dachverband



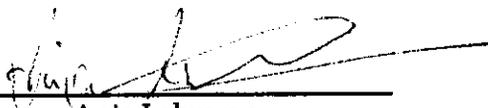
Franz Knieps

Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands
e. V. (BfHD)



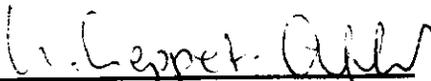
Ruth Pinno

Bundesärztekammer (BÄK)

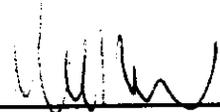

Anja Lehmann

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und
Geburtshilfe (DGGG)

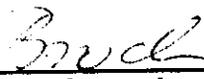
Deutsche Gesellschaft für
Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)


Ulrike Geppert-Orthofer

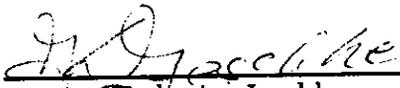
Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)


Andreas Wagener

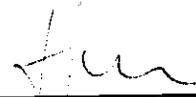
Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.
V. (DFH)


Cordula Brockmann

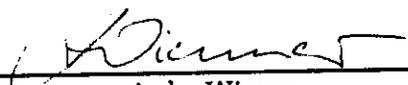
Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)


Katharina Jeschke

Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V. (GDV)


Nils Hellberg

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen
Geburtshilfe e. V. (QUAG)


Anke Wiemer

GKV-Spitzenverband

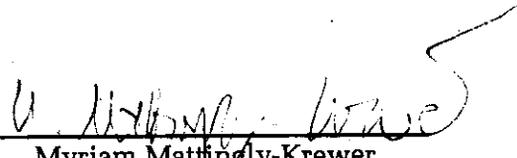

Johann-Magnus von Stackelberg
Elke Maßing


Elke Maßing

Hebammen für Deutschland e.V.


Nitya Runte

Netzwerk der Geburtshäuser e. V.


Myriam Mattingly-Krewer

Prof. Dr. P.H. Friederike zu Sayn-Wittgenstein

KEINE TEILNAHME

**Beginn der Sitzung: 14:00 Uhr**

Der **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Guten Tag, sehr verehrte Damen und Herren. Mein Name ist Rudolf Henke, ich bin der stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses und entschuldige Herrn Dr. Franke, der normalerweise unsere Sitzungen als Vorsitzender des Ausschusses leitet. Er ist leider erkrankt. Ich begrüße Sie alle sehr herzlich, insbesondere natürlich die Abgeordneten und die Zuschauer auf der Tribüne. Dann freue ich mich, dass Frau Parlamentarische Staatssekretärin Ingrid Fischbach bei uns ist, herzlich willkommen, und weitere Vertreter der Bundesregierung. Ich danke Ihnen sehr, dass Sie bereit sind, uns mit Ihren Antworten dabei zu helfen, eine möglichst gemeinwohlgünstige Lösung zu finden. Gegenstand der Anhörung ist zum einen ein Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Zukunft der Hebammen und Entbindungspfleger sichern – finanzielle Sicherheit und ein neues Berufsbild schaffen“ und zum anderen ein Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Geburtshilfe heute und in Zukunft sichern – Haftpflichtproblematik bei Hebammen und anderen Gesundheitsberufen entschlossen anpacken“. Wie Sie aus der Einladung wissen, ist auch der auf die Problematik der Berufsgruppe der Hebammen bezogene Teil des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes Gegenstand dieser Anhörung. Vielleicht darf ich noch ein paar Anmerkungen zum Verfahren machen. Wir haben insgesamt für diese Anhörung 60 Minuten zur Verfügung. Die Fraktionen haben sich verständigt, dass sie ihre Fragen abwechselnd stellen. Das heißt, wir beginnen in der ersten Runde mit der CDU/CSU, dann folgt die SPD, dann hat nochmals die CDU/CSU das Wort, anschließend die Fraktion DIE LINKE. und beendet wird die erste Fragerunde durch die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. In der zweiten Runde beginnt wieder die CDU/CSU, danach die SPD, dann wieder CDU/CSU, dann wieder SPD und auch in der zweiten Runde kommen danach dann die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zu Wort. Runde 1 und Runde 2 erfolgen nacheinander und jeweils im Wechsel. Jeder oder jede Fragende stellt eine Frage an einen Sachverständigen, so ist die Absprache. Ich möchte Sie bitten, dass Sie, so wie die Abgeordneten darauf achten, ihre Fragen so kurz wie möglich zu formulieren, Sie Ihre Antworten so kurz wie

möglich formulieren, damit möglichst viele Fragende und Sachverständige zu Wort kommen. Die Sechzig-Minuten-Grenze bricht die Liste und wenn wir dort angelangt sind, ist die Liste zu Ende. Deswegen ist es gut, wenn wir uns bei den Fragen und bei den Antworten knapp fassen. Ich bin Ihnen sehr dankbar, wenn Sie bei der Beantwortung der Fragen die Mikrofone benutzen, das dient auch der Protokollierung. Ich bitte Sie, sich jeweils mit Ihrem Namen vorzustellen. Wir sollten daran denken, am Ende der Sitzung die Handys wieder einzuschalten. Dies ist eine erhebliche Hilfe für den weiteren Kommunikationsverlauf. Dann weise ich Sie noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und zeitversetzt nochmal im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Der Livestream ist im Internet abrufbar und das Wortprotokoll der Anhörung wird ebenfalls auf der Homepage des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages im Internet veröffentlicht. Wenn es keine Unklarheiten mehr gibt, können wir in die Anhörung eintreten.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Unsere erste Frage geht an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft. Im Rahmen der Arbeit der interministeriellen Arbeitsgruppe haben Sie vorgeschlagen, die Regressforderung einzuschränken. Halten Sie die jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung für ausreichend und ist sie ein wirksames Mittel, um die Haftpflichtversicherung für die Hebammen zu stabilisieren oder sind Sie der Meinung, dass andere gesetzliche Maßnahmen notwendig sind?

SV **Nils Hellberg** (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)): In der Tat haben wir viele Alternativen und Ergänzungen zum bisherigen System der Berufshaftpflichtversicherungen erwogen und geprüft. Im Rahmen der interministeriellen Arbeitsgruppe haben wir den Auftrag bekommen, zu prüfen, inwieweit der Regressanteil ein namhaftes Ausmaß an den Gesamtschadenaufwendungen, an schweren Personenschäden annimmt, die das Schadenbild und die Schadenaufwendung für freiberufliche Hebammen dominieren. Wir haben in den einzelnen Studien ermittelt, dass etwa 25 Prozent des Gesamtschadenaufwandes auf Regresse entfallen - gemessen nach fünf Jahren Abwicklung. Das heißt, dass der Versicherer diesen Fall fünf Jahre reguliert und auszahlt und dann



eine gewisse Sicherheit hinsichtlich des Schadensmaßes und der Aufwendungen hat. Wir haben auch gesehen, dass bei längerer Abwicklung, also bei einer längeren Schadenregulierung über 15 oder 20 Jahre, bis der Geburtsgeschädigte verstirbt, der Anteil der Regresse am Gesamtschadenaufwand zunimmt. Das heißt, mit der Herausnahme der Regressmöglichkeiten hätte man einen Ansatzpunkt, der die Gesamtschadenlast wesentlich reduzieren könnte. Wir haben auch festgestellt, dass etwa drei Viertel dieser Regresse auf die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen entfällt, das heißt in toto, nach fünf Jahren Abwicklung wären das 19, sagen wir rund 20 Prozent des Aufwands. Wie gesagt, mit dem Potenzial zu mehr. Wir waren vom Wortlaut des Gesetzes enttäuscht, der erstmals bei den von der freiberuflichen Hebamme verursachten Schäden zwischen einfachfahrlässig und grobfahrlässig unterscheidet. Wir haben dann versucht zu ermitteln, um wieviel sich gegebenenfalls diese Entlastungsmöglichkeit reduzieren würde und haben festgestellt, dass die Zahl der einfachfahrlässigen Fälle in der Minderheit wäre und die Entlastung vom Gesamtschadenaufwand nur etwa fünf Prozent betragen würde. Für die Untersuchung haben wir etwa 100 schwere von freiberuflichen Hebammen verursachte Personenschadensfälle genommen, die sich in der Regulierung bei unseren Mitgliedsunternehmen befinden und abgeschätzt, wie der Anteil grobfahrlässig und einfachfahrlässig sein würde. Das kann das eine oder andere Prozent mehr sein, aber die Richtgröße ist sehr gering. Von daher glauben wir, dass diese Entlastungswirkung beim jetzigen Wortlaut des Gesetzes, so wie er im Entwurf vorliegt, nicht eintreten wird, zumal man in Haftungsprozessen bei der Frage, ob es sich um einfachfahrlässiges Fehlverhalten oder um grobfahrlässiges Verschulden der Hebamme handelt, zusätzliche Streitigkeiten generieren würde. Das wäre sicherlich auch menschlich sehr belastend für die jeweilige Person. Dies ist eine Frage, die bisher überhaupt keine Rolle gespielt hat, weil der gesamte Bereich der Fahrlässigkeit versichert ist. Insofern gibt es auch keine Erfahrungen seitens der Rechtsprechung, wie diese Fälle einzuschätzen sind. Von daher kann im Ergebnis vom jetzigen Wortlaut des Gesetzes kaum eine Entlastungswirkung erwartet werden. Wir hätten uns stattdessen gewünscht, dass man hier den Regressausschluss für alle Fälle der Fahrlässigkeit erwägt.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe auch eine Frage an den GDV. In der Stellungnahme des Berufsverbands des Bundes der freiberuflichen Hebammen Deutschland (BfHD) wird auf eine Abfrage bei den Versicherungsmaklern verwiesen, die trotz eines Regressverzichts keine Anschlussverträge nach 2016 erwarten. Haben auch Sie bei Ihren Verbandsmitgliedern die Bereitschaft abgefragt, nach Regressverzicht Policen anzubieten und gehen Sie davon aus, dass es nach 2016 Policen weiterer Anbieter zu einer reduzierten Prämie geben wird?

SV **Nils Hellberg** (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)): Aus kartellrechtlichen Gründen dürfen wir diese Abfrage bei unseren Mitgliedsunternehmen nicht durchführen, weil es grundsätzlich den Mitgliedsunternehmen und allen Versicherern obliegen muss, aus eigenen Erwägungen Versicherungen abzuschließen oder nicht, sodass wir aktuell kein Meinungsbild haben und auch nicht haben dürfen. Gleichwohl mache ich keinen Hehl daraus, dass nicht nur ich mir persönlich, sondern dass die Versicherungswirtschaft insgesamt sich wünscht, dass der Versicherungsschutz für freiberufliche Hebammen auch nach 2016 - auf welchem Beitrags- und Prämienniveau auch immer - fortgeführt werden kann. Letztendlich ist es unsere Aufgabe, Versicherungsschutz zur Verfügung zu stellen. Das wollen wir auch unter schwierigen Bedingungen machen, nur wünschen wir uns natürlich, dass das künftig unter gesetzlichen Bedingungen möglich ist, die zumindest das Verlustrisiko etwas stärker ausschließen als es derzeit der Fall ist. Wir müssen die Gelegenheit haben, auf dem Markt auch nichtverlusträchtige Geschäfte zu machen und das fällt unter den derzeitigen Bedingungen sehr schwer. Da würden wir uns in der Tat eine Änderung wünschen. Aber wir wünschen uns natürlich genauso, dass Versicherungsschutz aufrechterhalten werden kann.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Der neue § 134a Absatz 5 SGB V wird dafür sorgen, dass wieder mehr Versicherer die Berufshaftpflichtversicherung für freiberufliche Hebammen anbieten und die Berufshaftpflicht wird dadurch stabiler werden. Lassen sich durch weitere Präventionsmaßnahmen schwere Geburtsschäden verhindern? Wenn ja, welche könnten das aus Ihrer Sicht sein?

SV **Nils Hellberg** (Gesamtverband der Deutschen



Versicherungswirtschaft (GDV)): Wenn die gesetzliche Regelung des § 134a Absatz 5 SGB V so bliebe, wie sie jetzt vorgeschlagen und in Worte gegossen wurde, wird sich hinsichtlich der Entlastung auf der Schadenseite faktisch nichts Wesentliches ändern. Ich wüsste nicht, woher die von uns gewünschte Belebung des Versicherungsmarktes oder eine langfristige Stabilisierung der Beiträge und der Versicherungsprämien kommen könnten. Insoweit würde ich dafür plädieren, den Regressausschluss weiter zu fassen. Dann glaube ich schon, dass wir perspektivisch zumindest eine Stabilisierung der Beiträge hinbekommen könnten und den exorbitanten Steigerungen der letzten Jahre von über 20 Prozent und mehr ein Ende gesetzt würde. Im Moment werden wir bei diesem Wortlaut einfach nicht viel erwarten können, weil sich die Rahmenbedingungen nicht ändern. Wir haben es mit einer vergleichsweise niedrigen Zahl von Personengroßschäden zu tun. So etwa zehn, maximal fünfzehn Schäden pro Jahr, das kann mal mehr, mal weniger sein. Selbst bei den größten Präventionsanstrengungen lassen sich nicht sämtliche Geburtsschäden verhindern. Das kann gar nicht sein. Gleichwohl glauben wir, dass es jede Anstrengung wert ist, entweder Schäden ganz zu verhindern oder zumindest in ihrem schrecklich großen Ausmaß einzuschränken. Wir glauben, dass hier noch Luft ist für gesetzgeberische Maßnahmen, die wir vorschlagen. Insbesondere regen wir an, ein Fehlerregister und ein Register von Beinahe-Fehlern einzurichten, anhand dessen man Fortbildungsmaßnahmen oder auch das Verhalten in Krisensituationen schulen könnte. Das könnte dazu führen, dass in dem einen oder anderen Fall, wo heute noch ein schwerer Geburtsschaden eintritt, dieser künftig vielleicht nicht mehr eintritt, weil die Hebammen dann noch besser als bisher mit Krisensituationen klarkommen, entweder indem sie ärztliche Hilfe hinzuziehen oder andere Maßnahmen einleiten, um präventiv Schäden zu vermeiden. Das würden wir uns wünschen.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Jeschke vom Deutschen Hebammenverband. Frau Jeschke, Sie sprachen in Ihrer Stellungnahme vom Marktversagen im Bereich der privaten Haftpflichtversicherung für die Geburtshilfe. Bitte erläutern Sie das kurz und sagen Sie, ob durch den vorgeschlagenen Regressverzicht das Problem jetzt zukunftsicher gelöst wird. Wenn nicht, was ist Ihr Vorschlag?

SVe **Katharina Jeschke** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Wir haben von Marktversagen gesprochen, weil wir beobachtet haben, dass es immer weniger Versicherungsunternehmen gibt, die eine Haftpflichtversicherung für die freiberuflichen Hebammen anbieten möchten. Das ist aus unserer Sicht verständlich, denn es ist eine kleine Gruppe von Hebammen, die mit relativ wenig Einkommen ausgestattet ist und dadurch relativ wenig Spielraum hat, höhere betriebliche Kosten in Kauf zu nehmen. Gleichwohl steigen unsere Schäden in den letzten Jahren nicht an. Aber es steigen die Regulierungskosten im einzelnen Fall, so dass beobachtet werden konnte, dass die Haftpflichtversicherer ihr Interesse an einem marktwirtschaftlich sinnvollen Gewinnstreben im Bereich der Hebammenversicherung einfach nicht nachkommen können und sie deshalb aus dem Markt ausgestiegen sind. Letztes Beispiel war die Nürnberger Versicherung, die wirtschaftlich gut begründet, unser Konsortium genauso verlassen hat wie das Konsortium des Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands. Auf der Suche nach anderen Versicherungsunternehmen, die wir europa- und deutschlandweit angefragt haben, war es fast unmöglich, ein neues Konsortium zusammenzustellen. Sie haben es alle mitbekommen, wir haben jetzt ein Großkonsortium mit sehr vielen kleinen Anteilseignern, wo sich große Versicherungsgesellschaften mit sehr kleinen prozentualen Anteilen beteiligen. Wir haben die Zusage nur für ein Jahr. Wir hoffen, dass wir zukünftig weiterhin Haftpflichtversicherer finden bzw. ein Konsortium zusammenstellen können, aber wir haben aktuell keine Sicherheit. Klar ist die Ursache: Wir können die Prämie nicht bezahlen, die der Haftpflichtversicherer brauchen würde, um sein Risiko zu refinanzieren. Wir glauben, dass diese Situation der letzten Jahre mit immer höheren Prämien bei im Prinzip gleichem Ergebnis - von Jahr zu Jahr mussten wir wieder bangen, ob wir einen Haftpflichtversicherer finden - mit dem Regressverzicht allein nicht lösbar ist. Der Regress der Kranken- und Pflegeversicherung macht auch nur einen Teil der Kosten aus, die von Jahr zu Jahr hinzukommen und unsere Prämien verteuern. Deshalb haben wir vorgeschlagen, dass eine Fonds-Stiftungslösung initiiert wird. Wir haben in unserer Stellungnahme schon im vergangenen Jahr mehrere Möglichkeiten juristisch geprüft und in die politische Debatte eingebracht. Je nachdem, ob man von



der individuellen Haftung im Fehlergeschehen einer Hebamme komplett abkehren oder ob man dieses Risiko oder die individuelle Haftung eliminieren möchte, gibt es verschiedene Modelle, die zur Diskussion stehen. Grundsätzlich sieht der Deutsche Hebammenverband die Politik in der Pflicht, diese gesellschaftliche Debatte, die um den Berufsstand der Hebammen entbrannt ist, in die richtigen Bahnen zu lenken. Die Gesellschaft zeigt deutlich, dass sie eine Hebammenversorgung möchte und die Hebammen stehen als Primärversorgerinnen für die physiologische Schwangerschaft sowie für die physiologische Geburt genauso zur Verfügung wie für die Wochenbettbetreuung und die Säuglings- bzw. Stillzeit. Die Versorgung muss neu strukturiert werden, sodass wir sie auch flächendeckend anbieten können, um den Bedarf der Bevölkerung zu decken. Es reicht schlussendlich nicht, nur einen Regressverzicht einzuführen, sondern es müssen große strukturelle Veränderungen in Gang gebracht werden, die dieses Versagen der Angebotssituation und die Einkommenssituation der Hebammen grundsätzlich neu ordnen und strukturieren.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Hellberg vom GDV. Um wieviel Prozent könnten die Haftpflichtprämien gesenkt werden, wenn auch grobfahrlässig verursachte Schäden berücksichtigt werden und auch die gesamte Vorbereitung, Durchführung und Nachbehandlung von Geburten in den Regressausschluss einbezogen würde, wie Sie es in Ihrer Stellungnahme fordern?

SV **Nils Hellberg** (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)): Auch das kann ich Ihnen und dürfte ich Ihnen auch aus kartellrechtlichen Gründen nicht sagen. Wenn man, wie ich vorhin schon sagte, einen umfassenden Regressausschluss vorsehen würde, hätten wir eine Größenordnung im Bereich des Schadenaufwands von 20 Prozent und perspektivisch mehr, der sich entsprechend bemerkbar machen und zumindest für eine Stabilisierung der Beiträge sorgen würde. Dabei muss berücksichtigt werden, dass der Schadenaufwand nicht alleine für die Prämie bestimmend ist. Das ist der weitaus größte Posten, aber es gibt eben auch noch die Schadenregulierungsaufwendungen, dazu Sicherheitszuschläge, Rückversicherungskosten, Abschluss- und Verwaltungskosten

und letztendlich kommen noch 19 Prozent Versicherungssteuer obendrauf. Selbst wenn wir einen namhaften Prozentsatz bei der Schadenseite einsparen würden, würde sich das nicht Eins-zu-eins in sinkenden Prämien widerspiegeln. Das kann rein rechnerisch schon nicht funktionieren.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Anknüpfend an die vorherige Antwort von Herrn Hellberg zum Thema Qualität und Einführung eines sogenannten Fehlerregisters, geht die nächste Frage an die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe. Würde denn die Einführung eines solchen Fehler- oder Geburtsregisters mit einer Erfassung der von den Hebammen verursachten Schäden zu einer verbesserten Qualitätsorientierung bei Leistungserbringung und Dokumentation beitragen?

Sve **Anke Wiemer** (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG)): Ihre Frage ist insofern zu beantworten, dass wir die außerklinischen Geburten bereits seit 1999 regelmäßig erheben und nicht nur gesunde oder gut gelaufene Geburten aufnehmen, sondern auch Geburten, die problematisch abgelaufen sind. Wir sind im Moment bei einem Erfassungsgrad von 85 Prozent. Des Weiteren ist eine Fehlerkultur vorhanden. Es wird in einem Gremium, das sich einmal im Jahr trifft, Fehlerkultur betrieben, indem man Problemfälle bespricht und versucht daraus zu lernen, was unsere Gesellschaft betrifft. Dazu wurde das Portal „Fälle für alle“ im deutschsprachigen Raum, d. h. in der Schweiz, Österreich und Deutschland eingerichtet, in denen durch Hebammen betreute Beinahe-Fehler oder auch Fehler beschrieben werden, aus denen alle anderen, die Zugriff auf dieses Portal haben, lernen können. Inwieweit das gesetzlich verankert werden müsste, bleibt fraglich, denn wir kennen aus dem CIRS-System (Critical Incident Reporting System), dass Freiwilligkeit eher zu Offenheit führt. Eine verordnete Fallanalyse oder eine Fallbeschreibung führen eher zu Ressentiments und werden eher abgelehnt oder es werden beschönigte Angaben gemacht.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Der Gesetzgeber hat mit dem Versorgungsgesetz I und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzliche Vergütungssteigerungen sowie den künftigen Sicherstellungszuschlag von der Vereinbarung von



Qualitätskriterien für die hausgeburtliche Hilfe abhängig gemacht. Die Fristen hierfür sind aber längst verstrichen und die Verhandlungen stocken. Halten Sie es für sachgerecht, dass die Vertragspartner neben der Vergütungsfrage auch Qualitätsaspekte verhandeln oder wäre hier gegebenenfalls auch eine grundsätzliche Klarstellung im Gesetz, etwa über den § 24 SGB V, zielführender? Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband.

SV Johann-Magnus Frhr. von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen die Regelungen zu Qualitätssicherung im Gesetz sehr. Wir freuen uns auch, dass wir die Vertragsverhandlungen sehr weit vorangetrieben haben, aber wir sind tatsächlich bei einem Punkt noch im Dissens. Das ist die Frage, inwieweit die freie Wahl des Geburtsortes der Mutter mit gesundheitlichen Aspekten des ungeborenen Kindes abzuwägen ist. Es würde uns tatsächlich helfen, wenn der Gesetzgeber klarstellen würde, dass sowohl der Gesundheitszustand der Mutter als auch der Gesundheitszustand des ungeborenen Kindes Kriterien sind, die in den Qualitätsvorgaben zu berücksichtigen sind. Aus unserer Sicht gibt es kein überwiegendes Kriterium, so dass immer die freie Wahl der Mutter den Vorrang hat. Auch im Krankenhaus werden bei bestimmten Fällen die Mütter nicht um Erlaubnis gefragt, wenn medizinische Aspekte dafür sprechen, dass in höherwertige Kliniken usw. verlegt wird. Insofern wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns helfen könnten, dass beides gleichwertig wird. Dann bin ich sehr optimistisch, dass wir aus dieser Falle herauskommen. Wenn nicht, müssten wir letztlich über das Schiedsamt gehen und das Schiedsamt könnte sagen, nein, wir sind genauso wenig entscheidungsfähig wie die Vertragspartner.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den DHV. In den Medien wurde bekannt, dass die Verhandlungen zu den Qualitätskriterien ins Stocken geraten sind. Können Sie uns den Sachstand darstellen, insbesondere im Hinblick auf die Frage evidenzbasierter Kriterien, verbunden mit einer Einschätzung, ob die Kriterien fristgerecht vereinbart werden können, um den Sicherstellungszuschlag ab Juli 2015 realisieren zu können?

SVe **Katharina Jeschke** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Wir sind im wöchentlichen Takt in

Vertragsverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband, denn allen Vertragsparteien ist es wichtig, dass wir vorankommen. Nichtsdestotrotz regeln wir in diesen Verhandlungen die Grundlagen der Hebammenarbeit und des Anspruchs der Frauen für die nächsten Jahrzehnte und es sind gewichtige Dinge, die wir regeln und gewichtige Fragestellungen, über die wir uns einigen müssen. Das geht nicht so schnell, wie wir möchten. Wir hatten etliche Fragen, zu denen wir unterschiedliche Einschätzungen auch gut vermitteln konnten. Nicht vermitteln können wir den Umgang mit den Ausschlusskriterien. Es stimmt meiner Meinung nach nicht, Herr von Stackelberg, dass eine Mutter nicht um Erlaubnis gefragt werden muss. In der Klinik darf nicht einfach ein Kaiserschnitt gegen den Willen der Mutter durchgeführt werden, auch da ist eine richterliche Entscheidung einzuholen. So einfach sollten wir Frauen auch nicht entmündigen. Niemand von Hebammenseite setzt das Leben einer Mutter oder das Leben eines Kindes aufs Spiel. Und keine Hebamme geht eine Gefahr für Mutter oder Kind ein. Es ist uns wohl bewusst, dass wir in unserer Tätigkeit Verantwortung für beide tragen. Das Problem der Ausschlusskriterien ist, dass sie nicht evidenzbasiert sind und wir mit diesem Kriterium weder eine Aussagekraft in der Gewichtung ihres tatsächlichen Risikos für alle Frauen haben noch dass sie eine Aussage über das individuelle Risiko darstellen. Unsere Forderung für diesen Vertrag ist, dass diese Kriterien schriftlich fixiert werden. Darüber sind wir nicht im Dissens, sondern wir möchten, dass diese Kriterien individuelle Anpassung bzw. eine individuelle Betrachtung zum Gesundheitszustand der einzelnen Frau finden. Und dafür ist es notwendig, dass wir ein individuelles Beratungsgespräch zu diesem Thema haben und immer die Möglichkeit besteht, dass bei einzelnen Kriterien die Frau und die Hebamme in einer partizipativen Entscheidungsfindung dazu kommen, dass dieses Risiko zwar beschrieben, aber im individuellen Fall nicht als Risiko einzustufen ist. Das ist unser Dissens und das möchten wir gerne vertraglich klar regeln, dass das unser beruflicher Auftrag ist. Hebammen haben die Kompetenz und den Auftrag, physiologische Schwangerschaften, Geburten und Neugeborenenzeiten zu überwachen. Es ist unsere Aufgabe, zu unterscheiden, ob der Prozess gesund oder krankhaft ist. Es ist auch unsere Aufgabe, entsprechendes Weiterleitungsmanagement zu betreiben. Wir beherrschen das, wir



haben wenige Schadensfälle und wir machen selten Fehler. Unser Problem ist, dass wir Frauen individuell betrachten müssen, da wir es mit Menschen und nicht mit Maschinen zu tun haben, die gleich gebaut sind. Jede Geburt und jede Frau ist anders und die Risiken sind individuell zu betrachten. Nur dann sind sie auch wirklich ein Sicherheitsinstrument und als solches möchten wir die Ausschlusskriterien gerne einsetzen. Das ist unser Statement in den Verhandlungen. Wir brauchen dafür keine Entmündigung der Frau und keine Bevormundung von Eltern, indem der GKV-Spitzenverband das Sorgerecht der Eltern übernimmt. Wir erwarten, dass wir unseren Beruf ausführen können, die Eltern kompetent in ihrer Entscheidungsfindung sein dürfen und wir als Gesellschaft bereit sind, das auch zu finanzieren.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass der Regressverzicht für freiberufliche Hebammen in Verbindung mit der geplanten Beseitigung der gesamtschuldnerischen Haftung dazu führen wird, dass Krankenhäusern noch stärker als bislang festgestellte oder freiberufliche Hebammen im Schichtdienst in die Freiberuflichkeit drängen. Damit können sich Kliniken den Versicherungskosten und den Regressforderungen entziehen. Können Sie das näher beziffern und auch Ihren Vorschlag für eine Änderung in § 134a SGB V erläutern?

Sve **Elke Maßing** (GKV-Spitzenverband): Wir haben heute schon die Situation, dass viele Kliniken fast ausschließlich Beleghebammen nutzen, um den Kreißaal zu betreiben, weil sie angestellte Hebammen nicht mehr beschäftigen wollen oder können. Wenn wir jetzt den Regressverzicht für außerklinische Hebammen einführen, gehen wir davon aus, dass der Anreiz zunimmt, Angestelltenverhältnisse von Hebammen zu beenden und auf Beleghebammen zurückzugreifen, die oft zu einem sehr großen Anteil in den Kliniken Schichtdienst ableisten. Die Frage ist, ob sie tatsächlich freiberuflich tätig sind und nicht den Gegebenheiten des Krankenhauses unterliegen. Von daher schlagen wir vor, dass wir die Beleghebammen davon ausnehmen, um nicht diesen Anreiz zu setzen. In der Klinik ist in der Regel – zusätzlich zur Hebamme – auch noch der Arzt für die Geburt mitverantwortlich, so dass sich nicht immer mit Sicherheit sagen

lässt, wem ein Fehler zuzurechnen ist.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Pinno vom Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands. Meine Frage lautet: Was müsste über die Lösung der Haftpflichtproblematik hinaus geschehen, um das Berufsbild der Hebammen auf ein solides und zeitgemäßes Fundament zu stellen bzw. welche Veränderungen in der Gesellschaft und in der Hebammentätigkeit machen ein modernes Berufsbild nötig und wo sollte der Gesetzgeber gegebenenfalls nachbessern?

Sve **Ruth Pinno** (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD)): Ich vertrete bundesweit ungefähr 1.000 Freiberuflerinnen. Das Berufsbild der Hebamme an sich ist ein sehr modernes. Das spiegelt sich im Hebammengesetz sowie in den Berufsordnungen der Länder wider. Es umfasst die Betreuung der Frauen, Familien und Kinder von Anfang der Schwangerschaft bis weit über das erste Lebensjahr hinaus. Wir haben es mit einem Beruf zu tun, der eine gesamtgesellschaftliche Bedeutung hat. Wir sind nicht der Ansicht, dass der Beruf an sich neu aufgestellt werden muss, denn umfassender als der Hebammenberuf beschäftigt sich niemand mit Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit. Wir sind allerdings der Ansicht, dass dieser Beruf es auf Grund seiner gesamtgesellschaftlichen Bedeutung verdient, auch als solcher in seiner Verantwortung wahrgenommen zu werden. Das heißt eben auch, dass das, was wir an Schwierigkeiten in unserem Berufsbild haben, von der Gesellschaft getragen wird. Ich darf auf die Äußerung von Frau Jeschke vom DHV in Bezug auf die Versicherung und die Finanzierung von Schadensfällen in der Geburtshilfe verweisen. Wir sind der Ansicht, dass die Hebammenversorgung genauso wie die Versorgung mit ärztlicher Hilfe und mit Grundkrankenhausversorgung ein Anrecht ist, das flächendeckend verwirklicht werden muss. Wir stellen mit Sorge fest, dass das zumindest in Bezug auf die Hebammenhilfe, aber auch in Bezug auf die hausärztliche Versorgung inzwischen nicht mehr gegeben ist. So kann es nicht weitergehen und wir möchten gerne, dass wir weg von der individuellen Verantwortung der einzelnen Hebamme hin zu einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung gehen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den



BKK Dachverband, Herrn Knieps. Die Vorschläge zum Regressverzicht lösen das Problem der ständig steigenden Haftpflichtprämie nicht grundsätzlich, das haben wir gerade noch einmal eindrucksvoll gehört. Sie, Herr Knieps, haben wiederholt den Vorschlag gemacht, die Haftpflichtversicherung für Gesundheitsberufe in die Unfallversicherung einzubeziehen. Wie würde damit grundsätzlich das Problem gelöst? Was sind Ihre Vorschläge im Konkreten?

SV Franz Knieps (BKK Dachverband): Der Vorschlag geht zurück auf eine USA-Reise mit der heutigen Vizepräsidentin dieses Hauses und früheren Gesundheitsministerin, wo wir diverse Krankenhäuser besucht und uns über die Schwierigkeiten informiert haben, die dort in der Versorgung bestehen. Unisono haben Häuser in städtischen und ländlichen Regionen berichtet, dass die Geburtshilfe das zentrale Problem sei. Das Problem der Nichtversicherbarkeit schwappe in diesem sehr stark marktwirtschaftlich orientierten System auf andere Bereiche und auch in andere Regionen über. Die Ministerin hat damals nach geeigneten Gegenmaßnahmen für den Fall gefragt, dass diese Dinge genauso wie viele andere Erscheinungsformen auf die europäischen Gesundheitssysteme und speziell das deutsche überschwappen. Das Ergebnis eines Brainstormings im Ministerium war damals, dass wir uns ansehen mussten, wie außergewöhnliche Schadensfälle in Deutschland abgesichert sind. Da sind wir sehr schnell bei der gesetzlichen Unfallversicherung gelandet. Einerseits, weil sie eine Institution ist, die das unterschiedliche Risiko absichert, und zwar Arbeitsunfälle, Wegeunfälle, aber auch sonstige Unfälle im Bereich der öffentlichen Unfallversicherungsträger. Die Berufskrankheiten, weil sie branchenspezifisch organisiert ist, hier insbesondere mit einer Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege. Außerdem führt sie das Wissen aus Schadensabwicklung und aus Schadensprävention zusammen. Die Tätigkeit der Unfallversicherung hat sich sehr stark in den Präventivbereich verlagert. All das erschien uns als ein sinnvoller Anknüpfungspunkt. Ich will mit dem Vorschlag nicht sagen, dass er Eins-zu-eins in die Unfallversicherung übertragbar ist und durch die Arbeitgeber finanziert werden sollte. Mir ging es darum, dass die Grundsätze, die sich in der Unfallversicherung über 125 Jahre entwickelt haben, da-

raufhin geprüft werden sollten, ob man diese in einer Berufshaftpflichtversicherung, die nicht nur auf Hebammen oder auf die Geburtshilfe beschränkt ist, um einen größeren Risikopool zu erreichen, bündeln kann. An dem Vorschlag halte ich auch nach wie vor fest. Das lässt sich aber auch mit Vorlösungen und anderen öffentlich-rechtlichen Absicherungsformen verbinden. Es lassen sich sogar Grundsätze in das private Haftpflichtrecht übertragen. Ich sehe die Lösung von Problemen nicht darin, dass man Regresse beschränkt. Da werden nur Gelder hin und her geschoben und es ist sehr deutlich geworden, dass zwischen der Begrenzung eines Regresses und der Schaffung bezahlbarer Prämien erhebliche Unterschiede liegen. Ich bin davon überzeugt, dass sich aus den Grundsätzen der Unfallversicherung, die weit über organisatorische Fragen hinaus gehen, gute Anhaltspunkte gewinnen lassen, auch zum Thema Auskunft. Es kommt den Wünschen von Geschädigten nach Anerkennung und nach Entschuldigung, nach Vermeidung künftiger Schäden, die möglicherweise gar nicht im Verschuldensbereich liegen, entgegen, dass dem Rechnung getragen wird.

Abg. Thomas Stritzl (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) und schließe an das an, was Herr Knieps gesagt hat. Teilen Sie die Auffassung, was die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in Ihrem Antrag fordert und was Herr Knieps dargelegt hat, dass man diese Risiken in die Unfallversicherung übernehmen könnte, weil es genügend Parallelitäten gibt?

Sve Dr. Edlyn Höller (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV): Man muss zwei Dinge ganz klar auseinander halten. Eine Eingliederung der Haftpflichtversicherung der Gesundheitsberufe in die Unfallversicherung ist auf jeden Fall strikt abzulehnen, weil es sich um vollkommen unterschiedliche Haftungssysteme handelt. Das eine ist die Übernahme der Haftung des Arbeitgebers für Arbeitsunfälle seiner Arbeitnehmer. Das andere sind Schäden, die Dritten durch die Handlung von Arbeitnehmern entstehen. Das sind zwei getrennte Bereiche, die sich überhaupt nicht miteinander vereinbaren lassen. Das wäre systemfremd. Nun zur Frage, die Herr Knieps angesprochen hatte, ob Systemelemente der Unfallversicherung auf eine eigen-



ständige Haftpflichtversicherung, öffentlich-rechtlich organisiert für alle Gesundheitsberufe, übertragbar sind. Ich bin, das muss ich zugeben, skeptisch, da ein wesentlicher Punkt der gesetzlichen Unfallversicherung der Risikobezug ist. Das heißt, auch die Beiträge in der Unfallversicherung richten sich nach dem Risiko. Das führt im Ergebnis zum Beispiel dazu, dass sie in der höchsten Risikoklasse der Baubranche prozentual gesehen etwa den 25-fachen Beitrag bezahlen wie im Banken- und Versicherungssektor. Das heißt, auch in einer Unfallversicherung wäre die Gruppe der Hebammen sehr hoch belastet. Wenn man das übertragen würde, müsste man eine Gruppe mit Allgemeinärzten, Radiologen, Krankengymnasten und Hebammen nehmen, wobei man Angestellte und freiberufliche Hebammen zusammenfassen könnte. Man könnte überlegen, ob man auch die medizinische Geburtshilfe dazu nimmt. Man hätte aber immer noch das Problem, dass dieses Risikokollektiv oder diese Risikogruppe sehr hohe Einzelschäden hat, die letzten Endes doch wieder von dieser Gruppe zu tragen wären. Ich wäre wirklich sehr skeptisch, ob das der Königsweg wäre.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Geppert-Othofer von der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. Die Zahlen der außerklinischen Geburten liegen seit Jahrzehnten konstant weit unter zwei Prozent. Auch die Finanzierung der Betriebskosten von Geburtshäusern durch die Gesetzliche Krankenversicherung hat zu keinem nennenswerten Anstieg geführt. Meine Frage lautet: Können Sie einschätzen, wie sich die Quote vor dem Hintergrund des gestiegenen Gebäralters der Frauen und vor dem Hintergrund der Entwicklung der pränatalen Diagnostik und ähnlicher Faktoren künftig entwickeln wird?

Sve **Ulrike Geppert-Othofer** (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi): Weder das ansteigende Gebäralter der Frauen noch die pränatalen Diagnostiken sind neue Entwicklungen. Sie haben schon eine relative lange Geschichte, die sich nicht auf die Zahl der außerklinischen Geburten ausgewirkt hat, weder zum Positiven noch zum Negativen. Wenn etwas Einfluss auf die Anzahl der außerklinischen Geburtshilfe haben wird, dann ist es tatsächlich die gesellschaftliche Akzeptanz der Hebammen als Primärversorgerinnen. Die Selbst-

verständlichkeit, dass eine Frau, wenn sie schwanger wird, eine Hebamme aufsucht und von Anfang an eine Betreuung genießt, die die Physiologie fokussiert und die ressourcenorientiert mit den Frauen durch die Schwangerschaft geht, so dass der Gedanke, das Kind außerklinisch zu gebären, sei es zu Hause oder im Geburtshaus, selbstverständlicher wird. Das ist in unseren Augen der Königsweg. Das fördert die außerklinische Geburtshilfe.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV). Gibt es Untersuchungen beziehungsweise Belege dafür, ob der Geburtsort, das heißt, Haus, Klinik oder Geburtshaus, der durch Hebammen begleiteten Geburten in Korrelation zur Häufigkeit von Geburtsschäden bzw. zu der resultierenden Schadenshöhe steht? Sie haben das Fehlerregister angesprochen. Könnten Sie konkretere Ausführungen machen, wie Sie sich das vorstellen und wie ein Fehlerregister für Sie hilfreich sein könnte?

SV **Nils Hellberg** (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV): Wir haben keine Untersuchung darüber angefertigt und auch unsere normalen Statistiken, die wir vorhalten, geben keine Auskunft darüber, ob die Wahl des Geburtsortes irgendwie risikorelevant ist. Dazu können wir leider nichts sagen. Wenn ein schwerer Geburtsschaden eintritt, ist er in seiner Schwere und Kostenintensität gleich, und zwar egal ob er im Geburtshaus, bei der Hausgeburt oder im Krankenhaus eingetreten ist. Wir können aber nicht sagen, dass eine ist risikoreicher als das andere, bezogen auf den Geburtsort. Wir werden das Fehlerregister sicherlich nicht führen können, weil wir nur die Spitze des Eisbergs sehen. Wir bekommen Schadensfälle gemeldet, die zum Teil schon Jahre alt sind und die dann reguliert werden. Das sind vielleicht zehn pro Jahr oder ein paar mehr. Wir stellen uns vor, dort anzusetzen, wo die Geburten durchgeführt werden, nämlich in Krankenhäusern, Geburtshäusern und zu Hause. Man muss sich ein anonymisiertes System vorstellen und den Mut haben, Fehler oder Beinahe-Fehler zu melden, die nicht unbedingt immer auch zu einem Schaden geführt haben müssen, die aber helfen, die Qualität und die Geburtsbetreuung insgesamt zu verbessern.



Das mag sich nicht wesentlich auf die Schadenhaftigkeit auswirken. Die ist, wie gesagt, sowieso sehr gering. Dies könnte aber im Ergebnis zumindest alles das ausschöpfen, was man an Potenzial vielleicht noch nicht gehoben hat. Das ist unsere Vorstellung.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Frau Runte, Hebammen für Deutschland. Wie entwickelt sich die Situation auf den Geburtsstationen in deutschen Krankenhäusern für die Beleghebammen und die angestellten Hebammen? Mich würden die Auswirkungen auf die Gebärenden, die Neugeborenen und ihre Haltung zu einer gesetzlichen Personalbemessung interessieren.

Sve **Nitya Runte** (Hebammen für Deutschland): die Frage passt an dieser Stelle sehr gut zu den Fragen bzw. Antworten im Hinblick auf die Fehlersuche. Denn in den Regressverzicht, um den es hier heute geht, fließt das ein. Ich finde, das ist eine ganz gefährliche Diskussion und Richtung, weil, jetzt komme ich auf Ihre Frage zurück, wir zunehmend katastrophale Zustände in den deutschen Kreißsälen haben. Wir haben keine sichere Geburtshilfe. Das muss man sich einfach klar machen. Es gibt immer weniger Krankenhäuser mit Kreißsälen. Sie haben es vielleicht auch in den letzten Tagen in den Medien gesehen, da schlagen sich inzwischen die Länder damit rum, dass zum Beispiel Bremen die Frauen alle gar nicht mehr betreuen kann, die in ihre Kreißsäle strömen, weil in Niedersachsen Häuser großflächig dichtgemacht haben. Ich betreue Frauen bei Hausgeburten, bin aber natürlich auch immer mal wieder in einer renommierten Klinik, zum Beispiel, wenn ein Geburtsstillstand vorliegt. Ich hatte vor zwei Wochen eine solche Situation. Ich kam in einen Kreißsaal, der aussah wie eine Metzgerei. Das kann ich nicht anders sagen. Es wurden sechs Frauen in den Kreißsälen betreut. Es sprangen noch drei oder vier weitere Schwangere gemeinsam in einem Wehenzimmer herum. Ich konnte meine Frau nicht dort lassen und gehen. Ich habe sie dann mit Wehentropf in der Badewanne weiter betreut und es passierten in der Nacht dann noch zwei Kaiserschnitte. Die Kollegin, die auch schon ihren Hintergrunddienst gerufen hatte, bat mich dann, doch bitte auf einen Alarmknopf zu drücken, wenn die Drittgebärende mir gegenüber im Kreißsaal in dieser Zeit ihr Kind bekommen

sollte, damit sie aus dem OP wieder zurückkommen könnte. Ich habe mir die Freiheit herausgenommen, die Frau, die ihr drittes Kind bekam, einmal zu untersuchen. Die Frau hatte eine Gesichtslage, das ist eine 50 Prozent unmögliche Geburtshaltung. Das hatte bis dahin noch niemand bemerkt. Ich erzähle Ihnen das hier, weil ich möchte, dass Sie begreifen, dass sie mit einem Regressverzicht, verbunden mit grober oder einfacher Fahrlässigkeit, Menschen im System treffen, die mit letzter Kraft und am Rande eines Burn-outs versuchen, sich mit ihrem ganzen Herzen für das Wohl von Mutter und Kind einzusetzen. Insofern kann ich nicht für diesen Regressverzicht stimmen. Es müsste nicht nur mit Fehlerportalen darauf geschaut werden, was wir den Frauen zumuten. Was macht Sicherheit aus? Sicherheit macht aus, dass wir genug Hebammen haben, die sich auch um die Frauen kümmern können. Die Planstellen sind seit Jahren nicht korrigiert worden. Da kommt viel Hebammenunspezifische Arbeit hinein, wie die Betreuung der gynäkologischen Ambulanzen und ein hoher Anteil an administrativen Arbeiten. Die müssen noch zwischendurch die Kreißsäle putzen. Da bleibt einfach kein Platz mehr für die Frau. Ich kenne Kolleginnen, die haben Überstunden von drei Monaten und die können sie weder finanziell ausgezahlt bekommen noch frei nehmen. Insofern möchte ich sie hier noch einmal bitten: Wir brauchen ganz schnell eine Lösung für den Berufsstand, damit wir endlich weiter arbeiten und uns um die Frauen kümmern können. So verlieren sie immer mehr Hebammen und auch das Wissen, was jetzt nur noch wenige weitergeben können. Wir sind eigentlich einfach am Ende.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte noch eine Frage an den Deutschen Hebammenverband (DHV). Neben der Betreuung von Geburten leisten Hebammen auch wichtige Arbeit in der Schwangerenberatung und Betreuung, sowohl vorgeburtlich als auch nachgeburtlich. Wie sieht die Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in diesen Bereichen aus, insbesondere auch unter Berücksichtigung dünn besiedelter und ländlicher Räume?

Sve **Katharina Jeschke** (Deutscher Hebammenverband (DHV): Ich kann Ihnen Ihre Frage nicht mit validen Zahlen untermauern, denn es fehlen uns



ins Deutschland seit Jahren Datenquellen, um sicher zu wissen, wie viele Hebammen wir haben und wie viele welche Leistungen anbieten. Ich kann Ihnen von unzähligen Beschreibungen von Frauen berichten, die weder im ländlichen noch im städtischen Bereich Hebammenbetreuung finden können. Das betrifft die Betreuung in der Schwangerschaft gleichermaßen wie die geburtshilfliche Betreuung. Das betrifft insbesondere die Eins-zu-eins-Betreuung in den Kliniken, die im städtischen wie im ländlichen Raum nicht in dem Maße angeboten wird, wie Frauen sie abfragen. Ganz besonders katastrophal stellt sich die Situation in der Wochenbettbetreuung dar. Das ist eine notwendige und sinnvolle Aufgabe der Hebammen. Das ist eine Leistung, die alle Frauen, die Kinder gebären, benötigen, egal ob zu Hause, im Geburtshaus oder in der Klinik. Auch die ist weder im städtischen noch im ländlichen Bereich ausreichend vorhanden. Neben der gesellschaftlichen Anerkennung ist eine gründliche Bedarfsplanung notwendig, die auch die intersektorale Vernetzung berücksichtigt, damit die Hebamme eine gute und kompetente Ansprechpartnerin für diesen Lebensabschnitt sein kann. Es nützt wenig, über intersektorale Vernetzung zwischen Klinik und ärztlicher Versorgung nachzudenken und dabei die Hebammenversorgung außen vor zu lassen. Damit wird ein ganz wichtiger Bereich in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung vergessen. Die Ursachen sind vielschichtig. Unter anderem gehören dazu die weiten Wege. Außerdem ist es schwierig bis unmöglich, Praxen, die keine Geburtshilfe anbieten, überhaupt zu finanzieren. Auf Grund der aktuellen gesetzlichen Regelungen können Hebammen nur sehr eingeschränkt in Teams arbeiten und damit ihren Beruf mit ihrer eigenen privaten Planung übereinbringen. Schlussendlich liegt es auch daran, dass die Vergütung nicht der Verantwortung angemessen ist. Die Planungsunsicherheit in Folge der Haftpflichtsituation, die nicht nur die Geburtshilfe betrifft, sondern auch für andere Hebammenleistungsbereiche von Jahr zu Jahr eine Unsicherheit mit sich bringt, lässt den Hebammenberuf nicht als einen attraktiven Beruf erscheinen.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Gibt es Untersuchungen beziehungsweise Belege, ob die Häufigkeit und Schwere von Geburtsschäden zunimmt, wenn die Geburt durch Hebammen oder eine Hebamme

mit jährlich wenigen Geburten durchgeführt oder begleitet wird?

SV Johann-Magnus Frh. von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): In aller Kürze, mir ist nicht bekannt, dass es derartige Untersuchungen gibt.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Im Zusammenhang mit der Haftpflichtproblematik wird angeführt, dass auch die Wochenbettbetreuung durch Berufsaufgabe von Hebammen gefährdet sei. Können Sie das auf Grund des Leistungsgeschehens bestätigen? Könnte eine auf Vor- und Nachbetreuung spezialisierte freiberufliche Hebamme mit einer preisgünstigen Haftpflichtpolice ohne Geburtsmodul ein auskömmliches Einkommen erzielen, wenn man von Umsätzen von etwa 1.500 Euro je betreuter Frau ausgeht?

Sve Elke Maßing (GKV-Spitzenverband): Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass die Versicherungskosten für eine nichtgeburtshilflich tätige Hebamme im Jahr bei rund 400 Euro liegen. Dafür gibt es auch noch genug Versicherer am Markt, da haben wir nicht nur noch einen bis eineinhalb Versicherer, wie für die geburtshilflich tätigen Hebammen. Für die geburtshilflich tätigen Hebammen wird die Versicherung ab dem 1. Juli dieses Jahres bei 6.300 Euro liegen. Also 400 Euro im Vergleich zu 6.300 Euro. Zu dem durchschnittlichen Umsatz von 1.500 Euro je betreuter Frau können wir nichts sagen, dazu fehlen uns die Daten. Allerdings kann ich darauf hinweisen, dass wir im Rahmen der Schiedsstellenverhandlungen im Jahr 2012 über eine angemessene Vergütung der Hebammen ausgerechnet haben, dass die Hebammen damals im Durchschnitt ungefähr 41 Euro pro Stunde verdient haben. Durch den Schiedsspruch liegt die Vergütung im Moment bei rund 45 Euro pro Stunde. Das heißt, bei einer Vollzeittätigkeit von ungefähr 1.700 Arbeitsstunden jährlich liegt das Jahreseinkommen bei rund 77.000 Euro. Das ist das, was wir dazu ausführen können. Wir können aber nicht sagen, wie viel auf jede einzelne Frau entfällt, weil die Betreuungszeiten völlig unterschiedlich sind. Manche haben nur drei Wochen Bettbetreuung, manche 24 Wochen usw. Wir können lediglich sagen, dass die Vergütung bei 45 Euro pro Stunde liegt. Ich möchte darauf hinweisen, dass, wenn wir den Vertrag jetzt unterschreiben, und wir sind auf einem guten Weg



und haben nur noch den Dissens bei den Ausschlusskriterien zu klären, die Vergütung nochmals um fünf Prozent steigen wird.

Abg. Erich Irlstorfer (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Sind Sie der Auffassung, dass eine Eins-zu-eins-Betreuung in der Geburtshilfe, also die Betreuung jeder Gebärenden, durch eine eigenen Hebamme aus Gründen der Qualitätssicherung notwendig ist und einen angemessenen Umgang mit den personellen und finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen darstellen würde?

SV Andreas Wagener (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Natürlich ist es wünschenswert, dass jede Schwangere ihre eigene Hebamme während des Krankenhausaufenthaltes und im Kreißaal zur Verfügung hat. Mehr Personal und eine Direktbetreuung verbessern sicherlich zum Teil auch die Qualität oder zumindest die gefühlte Qualität. Das SGB IV hat aber ein Wirtschaftlichkeitsgebot und bietet nur eine ausreichende zweckmäßige Versorgung an oder gewährleistet diese. Eine durchgehende Eins-zu-eins-Betreuung wäre daher nur mit erheblichen Mehrkosten zu bewältigen und wir müssen sehen, dass schon jetzt nicht jede mögliche Stelle bei den Hebammen besetzt werden kann. Nicht nur bei den Ärzten gibt es Personal-mangel, auch bei den Hebammen im Krankenhaus ist jede fünfte Stelle unbesetzt, so dass es wahrscheinlich auch an tatsächlichen Dingen scheitern würde. Kurz gesagt, nein, wir können uns das im Einzelnen nicht vorstellen.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Meine Frage geht an QUAG. Wie beurteilen Sie die Qualität von Haus- und Geburtshausgeburten? Was sind Ihre Empfehlungen, um die Qualität in der Geburtshilfe zu verbessern? Denn Qualität ist das, worüber wir hier heute sprechen.

Sve Anke Wiemer (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG): Ich muss den Vorrednern insofern widersprechen als dass

die Eins-zu-eins-Betreuung ein wesentliches Qualitätsmerkmal ist, die nicht aus Kostengründen auf eine zweckmäßige Betreuung heruntergefahren werden kann. Wenn man sich vorstellt, wie Frau Runte schon beschrieb, dass ein Kieferchirurg zwischen vier Patienten hin- und herhüpft und in verschiedenen Mündern operiert, ist das für eine Gebärende nicht vorstellbar. Das heißt, eine Face-to-Face-Betreuung unter der Geburt, egal an welchem Ort, muss in unserer Gesellschaft ein tragfähiger Konsens werden. In anderen EU-Ländern gibt es in der Gesellschaft bereits den tragfähigen Konsens, dass die gesunde, schwangere Gebärende die Betreuung der Hebamme bekommt. In unserem Land ist dem leider noch nicht so. Hier ist es durchaus üblich, dass eine Hebamme nicht nur die Frau mit ihrem Kind im Bauch unter der Geburt betreut, sondern auch nach der Geburt durchaus Mehrlinge zu begleiten hat. Das ist kein Qualitätsaspekt. Um die Qualität in der Geburtshilfe weiter zu verbessern, sind natürlich Fortbildungen, Notfalltrainings usw. sinnvoll.

Der amtierende Vorsitzende: Vielen Dank, Frau Wiemer. Damit sind wir mit den 60 Minuten am Ende der Anhörung. Ich darf mich bei Ihnen allen sehr herzlich bedanken. 20 Fragesteller, 20 Antworten, das in 60 Minuten, haben uns wesentliche Erhellung verschafft. Ich darf Ihnen für Ihre Teilnahme danken. Falls jemand noch irgendetwas klarstellen will, sind wir für jede schriftliche Mitteilung dankbar. Die können wir im Ausschuss weiterreichen. Ich wünsche Ihnen für heute einen guten weiteren Verlauf des Tages, vor allen Dingen eine unfallfreie Heimkehr. Die Sitzung ist geschlossen.

Schluss der Sitzung: 15:06 Uhr

Rudolf Henke, MdB
Stellvertretender Vorsitzender