
**Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe
„Versorgung mit Hebammenhilfe“**

29. April 2014

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund und Auftrag der interministeriellen Arbeitsgruppe.....	4
2. Teilnehmer der Arbeitsgruppe und Verlauf der Sitzungen	5
3. Themenfelder	6
3.1. Haftpflichtversicherung.....	6
3.2 Sicherung der Versorgungsqualität in der Geburtshilfe	12
3.3 Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung.....	16
3.4 Angemessene Vergütung von Leistungen in der Hebammenhilfe	18
3.5 Ausreichende Datenbasis als Grundlage für Entscheidungen	20
3.6 Tätigkeitsspektrum von Hebammen im SGB V	22
3.7 Bundesinitiative Frühe Hilfen.....	24
3.8 Interdisziplinäre und –sektorale Kooperationen und Vernetzung.....	25
3.9 Einbeziehung von Hebammen in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).....	27
3.10 Aus-, Fort- und Weiterbildung.....	29
3.11 Öffentlichkeitsarbeit zu Schwangerschaft und Mutterschaft	31

Anlagen

- 1. Eckpunktepapier des Vereins Hebammen für Deutschland e.V. (HfD) „Zukunftssicherung der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland“**
- 2. Rechtsgutachten der Kanzlei Clifford Chance im Auftrag des HfD, DHV, BfHD und des Netzwerks der Geburtshäuser**
- 3. Themenübersicht von Seiten der Hebammenverbände als Arbeitsgrundlage der Arbeitsgruppe**
- 4. GDV-Präsentation vom 10. Januar 2013**
- 5. GDV-Präsentation vom 04. Juni 2013**
- 6. Stellungnahme des DHV zur Haftpflichtsituation vom 28. Mai 2013**
- 7. Liste der teilnehmenden Personen**

1. Hintergrund und Auftrag der interministeriellen Arbeitsgruppe

Hebammen leisten einen wesentlichen und unverzichtbaren Beitrag für die medizinische Versorgung Schwangerer, frisch entbundener Mütter und Familien. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe, einschließlich der Möglichkeit zur freien Wahl des Geburtsortes, ist daher von besonderer Bedeutung und fordert auch eine angemessene Vergütung. Die Versorgung mit Hebammenhilfe war und ist ein sehr vielschichtiges und komplexes Thema, welches stets große öffentliche Aufmerksamkeit findet. In jüngster Vergangenheit stand vor allem der Umgang mit den gestiegenen Haftpflichtprämien im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion. Die bisherigen Maßnahmen, z.B. gesetzliche Klarstellung im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), dass die Steigerungen der Haftpflichtprämien bei den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen sind, sowie das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erarbeitete Gutachten des IGES Instituts zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe, führten jedoch nicht dazu, dass eine grundlegende Befriedung in diesen Fragen und eine nachhaltige Lösung für die Haftpflichtproblematik erzielt werden konnten.

Auch im Rahmen des Zukunftsdialogs der Bundeskanzlerin wurde die Förderung freiberuflicher Hebammen thematisiert. Der Vorschlag von Frau Runte vom Verein Hebammen für Deutschland e.V. (HfD) zur Zukunft der Hebammenversorgung in Deutschland hatte Platz fünf einer Online-Abstimmung erreicht. Als Ergebnis des Zukunftsdialogs hatte das Bundeskanzleramt für den 24. Oktober 2012 zu einem gemeinsamen Gedankenaustausch eingeladen. Grundlage des Gesprächs war ein Eckpunktepapier des HfD (Anlage 1) sowie ein im Auftrag des HfD, des Deutschen Hebammenverbandes e. V. (DHV), des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. (BfHD) und des Netzwerks der Geburtshäuser in Deutschland e. V. (Netzwerk der Geburtshäuser) erstelltes Rechtsgutachten der Kanzlei Clifford Chance zu möglichen gesetzlichen Regelungen zur Verbesserung der Vergütungs- und Haftungssituation der Hebammen (Anlage 2). In Folge des Gedankenaustausches wurde vereinbart, dass die Fragen der Versorgung mit Hebammenhilfe in Deutschland im Rahmen einer interministeriellen Arbeitsgruppe (IMAG) unter Federführung des BMG erörtert werden sollen. Der Fokus der IMAG sollte auf die Situation freiberuflicher Hebammen gelegt werden.

Ziel und Auftrag der Arbeitsgruppe war es, die vielschichtigen Problemlagen zu sichten sowie Lösungsansätze zu identifizieren.

Soweit möglich und ersichtlich sollten jeweils die Vor- und Nachteile der Lösungsansätze festgehalten werden. Der vorliegende Abschlussbericht fasst die in den Sitzungen diskutierten und protokollierten Problemlagen sowie die darin vorgetragenen Bewertungen und möglichen

Lösungsansätze der Teilnehmer zusammen. Er soll zur Vorbereitung politischer Entscheidungen beitragen.

2. Teilnehmer der Arbeitsgruppe und Verlauf der Sitzungen

An den Sitzungen der IMAG haben der HfD, der DHV, der BfHD, der Deutsche Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V. (DFH), das Netzwerk der Geburtshäuser, der GKV-Spitzenverband, der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) sowie das BMG und das Bundeskanzleramt regelmäßig teilgenommen. Themenbezogen wurden weitere Ministerien und Teilnehmer eingeladen (Liste der teilnehmenden Personen, Anlage 7).

Maßgebliche Grundlage für die inhaltliche Ausgestaltung der Sitzungen war eine von den Hebammenverbänden erstellte Themenübersicht (Anlage 3). Die Sitzungen wurden anhand der vorgegebenen Themen strukturiert und geführt. Die Frage der Haftpflichtversicherung sollte aufgrund der Bedeutung dieses Themas den Einstieg in die Arbeit der IMAG bilden. Die erste Arbeitsgruppensitzung fand am 10. Januar 2013 statt. Es folgten drei weitere Sitzungen am 18. März, 4. Juni und 23. September 2013. Insgesamt konnten alle Themen beraten werden.

3. Themenfelder

3.1. Haftpflichtversicherung

Hintergrund und Problembeschreibung

Der deutliche Anstieg der Haftpflichtversicherungsprämien für in der Geburtshilfe tätige Hebammen und mögliche Lösungsansätze für dieses Problem waren zentrale Themen in den vier Sitzungen der IMAG. Zur vertieften Sachverhaltsanalyse wurde von der IMAG auch externer Sachverständiger vom GDV zur Entwicklung des Versicherungsmarktes und von Schadensfällen eingeholt und ein im Auftrag verschiedener Hebammenverbände erstelltes Rechtsgutachten der Kanzlei Clifford Chance (Anlage 2) herangezogen.

Nach Auskunft des GDV (Präsentation vom 10. Januar 2013, Anlage 4) haben über 30 Versicherer Hebammen in ihrem Bestand, aber nur wenige von ihnen zeichnen im Bereich der Geburtshilfe aktiv Neugeschäft. Die meisten Hebammen sind über zwei größere Gruppen-/Rahmenverträge der Hebammenverbände mit der Bayerischen Versicherungskammer/Nürnberger/R+V bzw. der Nürnberger/R+V versichert; die Prämien für die große Mehrheit der freiberuflichen Hebammen mit geburtshilflicher Tätigkeit liegen derzeit (2013) bei über 4.000 Euro. Außerdem versichert die Allianz Geburtshilfe individuell, nach Aussage des DFH allerdings zu etwa doppelt so hohen Prämien.

Zudem sind rund 400 Hebammen in einer österreichischen Versicherung (Vorarlberger) abgesichert. Nach Auskunft von DHV, GDV und DFH wurden diese Verträge jedoch zwischenzeitlich von Seiten der Versicherung gekündigt.

Ein Ergebnis des vom BMG in Auftrag gegebenen IGES-Gutachten ist, dass die steigenden Haftpflichtprämien nicht auf einen Anstieg der Schadensfälle (die Zahl ist tendenziell rückläufig), sondern auf die anhaltend stark steigenden Schadenssummen pro Versicherungsfall zurückgehen. Diese Einschätzung wird von DHV und GDV geteilt. Nach Aussage des GDV hat der Anstieg der Schadenssummen zudem bei den Versicherern in der Vergangenheit zu erheblichen Abwicklungsverlusten geführt (Anlage 4).

Es bestand Einigkeit darüber, dass die bereits erreichte Prämienhöhe ein erhebliches Problem darstellt und mit weiteren Prämienanstiegen zu rechnen ist. Auch wird allgemein die Marktsituation mit der sehr eingeschränkten Zahl von Anbietern übereinstimmend als unbefriedigend bezeichnet. Der DFH kritisiert darüber hinaus, dass es für Hebammen, die nicht im DHV oder BfHD Mitglied sind, aufgrund der derzeitigen Marktsituation nur ein Angebot der Allianz für die Haftpflichtversicherung gäbe. Für die in der außerklinischen Geburtshilfe tätigen

Hebammen, die nicht Mitglied des DHV bzw. BfHD sind, sind die Prämien nach Aussage des DFH etwa doppelt so hoch wie für Mitglieder des DHV / BfHD.

Die Teilnehmer waren sich zudem darüber einig, dass mit der Änderung des § 134a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) durch das GKV-VStG eine verbesserte Berücksichtigung der Prämiensteigerungen in den Vergütungsverhandlungen zwischen Hebammenverbänden und GKV-Spitzenverband realisiert werden konnte. Nach Einschätzung des DHV führt das derzeitige System der Leistungsvergütung jedoch zu einer Benachteiligung von mehr als 50 Prozent der Hebammen, die ihre Kosten für die Berufshaftpflichtversicherung nicht vollumfänglich erstattet bekommen.

Der DFH kritisiert zudem, dass mit einer realistisch zu erreichenden Hausgeburtzahl keine ausreichende Kompensation der Versicherungsprämien erreicht werden kann.

Bewertung

In der IMAG wurden verschiedene Ansätze diskutiert, um die Belastung der freiberuflichen Hebammen mit steigenden Haftpflichtprämien zu verringern. Die Lösungsvorschläge werden im Folgenden kurz zusammengefasst und die wesentlichen Vor- und Nachteile dargestellt:

1. Änderung der individuellen Prämienbelastung durch andere Aufteilung

Es wurden verschiedene Möglichkeiten erörtert, um von einer pauschalen Prämienbelastung aller Hebammen abzukommen und eine stärkere Orientierung an der Zahl der tatsächlich durchgeführten Geburten zu erreichen. Dies würde im Vergleich zum Status Quo Hebammen mit unterdurchschnittlichen Fallzahlen entlasten, Hebammen mit überdurchschnittlichen Fallzahlen jedoch belasten. Nach Auffassung des DFH müssten hierbei auch die unterschiedlichen Lokalitäten, in denen die Geburten durchgeführt werden, und die damit verbundenen unterschiedlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden.

Diskutiert wurden insbesondere zwei Modelle:

- Mit einer Entrichtung einer Globalprämie der Hebammenverbände an das Versicherungsunternehmen für die Gesamtheit aller Mitglieder und interne Verteilung in Abhängigkeit von den geleisteten Geburten würde zwar das Verteilungsproblem gelöst, dies hätte jedoch keinen Einfluss auf die steigenden Schadenssummen und den daraus folgenden Prämienanstieg.

Zudem lehnten die Hebammenverbände diese Lösung aus haftungsbezogenen und finanziellen Gründen ab und verwiesen im Übrigen auf die nach ihrer Erkenntnis ungleiche Verteilung der Geburtenzahl pro Hebamme (80 % der Hebammen würden maximal zehn Hausgeburten pro Jahr durchführen), die eine entsprechende Lösung unpraktikabel mache.

- Den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes zur Versicherung pro Geburt (individuell für jede Hebamme) hielt der GDV nach einer Befragung der Mitgliedsunternehmen kurz- bis mittelfristig nicht für umsetzbar, da die benötigten Daten zur Kalkulation eines solchen Versicherungsmodells nicht vorliegen.

Die Hebammenverbände sahen diese Lösung mehrheitlich als nicht praktikabel und als ein nicht wirkungsvolles Instrument an. Auch dieser Ansatz bietet keine Lösung für die wachsenden Schadenssummen, sondern verteilt die Kosten lediglich um. Der DFH votiert ausdrücklich für diese Lösung, da damit eine flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe und die freie Wahl des Geburtsortes erhalten werden könne. Er schlägt zudem vor, eine Versicherung pro Geburt für die Hausgeburtshebammen als Modellversuch z. B. für fünf Jahre durchzuführen. Dies könnte aus Sicht des DFH beispielsweise durch die Ecclesia-Gruppe als Versicherer realisiert werden.

2. Beschränkung der regressfähigen Kosten

In einem Haftungsfall kommen die Sozialversicherungsträger, insbesondere die Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, in der Regel zunächst für die Kosten des Geschädigten auf. Nach Feststellung der Haftung z. B. einer Hebamme nehmen die Sozialversicherungsträger jedoch Regress beim Haftpflichtversicherer der Hebammen bzw. bei der Hebamme selbst.

In der IMAG wurde diskutiert, die regressfähigen Kosten der Sozialversicherungsträger in Bezug auf die Hebammen durch eine Änderung des § 116 SGB X zu begrenzen (siehe hierzu auch das von Hebammenverbänden in Auftrag gegebene Rechtsgutachten von Clifford Chance, Anlage 2).

- Zentraler Vorteil dieses Vorschlags ist die zukünftige, jedenfalls teilweise Deckelung des Prämienanstiegs. Denn abhängig vom Ausmaß der Wirkungen ließen sich damit der Schadenbedarf und in der Folge auch die Versicherungsprämien gegebenenfalls spürbar senken.
- Mit dem Vorschlag könnte außerdem der problematische Mechanismus, der hinter der Haftpflichtproblematik steht – steigende Schadenssummen führen zu steigenden Regressforderungen der Sozialversicherungsträger gegenüber dem Haftpflichtversicherer bzw. der Hebamme, diese schlagen sich in steigenden Haftpflichtprämien der Versicherungsunternehmen nieder, die wiederum (auf Kosten der Sozialversicherungsträger) bei der Vergütung der Hebammen berücksichtigt werden – durchbrochen werden.
- Zudem könnte eine Begrenzung des Regresses mit wenig Bürokratie und gesetzgeberischem Regelungsbedarf realisiert werden. Dies betonte insbesondere der GDV.
- Hinsichtlich des Ausmaßes der Wirkung der Regressbegrenzung gingen die Auffassungen in der IMAG deutlich auseinander: Während Herr Dr. Stallberg (Clifford Chance) eine Wirkung

im Umfang von bis zu 60-70 % für möglich hielt (Anlage 2), bezifferte der GDV auf Grundlage einer Datenerhebung bei seinen Mitgliedsunternehmen die Höhe der tatsächlich regressfähigen Kosten auf ca. 25 % der Schadenssumme (Präsentation des GDV vom 04. Juli 2013, Anlage 5).

- Das Bundesministerium der Justiz (BMJ) und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) äußerten rechtliche Bedenken gegen eine Beschränkung der Regresshöhen in § 116 SGB X. Bedenklich sei auch die Beschränkung der Regressmöglichkeit nur im Hinblick auf eine bestimmte Berufsgruppe. Außerdem führe diese zu einer auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten begründungsbedürftigen finanziellen Belastung der Beitragszahler der jeweiligen Sozialversicherungszweige, deren Verteilungswirkung – bezogen auf diese Zweige – zudem unklar sei. Nach Auffassung des BMAS ist eine Kostentragungspflicht aller Sozialversicherungsträger auch nicht sachgerecht. Denn die Kosten würden nicht von der Sozialversicherung verursacht, sondern fielen dort erstmals an und würden dann nach der allgemeinen gesetzlichen Systematik beim Schadensverursacher regressiert. Nach Auffassung des BMAS handelt es sich bei der Entlastung der Hebammen vielmehr um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Nach Auffassung von Clifford Chance liegt hingegen aufgrund der besonderen Belastungen der Hebammen eine gleichheitswidrige Benachteiligung anderer Leistungserbringer fern. Die Einbeziehung aller regressberechtigten Sozialversicherungsträger hält Clifford Chance nicht für unbillig, wenn eben diese Regresse ganz maßgeblich zur Höhe der Haftpflichtbeiträge beitragen.

3. DHV-Konzept: Haftungsfreistellungsfonds und Haftpflichtfonds

Der DHV hat eine umfassende Stellungnahme (Anlage 6) erstellt, in der die Problematik der Berufshaftpflichtversicherung für freiberufliche Hebammen aus Sicht des Verbandes geschildert und verschiedene (kumulativ zu verstehende) Lösungsmodelle entworfen werden. Die Vorschläge in der Stellungnahme geben eine gemeinsame Einschätzung von DHV, BfHD, Netzwerk der Geburtshäuser und HfD wieder. Der DHV hat die rechtliche Beurteilung und Erstellung der Stellungnahme übernommen. Damit sollen die aus Sicht des Verbandes wesentlichen Probleme – die steigenden Versicherungsprämien, die Späthaftung und der fehlende Versicherungsmarkt – zusammen gelöst werden. Das Grundproblem liegt nach Auffassung des DHV in den hohen und steigenden Schadenssummen in Verbindung mit der vergleichsweise kleinen Gruppe Hebammen, die in die Haftpflichtversicherung einzahlt. Das Konzept wurde in der vierten Sitzung der IMAG ausführlich diskutiert.

- Mit Ausnahme des DFH bestand Einigkeit darüber, dass mit dem vorgeschlagenen Haftungsfreistellungsfonds – soweit er rechtlich und tatsächlich realisierbar wäre – die finanzielle Belastung der Hebammen durch die Haftpflichtprämien abgesenkt werden

könnte. Der DFH teilt diese Einschätzung nicht, da mit dem Modell seiner Auffassung nach keine nachhaltige Problemlösung verbunden wäre.

- Nach Auffassung der beteiligten Ressorts ist jedoch insbesondere der hohe bürokratische Aufwand, der mit dem Haftungsfreistellungsfonds verbunden wäre (Gründung eines gemeinnützigen Vereins, beaufsichtigende Regulierungskommission, regelmäßig anzupassende Verordnung) kritisch zu sehen. Die vorgeschlagene Organisationsform des Fonds als gemeinnütziger Verein wäre mit dem Versicherungsaufsichtsrecht – sofern eine aufsichtsrechtliche Genehmigung erforderlich wäre – zudem nicht vereinbar.
- Soweit eine Begrenzung der Haftpflichtprämien der Hebammen für notwendig erachtet wird, wurde von den Ressorts angeregt, zunächst mildere Eingriffe zu prüfen.
- Hinsichtlich der vorgeschlagenen Finanzierung des Haftungsfreistellungsfonds durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wies BMG darauf hin, dass eine Haftung der Versichertengemeinschaft der GKV für Behandlungsfehler nur einer Berufsgruppe der Heilberufe schwer zu rechtfertigen sei. Eine Beteiligung der Versicherungsunternehmen an der Fondsfinanzierung würde nach Auffassung des BMG dagegen entweder zu höheren Haftpflichtprämien oder zu weiteren Kostenbelastungen der Versicherungsunternehmen führen, was zu einer weiteren Verschlechterung der Marktsituation führen könnte.
- Auch hinsichtlich des vorgeschlagenen Haftpflichtfonds ist aus Sicht der beteiligten Ressorts der Umfang des Eingriffs in den Versicherungsmarkt kritisch zu sehen. Überdies wäre zweifelhaft, ob bei dem Haftpflichtfonds die Beiträge deutlich unter den aktuellen Versicherungsbeiträgen liegen würden. Durch eine Änderung der Organisationsform könne weder die Höhe noch die Dynamik der Prämien nachhaltig beeinflusst werden. Die faktische Aufgabe des Versicherungsmarktes zugunsten eines öffentlich-rechtlich gesteuerten Fonds wäre vielmehr mit der Gefahr ineffizienter Strukturen verbunden. Aus diesem Grund würde das Ziel der Beschränkung der Haftpflichtprämien nicht durch die Organisationsform, sondern durch den Umfang der Fondsfinanzierung durch die GKV entschieden. Hiergegen wurden seitens BMG die gleichen Einwände wie beim Haftungsfreistellungsfonds angeführt.
- Darüber hinaus äußerte das BMJ bezogen auf die vorgeschlagenen Fondslösungen verfassungsrechtliche Bedenken u.a. hinsichtlich der Finanzierung (Stichwort: Sonderabgabe) und in Bezug auf den Gleichheitssatz, soweit Hebammen im Vergleich mit Menschen in anderen Heilberufen bzw. risikobehafteten Berufen ungleich behandelt würden.

Die Vorschläge, einen Kontrahierungszwang für Haftpflichtversicherer einzuführen oder die Regresseinnahmen der Krankenversicherungen der Zweckbindung zu unterwerfen, wurden in der IMAG nicht näher erörtert. Da diese Ansätze über die Gruppe der zu versichernden Hebammen hinausreichen würden, bedürfte es hierzu einer grundsätzlichen, über den Arbeitsauftrag der Arbeitsgruppe hinausreichenden Diskussion.

Es wird darauf hingewiesen, dass der DFH im Rahmen der Sitzungen der IMAG und der Abstimmung des Abschlussberichtes verschiedene grundlegende Forderungen im Hinblick auf die Haftpflichtproblematik aufgestellt hat, die im Folgenden kurz zusammengefasst werden.

Der DFH fordert insbesondere:

- Ein Gutachten zu den Hintergründen der Haftpflichtproblematik. Dabei sollen nach Auffassung des DFH insbesondere folgende Aspekte untersucht werden: die maßgeblichen Faktoren für die steigenden Schadenssummen, die von DHV und BfHD angebotenen Gruppenhaftpflichtverträge (einschließlich der engagierten Makler), die Rechtsprechung und Gerichtsverfahren bei Geburtsschäden, die Gefahr der Privatinsolvenz für Hebammen, wann bei einer regelrechten, interventionsfreien Geburt eine Schadensverursachung durch die Hebammen vorliegen kann.
- Der Gesetzgeber müsse sicherstellen, dass Hebammen in Ausübung ihrer geburtshilflichen Tätigkeit nicht in die Privathaftung geraten.
- Die Berufsordnungen der Länder müssten überprüft und überarbeitet werden, insbesondere sei eine klarere Fassung (Trennung der Kernaufgaben von berufsfremden Tätigkeiten) notwendig.

3.2 Sicherung der Versorgungsqualität in der Geburtshilfe

Hintergrund und Problembeschreibung

Es ist die Aufgabe der an der Geburtshilfe beteiligten Berufsgruppen sicherzustellen, dass ihr Handeln dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht und die Leistungen zur Geburtshilfe in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Angesichts der wachsenden Informationsflut sowie der teils widersprüchlichen Empfehlungen haben wissenschaftlich hochwertige Leitlinien eine wichtige Funktion als Wegweiser und Orientierungshilfe in der medizinischen Versorgung erlangt. In der Geburtshilfe existieren jedoch bislang kaum Leitlinien höherer Evidenz; auch fehlt es an interdisziplinär – also unter Einbeziehung des Sachverständigen von Hebammen und Entbindungspflegern – erarbeiteten Leitlinien.

Dabei ist der Bedarf an höherwertigen Leitlinien in der Geburtshilfe nach Einschätzung der meisten Fachexperten hoch. Beispielsweise gibt es deutliche Zweifel daran, ob dem Anstieg der Kaiserschnittquote in den letzten zehn Jahren um über zehn Prozentpunkte in allen Fällen medizinische Gründe zugrunde liegen.

Hierzu präsentierte Dr. Böcken von der Bertelsmann Stiftung der IMAG Ergebnisse aus dem Faktencheck Kaiserschnitt, die aufzeigten, dass sich die Höhe der Kaiserschnittquoten regional bis um das Dreifache unterscheidet. Dies sei medizinisch nicht begründbar und führe auch nicht zu einer unterdurchschnittlichen Säuglingssterblichkeit. Die Entwicklung sei auf verschiedene Ursachen zurückzuführen: So zeige sich ein regional unterschiedliches Vorgehen bei sog. „relativen Indikatoren“ für einen Kaiserschnitt – also solchen Umständen, die nicht zwingend eine Entscheidung für einen Kaiserschnitt begründen. Von besonderer Bedeutung seien dabei z. B. Unterschiede bei den Kaiserschnitten als Folge einer bereits vorausgegangenen Kaiserschnittentbindung, aber auch klinikorganisatorische Gründe. Zur weiteren Information über mögliche Ursachen wurde auf die Fachinformationen zum Faktencheck Kaiserschnitt (www.faktencheck-kaiserschnitt.de/fachinformationen) verwiesen. Auch Herr Dr. Böcken sprach sich im Ergebnis nachdrücklich für die Entwicklung von höherwertigen Leitlinien aus, die Geburtshelfern seiner Einschätzung nach Orientierung und mehr Sicherheit geben könnten.

Medizinische Leitlinien werden in der Regel von den zuständigen medizinischen Fachgesellschaften entwickelt. Die maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften haben sich insbesondere für diese Leitlinienarbeit in der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) zusammengeschlossen. Die Erstellung erfolgt auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen. Für die Erstellung einer Leitlinie der Entwicklungsstufe 1 (S1-Leitlinie) gelten im Hinblick auf die Entwicklergruppe, die Evidenzbasierung und das strukturierte Konsensverfahren keine expliziten Anforderungen, weshalb sie auch als Handlungsempfehlungen bezeichnet werden. In der Entwick-

lungsstufe 3 hingegen (S3-Leitlinie) geschieht die Leitlinienerstellung auf der Grundlage der Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin und in einem methodisch gesicherten Verfahren der Konsensbildung. Letzteres erfordert vielfach auch die Beteiligung anderer themenrelevanter Fachgesellschaften, die Beteiligung von Berufsangehörigen der eigenen und etwaiger Nachbardisziplinen wie auch von Vertretern der Patientinnen und Patienten. Diese Leitlinien werden damit häufig bereits interdisziplinär und interprofessionell (z. B. unter Beteiligung von Pflege und Physiotherapie) erstellt.

Eine interdisziplinäre Erarbeitung evidenzbasierter Leitlinien für die Geburtshilfe setzt danach insbesondere die Beteiligung des Sachverständigen von Hebammen und Entbindungspflegern an der Leitlinienentwicklung voraus. Hierfür mangelt es jedoch bisher an ausreichenden Routinen der Zusammenarbeit zwischen ärztlichen Fachgesellschaften und den Verbänden der Hebammen. Als zusätzliches Problem wird gesehen, dass die Leitlinienentwicklung durch die AWMF finanziert werden müsste.

Bewertung

In der IMAG bestand - mit Ausnahme des DFH - Konsens, dass die Entwicklung höherwertiger Leitlinien (S2- und S3-Leitlinien) für die Verbesserung der Versorgungsqualität in der Geburtshilfe von besonderer Bedeutung ist.

Vertreterinnen der Hebammen, aber auch der AWMF äußerten insoweit die Einschätzung, dass höherwertige Leitlinien im Bereich der Geburtshilfe z. B. zu den Themen Frühgeburt, Kaiserschnitt, Übertragung und Beckenendlage einen wichtigen Beitrag dazu leisten könnten, die Kaiserschnitt-rate auf das medizinisch notwendige Maß zu begrenzen. Dies gelte auch im Hinblick darauf, dass aus haftungsrechtlichen Aspekten die Tendenz bestehe, durch Schnittentbindungen vermeintliche Risiken zu vermeiden. Die Verbände der Hebammen fordern deshalb die interdisziplinäre Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien.

Der GKV-Spitzenverband sah dabei die Notwendigkeit, im ersten Schritt den Fokus auf die physiologisch „normale“ Geburt zu richten.

Der DFH befürwortete zwar auch die Entwicklung von höherwertigen Leitlinien, widersprach aber der Einschätzung, dass die Leitlinien zur Senkung der Kaiserschnitt-rate beitragen könnten. Aus seiner Sicht sind vor allem finanzielle Anreize für den Anstieg der Kaiserschnittentbindungen ursächlich. Der Umstand, dass viel Geld für den Kaiserschnitt und wenig Geld für die spontane vaginale Geburt gezahlt werde, sei entscheidend. Nach Auffassung des DFH würde keine Leitlinie deshalb an der Kaiserschnitt-rate etwas ändern können. Der Verband schlug daher zusätzlich die Beauftragung eines Gutachtens vor, das die wirtschaftlichen Zwänge kleinerer geburtshilflicher Abteilungen zur Durchführung von Kaiserschnittentbindungen untersucht.

Die AWMF hat noch einmal bestätigt, dass im Bereich der Geburtshilfe bisher lediglich S1-Handlungsempfehlungen vorhanden sind. Nach Rücksprache mit den verantwortlichen Akteuren der betroffenen ärztlichen Fachgesellschaften sei in der AWMF die Bereitschaft vorhanden, höherwertige interdisziplinäre Leitlinien zu erstellen. Ungeklärt sei jedoch deren Finanzierung. Wegen der Vielzahl wünschenswerter Leitlinienprojekte sei seitens der AWMF insbesondere eine Prioritätensetzung bei der Auswahl der Themen unabdingbar.

Die Hebammenverbände stellten in diesem Zusammenhang die Frage nach einem Beitrag der GKV zur Finanzierung von Leitlinien für die Geburtshilfe. Der GKV-Spitzenverband lehnte aber eine Verantwortlichkeit der GKV für die Leitlinienfinanzierung aufgrund fehlender gesetzlicher Regelung und Ressourcen ab.

Der DFH hielt diese Haltung für nachvollziehbar, gab aber zu bedenken, dass die GKV eine Versorgungsverpflichtung habe. Er sah hier die Politik und die GKV in einer Verpflichtung, die Finanzierung sicherzustellen. Der DFH forderte ausreichende Mittel, um zum einen eine unabhängige wissenschaftliche Arbeitsweise der Fachgesellschaften zu befördern und zum anderen eine finanzielle Unterstützung der Hebammenverbände, um zielführend an der Leitlinienentwicklung mitwirken zu können.

Das BMG wies darauf hin, durch die Einbeziehung von Vertretern der AWMF in die IMAG bereits deutlich gemacht zu haben, dass es die von den Hebammenverbänden geforderte interdisziplinäre Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien für die Geburtshilfe unterstütze. Es betonte gleichzeitig, dass die Verantwortung für die Erstellung und Implementierung von Leitlinien grundsätzlich bei den medizinischen Fachgesellschaften liege, die ihre Kompetenzen und Ressourcen in den Entwicklungsprozess einbringen. Das BMG erklärte zudem, dass dem Ministerium keine gesonderten Mittel zur Finanzierung der Leitlinienentwicklung zur Verfügung stünden. Eine über die bereits erfolgte Projektförderung der Entwicklung einer „Muster-Leitlinie“ hinausgehende Förderung einzelner Leitlinien komme daher nicht in Betracht.

Der DFH kritisierte diese Haltung, denn auch bei ambitionierter Mitarbeit an Leitlinien dürften der zeitliche Aufwand sowie die erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen nicht unterschätzt werden. Dies sei von den Hebammenverbänden ohne Unterstützung nicht zu leisten.

Im Ergebnis sahen die Beteiligten die Notwendigkeit, dass die Hebammenverbände mit den betroffenen ärztlichen Fachgesellschaften innerhalb der AWMF die Möglichkeiten einer interdisziplinären evidenzbasierten Leitlinienentwicklung für die Geburtshilfe genauer ausloten. Dabei soll auch geklärt werden, inwieweit für die Entwicklung höherwertiger Leitlinien z. B. zum Thema Indikationsstellung beim Kaiserschnitt überhaupt eine ausreichende wissenschaftliche

Studienlage vorhanden ist. Hierzu bestand bei den Verbänden der Hebammen eine unterschiedliche Einschätzung. In Bezug auf die Weiterentwicklung der Qualität in der Hebammenhilfe wurde zudem auf den in jüngerer Zeit entwickelten Expertenstandard für Hebammen hingewiesen, der derzeit implementiert wird.

Überwiegend wurde von Seiten der Hebammenverbände ein deutliches politisches Signal zur Unterstützung der interdisziplinären hochwertigen Leitlinien als wesentlich angesehen. Vor dem Hintergrund der komplexen und vielfältigen Fragen zur Qualität der Versorgung mit Hebammenhilfe sowie zur Geburtshilfe insgesamt fordern die Hebammenverbände darüber hinaus die Einrichtung eines Runden Tisches zur Verbesserung der Qualität rund um die Geburtshilfe in Deutschland.

Die Bundesregierung hält die Einrichtung eines solchen Runden Tisches nicht für erfolgversprechend, da die Gestaltung von konkreten Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Hebammenhilfe und der Geburtshilfe nicht auf der fachpolitischen Ebene erfolgen kann. Die spezifischen Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Leistungen der Hebammenhilfe und der Geburtshilfe sind nach den gesetzlichen Regelungen durch Vereinbarungen des GKV-Spitzenverbands mit den Berufsverbänden der Hebammen sowie den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen (§134a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V) bzw., soweit es um die vertragsärztliche oder stationäre Geburtshilfe geht, durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 137 Abs. 1 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V) zu regeln.

3.3 Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung

Hintergrund und Problembeschreibung

Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe, einschließlich der Möglichkeit zur freien Wahl des Geburtsortes, ist von besonderer Bedeutung. Auf der einen Seite besteht nach § 24f SGB V ein Anspruch auf ambulante oder stationäre Entbindung. Auf der anderen Seite sind zum Teil stagnierende oder auch rückläufige Geburtenzahlen zu verzeichnen, die insbesondere in strukturschwachen Regionen eine wirtschaftliche Bereitstellung von möglichst wohnortnahen Angeboten rund um die Geburt durch Krankenhäuser, Hebammen und Ärzte erschweren können.

Das IGES-Gutachten zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe zeigt, dass trotz sinkender Geburtenzahlen sowohl die Anzahl der Hebammen als auch ihre Arbeitszeiten in Deutschland tendenziell angestiegen sind. Dabei ist aus Sicht der Hebammenverbände zu berücksichtigen, dass viele geburtshilfliche Abteilungen in Belegabteilungen umgewandelt worden und dadurch ehemals angestellte Hebammen in die Freiberuflichkeit gewandert seien. Steigende Arbeitszeiten seien auch durch kürzere Verweildauern der Frauen, weitere Anfahrtswege sowie zunehmenden Arbeitsaufwand für Dokumentation, Fortbildung und QM-Maßnahmen zu erklären. Das Gutachten kommt mit Stand 2008/2010 zu dem Schluss, dass unter Einbeziehung des stationären Bereiches eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung mit Hebammenhilfe überwiegend gewährleistet ist. Gleichwohl gibt es bereits heute einige Regionen, in denen die zurückzulegenden Wege zum gewünschten Geburtsort bzw. der Hebammen zu den werdenden Eltern überdurchschnittlich hoch sind und dadurch eine möglichst wohnortnahe Versorgung und Möglichkeit zur freien Wahl des Geburtsortes gefährdet ist. So führt das Gutachten aus, dass sich Regionen identifizieren lassen, die sowohl klinisch als auch außerklinisch, d. h. bezogen auf das Angebot bzw. die Reichweite von Hebammen, eine unterdurchschnittliche Versorgungslage aufweisen. In anderen Regionen wiederum besteht entweder im klinischen oder im außerklinischen Bereich ein (über-)durchschnittliches Angebot, im anderen Bereich jedoch ein unterdurchschnittliches. In diesen Regionen ist die Versorgungslage zwar nicht insgesamt als unterdurchschnittlich einzustufen, jedoch können insbesondere Einschränkungen bei der Wahlfreiheit auftreten.

Als mitursächlich für diese Entwicklung werden von Seiten der Hebammenverbände u. a. fehlende Informationen über Hebammenleistungen sowie teilweise auch unzureichende Vergütungen angeführt. Der GKV-Spitzenverband sieht hier eher das Problem der Schließung von geburtshilflichen Abteilungen in den Kliniken insbesondere im ländlichen Bereich. Denn für die Durchführung einer Geburt im Geburtshaus oder zuhause muss insbesondere im Notfall eine kurzfristige Verlegung in eine Klinik möglich sein.

Bewertung

Im Rahmen der IMAG wurde deutlich, dass bei der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe zum einen im Sinne einer vollständigen Erfassung alle Leistungen der Hebammen zu betrachten sind und zum anderen auch immer der Zusammenhang mit der Krankenhausversorgung zu sehen ist. Bei der Diskussion muss auch der Aspekt der freien Wahl des Geburtsortes ausreichend Berücksichtigung finden.

In der Erörterung, welche Instrumente nötig sind, um auch in Zukunft die Versorgung rund um die Geburt - unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit der Versicherten - in strukturschwachen Gebieten möglichst wohnortnah sicherzustellen, wurde auch deutlich, dass über die bereits bestehenden Vergütungsregelungen hinaus derzeit keine weiteren Vergütungsanpassungen (z. B. höhere Wegegelder, Sicherstellungszuschläge) zwischen den Vertragsparteien im Rahmen der Verhandlungen konsentierbar sind. An der Vertragslösung nach § 134a SGB V soll jedoch aus Sicht der Vertragspartner ausdrücklich festgehalten werden. Eine Rückkehr zu einer Hebammengebührenordnung ist nicht gewünscht (siehe auch Ausführungen nachfolgend unter 3.4). Weitere Vorschläge wie Mindestumsätze und Hebammendistrikte, die es in der Vergangenheit gab, sowie eine eigene Form der Bedarfsplanung wurden in der IMAG nicht weiter verfolgt.

Um die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung insbesondere sektorenübergreifend im Zusammenspiel mit der Krankenhausversorgung zu stärken, erscheint auch die Befassung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) erforderlich, da die Länder in diesen Fragen der gesundheitlichen Versorgung zentrale Kompetenzen haben. Aus Sicht der IMAG könnten dadurch die auch in den einzelnen Ländern erfolgenden Diskussionen mit der Diskussion auf der Bundesebene verknüpft werden.

Der HfD weist im Zusammenhang mit der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung am Beispiel Schottland darauf hin, dass es aus seiner Sicht vor allem einer politischen Unterstützung durch Aufklärungsprogramme bedarf, damit es durch hebammengeleitete Geburtshilfe ambulant und stationär zukünftig wieder mehr normale, vaginale Geburten geben kann. Diese Idee wird vom DFH nicht unterstützt, da sie weder Vergütungs- noch Versorgungsfragen lösen könne. Schottland habe zudem eine mit Deutschland nicht vergleichbare Gesundheits- und Grundversorgung.

In Verbindung mit der Beurteilung der Versorgungslage stehen insbesondere auch Aspekte der Datenbereitstellung hinsichtlich des Bedarfes und der angebotenen Leistungen, siehe dazu auch Kapitel 3.5 und zum Thema Öffentlichkeitsarbeit zu Schwangerschaft und Mutterschaft Kapitel 3.11.

3.4 Angemessene Vergütung von Leistungen in der Hebammenhilfe

Hintergrund Problembeschreibung

Die Höhe der Vergütung für die Versorgung mit Hebammenhilfe in der GKV wird nach den gesetzlichen Vorgaben des § 134a SGB V vertraglich vereinbart. Der GKV-Spitzenverband schließt mit den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen sowie die Höhe der Vergütung ab. Dabei schreibt das Gesetz u.a. vor, dass der Bedarf der Versicherten an Hebammenhilfe und die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflichen Hebammen zu berücksichtigen sind. Für den Fall, dass sich die Vertragspartner nicht einigen, sieht das Gesetz die Einschaltung einer gemeinsamen Schiedsstelle vor.

Angesichts steigender Kosten für die Berufsausübung, die ihre Ursache insbesondere in einem deutlichen Anstieg der Haftpflichtversicherungsprämien für in der Geburtshilfe tätige Hebammen haben, ist die Angemessenheit der Vergütung ein zentrales Thema für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe. Von Seiten der Hebammen wird die Angemessenheit der Vergütung zum Teil in Frage gestellt. Der DFH macht deutlich, dass es schon aufgrund der Gebührengestaltung aus seiner Sicht zu einer finanziellen Schiefelage kommen kann (z. B. Wochenbettbetreuung im Krankenhaus – mit der Möglichkeit an einem Vormittag eine Vielzahl an Wöchnerinnen zu besuchen – und Wochenbettbetreuung zuhause – wo dies aufgrund der Entfernungen nicht möglich ist).

Vor dem Hintergrund gestiegener Haftpflichtprämien und mangelnder Informationen zur Vergütungssituation von freiberuflichen Hebammen hatte das vom BMG in Auftrag gegebene IGES-Gutachten u.a. auch das Ziel, die Vergütungssituation in der außerklinischen Geburtshilfe zu beschreiben. Bezüglich der Vergütungssituation der Hebammen ergab das Gutachten ein differenziertes Bild. Dabei hängt die Höhe des erzielten Einkommens auch wesentlich von der durchschnittlichen Arbeitszeit und den durchgeführten Leistungen der Hebammen ab. Das Gutachten zeigte zudem, dass in einigen Leistungsbereichen, wie z. B. der Wochenbettbetreuung und der Geburtshilfe die Nachfrage das Angebot übersteigt. Der GKV-Spitzenverband verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Anfang 2013 ergangene Entscheidung der Schiedsstelle nach § 134a Abs. 3 SGB V die Erkenntnisse des Gutachtens berücksichtigt und aus seiner Sicht zu einer angemessenen Vergütung führt. Aufgrund des Schiedsentscheides wurden die Vergütungen von freiberuflichen Hebammen grundsätzlich um 12% angehoben. Eine weitere Anhebung aller Leistungen um 5% soll bei Abschluss einer Vereinbarung über Leistungsbeschreibungen und Qualitätsstandard erfolgen. Zudem wurden die Vergütungspositionen zum Wochenbett um zusätzliche 3% angehoben.

Bewertung

Im Rahmen der IMAG bestand Einigkeit, dass an der Vertragslösung nach § 134a SGB V festgehalten werden soll. Eine Rückkehr zur Hebammen-Gebührenverordnung ist von Seiten der Vertragspartner nicht gewünscht. Lösungen für gegebenenfalls strittige Fragen in der Vergütung müssen damit im Wege der Verhandlung und – wie in der Vergangenheit auch bereits praktiziert – notfalls unter Anrufung der Schiedsstelle gefunden werden.

Von Seiten der Hebammenverbände wird im Rahmen dieser Verhandlungen eine Angemessenheit der Vergütung insbesondere auch im Hinblick auf die Berücksichtigung des unterschiedlich hohen zeitlichen Aufwandes gefordert; eine Differenzierung der Vergütung z. B. nach der „Schwere“ der Geburt wird als nicht zielführend angesehen. Dennoch bedürfe gerade die Vergütung der Geburt aufgrund der nur begrenzt möglichen Bereitstellung der Geburtsbegleitung und der hohen Verantwortung eines besonderen Augenmaßes. Seitens des GKV-Spitzenverbandes besteht keine generell ablehnende Haltung hinsichtlich der Berücksichtigung einer Zeitkomponente in der Vergütung, die nach Darstellung des GKV-Spitzenverbandes derzeit in einigen Leistungspositionen bereits vertraglich vereinbart sei. Dies wird z. B. bei der Position Wochenbett in den Vergütungsverhandlungen thematisiert und muss auch im Zusammenhang mit den noch zu verhandelnden Leistungsbeschreibungen stehen.

Zu der im Rahmen der IMAG geäußerten Frage, inwieweit der Grundsatz der Beitragssatzstabilität den möglichen Spielraum für höhere Vergütungen einschränkt, betonte das BMG, dass dieser Grundsatz bei den Verhandlungen nach § 134a SGB V – anders als in verschiedenen anderen Versorgungsbereichen – nicht isoliert, sondern ausdrücklich gleichberechtigt neben dem Bedarf der Versicherten an Hebammenhilfe sowie den berechtigten wirtschaftlichen Interessen der Hebammen steht.

Diesem Gedanken schließt sich der DFH ausdrücklich an, macht aber deutlich, dass die Umsetzung in der aktuellen Situation (z. B. Haftpflichtproblematik) von den Vertragsparteien alleine nicht zu leisten ist.

Zum Vorschlag der Hebammenverbände, in § 134a SGB V eine ausdrückliche Regelung aufzunehmen, nach der die Vergütung der Hebammen angemessen sein muss, weist das BMG u.a. darauf hin, dass eine solche Regelung nicht isoliert im Bereich der Versorgung mit Hebammenhilfe getroffen werden könnte. Der Vorschlag wird daraufhin nicht weiter verfolgt.

Die Frage der angemessenen Vergütung wurde in der IMAG im Zusammenhang mit der Erbringung verschiedener Leistungen diskutiert. Siehe dazu auch Ausführungen im Kapitel 3.1 zur Haftpflichtversicherung.

3.5 Ausreichende Datenbasis als Grundlage für Entscheidungen

Hintergrund Problembeschreibung

In dem vom IGES-Institut im Auftrag des BMG 2012 erstellten Gutachten zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe waren die vorhandenen Daten zu diesen Themenbereichen umfassend ausgewertet worden. Hierbei wurde deutlich, dass die kontinuierlich erhobenen bzw. auf Bundesebene zugänglichen Daten derzeit nur ein sehr eingeschränktes Bild über die Versorgungs- und Vergütungssituation in der Hebammenhilfe liefern können. Herr Dr. Loos von IGES stellte die Ergebnisse des Gutachtens in der IMAG kurz vor.

Bewertung

Folgende Optionen in Hinblick auf eine Verbesserung der Datenlage wurden in der IMAG diskutiert:

- Es wurde vorgeschlagen, die Einzelkassen gesetzlich zu verpflichten, die auf dieser Ebene vorhandenen Daten zur Hebammenversorgung und -vergütung an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Während der GKV-Spitzenverband dies befürwortet, sprechen aus Sicht der Hebammenverbände Datenschutzgründe gegen diesen Vorschlag. Diese datenschutzrechtlichen Bedenken sind – solange keine gesetzliche Aufgabenzuweisung an den GKV-Spitzenverband besteht – in Bezug auf die personenbezogene (leistungserbringerbezogene) Auswertung der Daten durch den GKV-Spitzenverband grundsätzlich nachvollziehbar.
- Eine Erweiterung der Bevölkerungsstatistik, welche federführend durch das Bundesministerium des Innern (BMI) verantwortet wird, um den Ort der Geburt könnte aus Sicht der Hebammenverbände hilfreich sein. Hierfür könnte die Länderstatistik von Berlin eine mögliche Grundlage bieten. Das BMI hat auf Nachfrage des BMG hierzu folgende Auskunft erteilt: Der Wunsch, über zusätzliche Merkmale / Hilfsmerkmale des Bevölkerungsstatistikgesetzes Angaben über den Geburtsort zu erhalten, ist derzeit nicht realisierbar. Die unter dem Begriff Bevölkerungsstatistik zusammengefassten Statistiken sind als Sekundärstatistiken ausgestaltet, d.h. es werden weit überwiegend Verwaltungsdaten genutzt, die z. B. in den Melde- und Personenstandsregistern aufgrund eigener Aufgabenwahrnehmung bereits vorhanden sind. Sekundärstatistiken werden durch Gesetz beschränkt, maßgeblich ist hier das Personenstandsgesetz. Die Erfassung des räumlichen Ortes der Geburt (hier: Geburt im Krankenhaus, Rettungswagen, zu Hause usw.) ist für den Personenstand jedoch nicht relevant.

Innerhalb der IMAG bestand Einigkeit darüber, dass eine Notwendigkeit für die Erfassung des Geburtsorts besteht.

- Die Hebammenverbände regten eine bessere Erfassung der Arbeitszeit zur Berechnung von Vollzeitäquivalenten in der Gesundheitsberichterstattung und zur Unterscheidung der Art der geleisteten Arbeit insbesondere im Krankenhaus an, gegebenenfalls durch eine Studie.

Das Statistische Bundesamt hat auf Nachfrage des BMG hierzu folgende Auskunft erteilt: Ab dem Berichtsjahr 2011 können durch den Mikrozensus Hebammen auch gesondert ausgewiesen werden. Damit sei eine Differenzierung der Beschäftigungsverhältnisse der Hebammen in Haupt- und Nebenerwerbstätigkeit sowie in selbständige und angestellte Tätigkeit und nach durchschnittlicher Wochenarbeitszeit (sowie Differenzierung nach Teilzeit/Vollzeit) möglich. Dies werde dann künftig auch für die Gesundheitspersonalrechnung genutzt. Zu berücksichtigen sei dabei, dass für selbständig tätige Hebammen in Vollzeit und angestellte Hebammen in Teilzeit nur knapp die Veröffentlichungsgrenze des Statistischen Bundesamtes von mindestens 50 befragten Personen (hochgerechneter Totalwert: 5.000) in der Stichprobe erreicht werde. Da es sich nach Auffassung von destatis, die vom BMG geteilt wird, um eine repräsentative Stichprobe handelt, könnten trotzdem verlässliche Auskünfte über die beschriebenen Beschäftigungsverhältnisse erzielt werden. Der HfD ist hingegen nicht der Auffassung, dass die Mikrozensus-Stichprobe im Hinblick auf die Hebammen repräsentativ ist.

- Der DFH schlug eine Änderung des GKV-Kontenrahmens zur Erfassung der Geburtenfallzahlen vor. Eine Erweiterung der amtlichen KV-Statistik (KG 2, Differenzierung der Geburtenfallzahlen nach Ort der Geburt (Art der Einrichtung, in der entbunden wurde oder Hausgeburt)) wurde geprüft. Das BMG wird sich im Rahmen der AG Rechnungswesen und Statistik für eine entsprechende Ergänzung aussprechen. Eine Erfassung wäre dann voraussichtlich ab 2015 möglich. Es ist zu berücksichtigen, dass durch diese Erweiterung der KV-Statistik unbetreute Geburten (beispielsweise zuhause oder auf dem Anfahrtsweg in die Klinik) nicht erfasst werden.

Folgende weitere Datenwünsche wurden in der IMAG geäußert, jedoch nicht weiter diskutiert:

- GKV-Spitzenverband und Hebammenverbände: Angleichung der Datenerfassung zur Qualität klinischer und außerklinischer Geburten (Stichworte: QUAG und AQUA) und Regelung eines Qualitätssicherungs-Verfahrens für die außerklinische Geburtshilfe, damit die Daten vergleichend ausgewertet werden können.
- Von Seiten der Hebammenverbände: Bessere Datengrundlage zur Erfassung des tatsächlichen Bedarfes an Hebammenhilfe, z. B. durch eine Befragung von Frauen. Der DFH hat betont, dass eine valide Datenerhebung mit einem statistischen Aufwand verbunden ist, der von den Hebammenverbänden mangels Kenntnissen und Mitteln nicht gewährleistet werden kann.

In Anknüpfung an die in der IMAG diskutierten Fragen weist das BMG darauf hin, dass in der Arbeitsgruppe Berufe des Gesundheitswesens der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) darüber diskutiert wird, ob und wie eine landesweite Statistik dauerhaft erstellt und ausgewertet werden kann, in der alle Hebammen und deren regionale Einsatzgebiete, die Leistungsspektren sowie die abgerechneten Leistungen auch für freiberufliche Hebammen erfasst sind.

3.6 Tätigkeitsspektrum von Hebammen im SGB V

Hintergrund und Problembeschreibung

Die Regelungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die vormals in den §§ 195 ff. Reichsversicherungsordnung (RVO) geregelt waren, sind mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 30. Oktober 2012 in das SGB V überführt worden. Damit ist eine unter anderen von den Hebammenverbänden langjährige Forderung erfüllt worden, wonach der Leistungsanspruch der schwangeren Frauen transparent im SGB V geregelt sein soll. Das betrifft mit § 24d SGB V auch den Anspruch auf Hebammenhilfe, der mit der Überführung in das SGB V auch auf die Neugeborenen erweitert wurde. Diese haben nun einen expliziten eigenen Anspruch auf Hebammenhilfe, wenn sie nach der Entbindung nicht von der Mutter versorgt werden können. Ferner ist mit der Überführung die Nennung der verschiedenen Entbindungsorte (ambulant und stationär im Krankenhaus, Hausgeburt, Geburtshaus, Hebammenpraxis) ausdrücklich ins Gesetz aufgenommen worden. Zudem ist den Krankenkassen im Rahmen der Satzungsmehrleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V die Möglichkeit eingeräumt worden, zusätzliche Hebammenleistungen anzubieten. Krankenkassen machen von dieser Möglichkeit bereits Gebrauch. Sie übernehmen in diesem Rahmen beispielsweise die Kosten für die Hebammenrufbereitschaft und Geburtsvorbereitungskurse für Väter.

Die Hebammenverbände fordern eine weitere Aufwertung der Hebammenarbeit. Hebammenleistungen sollen vollumfänglich in das SGB V übernommen werden. Dabei geht es den Hebammenverbänden einerseits um Leistungen, die sie derzeit bereits erbringen, die aber aus ihrer Sicht nicht vergütet werden. Andererseits fordern die Hebammen weitere Zuständigkeiten, um ihren Beruf, wie er nach der Europäischen Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG vorgesehen ist, vollumfänglich auszufüllen.

Bewertung

In der IMAG wurde dieser Punkt nur kurz angerissen. BMG führte kurz in die Thematik ein und GKV-Spitzenverband, Hebammenverbände und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gaben eine kurze Stellungnahme ab. Grundsätzlich fordern die Hebammenverbände insbesondere die Anerkennung und Finanzierung der psychosozialen Leistungen (psychosoziale Unterstützung der Eltern). Des Weiteren möchten die Hebammenverbände Zuständigkeiten für folgende Leistungen bekommen: Überweisungs- bzw. Einweisungsmöglichkeiten durch Hebammen in Krankenhäuser und an Fachärzte, Veranlassung von Krankentransporten, Veranlassung von Laborleistungen und Rezeptierung.

Der GKV-Spitzenverband hat auf die anstehenden Verhandlungen zur Leistungsbeschreibung hingewiesen, in denen die Abgrenzung von psychosozialen Leistungen nach SGB V zu Leistungen

nach SGB VIII eine Rolle spielen soll. Er lehnt eine Verbreiterung des Tätigkeitsspektrums von Hebammen nach SGB V um weitere psychosoziale Leistungen ab.

Aus Sicht der KBV ist eine Erweiterung des Tätigkeitsspektrums der Hebammen nicht notwendig. Der niedrigschwellige Zugang zu Gynäkologen in Deutschland sei ein Erfolgsmodell. Der DFH vertritt dagegen die Auffassung, dass dieses Modell grundlegend mitverantwortlich sei für die hohe Kaiserschnitttrate und daher aus seiner Sicht schwerlich als Erfolg gewertet werden könne.

Nach Einschätzung des BMG könnte eine Verbreiterung des Leistungsspektrums grundsätzlich in Betracht kommen. Zu klären wäre insbesondere, auf welche Leistungen sich das beziehen könnte.

3.7 Bundesinitiative Frühe Hilfen

Hintergrund und Problembeschreibung

Die Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH) als Bestandteil des Bundeskinderschutzgesetzes (BKSchG) wurde vorgestellt. Danach fördert der Bund in den Jahren 2012 bis 2015 den Aus- und Aufbau der Netzwerke Frühe Hilfen mit insgesamt 177 Mio. Euro. Ab dem Jahr 2016 steht ein Fonds mit jährlich 51 Mio. Euro zur Verfügung. Familienhebammen und Angehörige vergleichbarer Gesundheitsberufe unterstützen Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes. Sie helfen den Eltern, den Familienalltag auf das Leben mit einem Kind umzustellen. Sie geben Informationen und Anleitung zu Pflege, Ernährung, Entwicklung und Förderung des Kindes. Die Familienhebammen und Angehörige vergleichbarer Gesundheitsberufe vermitteln bei Bedarf weitere Hilfen. Sie sind damit für Familien Lotsinnen zu den vielfältigen Angeboten in den Netzwerken der Frühen Hilfen. Familien sollen möglichst früh die Unterstützung bekommen, die sie brauchen. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen hat die Aufgaben einer Koordinierungsstelle im Rahmen BIFH. In der IMAG wurde über die BIFH und ihre Umsetzung in den Ländern bzw. Kommunen informiert.

Bewertung

Hinsichtlich der BIFH wurden Fragen - auch zur Umsetzung - aus den Verbänden erörtert und beantwortet. Weitere Forderungen oder Wünsche bezüglich der Familienhebammen wurden nicht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) bzw. die IMAG gerichtet.

3.8 Interdisziplinäre und –sektorale Kooperationen und Vernetzung

Hintergrund und Problembeschreibung

Zur Sicherstellung einer nahtlosen Versorgung mit Hebammenleistungen ist eine sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Ärzten und Krankenhäusern wichtig. Kooperationen von Hebammen und Krankenhäusern sind für eine Verbesserung der Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung von besonderer Bedeutung. In der IMAG wurde beispielhaft als interdisziplinäre Kooperationsform die in einigen Kliniken in Deutschland bereits eingerichteten hebammengeleiteten Kreißsäle diskutiert.

Darüber hinaus ist die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für eine interdisziplinäre und –sektorale Kooperation und Vernetzung von Bedeutung. Mit der Einführung der eGK wird die Möglichkeit geschaffen, auf Wunsch des Versicherten medizinische Informationen für seine medizinische Versorgung verfügbar zu machen. Aus Sicht der Hebammenverbände ist wichtig, dass auch sie auf die mittels der eGK gespeicherten medizinischen Daten zugreifen können. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sehen derzeit lediglich vor, dass Hebammen, als Angehörige eines Gesundheitsfachberufs, in Notfällen auf die mit der eGK bereitgestellten Notfalldaten zugreifen dürfen. Darüber hinaus gehende Zugriffsrechte haben selbstständig arbeitende Hebammen, die nicht auf Verordnung tätig werden, derzeit nicht.

Mit der Ablösung der bisherigen Krankenversichertenkarte durch die eGK werden administrative Daten der Versicherten, die zuvor für eine Leistungsabrechnung erforderlich waren, teilweise nicht mehr äußerlich sichtbar auf der Versichertenkarte aufgedruckt und können nur mit einem modernen eGK-fähigen Kartenlesegerät ausgelesen werden. Dies hätte bei Hebammen zu Problemen in der Abrechnung führen können.

Bewertung

Modelle wie die hebammengeleiteten Kreißsäle sind aus Sicht der IMAG wünschenswerte Kooperationsformen. Hier sind insbesondere zunächst die Krankenhäuser in der Pflicht solche Modelle im Rahmen ihrer Organisationshoheit zu fördern.

Das Thema interdisziplinäre und –sektorale Kooperation steht insbesondere in engem Zusammenhang mit dem unter 3.3 dargestellten Thema der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung und könnte aus Sicht der IMAG insbesondere im Hinblick auf das Zusammenspiel mit der Krankenhausversorgung ebenfalls für die GMK von Bedeutung sein.

Das BMG wies in der IMAG daraufhin, dass die von der eGK unterstützten Anwendungen in mehreren Ausbaustufen umgesetzt und eingeführt werden. Da in den ersten Ausbaustufen zunächst

nur die für eine Leistungsabrechnung erforderlichen administrativen Daten des Versicherten mittels der eGK bereit gestellt werden und die für Hebammen relevanten Daten sichtbar auf der eGK lesbar sind, ist eine Ausstattung von freiberuflich tätigen Hebammen mit eGK-fähigen Kartenlesegeräten und Heilberufsausweisen in den ersten Ausbaustufen der Gesundheitskarte nicht erforderlich.

Es ist aus Sicht des BMG wichtig, dass die Hebammen die für ihre Tätigkeit relevanten medizinischen Daten erhalten. Mittels der eGK werden zunächst aber noch keine medizinischen Daten verfügbar gemacht. Sobald die medizinischen Anwendungen umgesetzt werden, wird das BMG prüfen, inwieweit die Anforderungen der Hebammen, ebenso wie die entsprechender anderer Gesundheitsfachberufe, in die Gestaltung der Zugriffsrechte einbezogen werden können. Es ist geplant, dann auch die Ausstattung von Hebammen mit eGK-fähigen Lesegeräten bzw. Heilberufsausweisen zu thematisieren.

Für die Hebammen bestehen aber bereits jetzt Möglichkeiten, ihre Interessen im Zusammenhang mit dem Aufbau der Telematikinfrastruktur einzubringen. Eine Möglichkeit hierfür bietet der Fachbeirat des elektronischen Gesundheitsberuferegisters (eGBR), in dem auch Hebammenverbände vertreten sind. Dieser Fachbeirat ist inzwischen auch im Beirat der gematik vertreten mit dem Ziel, eine adäquate Einbeziehung von Gesundheitsfachberufen und damit auch von Hebammen bei der Nutzung der eGK sicherzustellen. Um im Sinne einer gleichberechtigten Schwangerenvorsorge zwischen Ärzten und Hebammen auch gleiche Zugangsmöglichkeiten zu relevanten Patientendaten zu erreichen, wurde in der IMAG angeregt, dass die Hebammen ihre Anliegen auch aktiv im eGBR Fachbeirat einbringen.

Für die von Seiten der Hebammen geäußerten Befürchtungen, dass es im Zuge der Umstellung auf die eGK zu Abrechnungsschwierigkeiten kommen könnte, wurde eine Lösung gefunden. Das zunächst von den Krankenkassen eingeführte Verfahren, wonach die auf der eGK sichtbar lesbaren Angaben sowie Angaben der Versicherten zum Geburtsdatum und zur Anschrift für die Abrechnung ausreichend sind, wurde zwischenzeitlich gesetzlich durch eine Anpassung des § 301a SGB V im PNG umgesetzt. In der IMAG wurde klargestellt, dass damit den freiberuflich tätigen Hebammen weiterhin eine hindernisfreie Fortführung und Abrechnung ihrer Tätigkeit ermöglicht wird.

3.9 Einbeziehung von Hebammen in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Hintergrund und Problembeschreibung

Der G-BA ist gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB V ermächtigt, in den Mutterschaftsrichtlinien die ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft näher zu regeln. Die leistungsrechtliche und leistungserbringerrechtliche Ausgestaltung der Hebammenhilfe, einschließlich der Qualitätssicherung liegt nicht in der Regelungskompetenz des G-BA, sondern in der Vertragskompetenz von GKV-Spitzenverband und den Hebammenverbänden gemäß § 134a SGB V.

Um die Sachkenntnis der maßgeblichen Berufsorganisationen der Hebammen und Entbindungspfleger auf Bundesebene gleichwohl in die Entscheidungen des G-BA einzubeziehen, haben diese nach § 92 Abs. 1b SGB V ein Stellungnahmerecht zu den Mutterschaftsrichtlinien des G-BA. Mit dem GKV-VStG haben sie in § 91 Abs. 9 SGB V – ebenso wie alle anderen Stellungnahmeberechtigten – zusätzlich das Recht erhalten, beim G-BA in der Regel auch mündlich angehört zu werden, insbesondere um den fachlichen Austausch zu erleichtern. Über dieses mündliche Anhörungsrecht hinausgehend wurde zudem die Möglichkeit vorgesehen, dass jeweils ein Vertreter einer stellungnahmeberechtigten Organisation vom G-BA zur unmittelbaren Teilnahme an den Beratungen in dem jeweiligen Unterausschuss zugelassen werden kann.

Die Hebammenverbände haben sich für eine stärkere Einbindung des Hebammenfachwissens in die Entscheidungsgremien des G-BA ausgesprochen, insbesondere auch um den medizinisch und gesellschaftlich bedeutenden Aspekten der Normalität von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie der psychosozialen Bedürfnisse der Eltern bessere Geltung zu verschaffen.

Der GKV-Spitzenverband hat im Nachgang zu den Sitzungen der IMAG vorgetragen, nach seiner Ansicht sei die Mutterschafts-Richtlinie nach § 92 SGB V grundlegend zu überarbeiten. In der Richtlinie seien Bedingungen zur Hebammenhilfe und ärztlicher Hilfe für die Betreuung – unabhängig wo diese stattfindet – bei Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft über den Gemeinsamen Bundesausschuss im Benehmen mit den Berufsverbänden der Hebammen notwendig. Hierin sollte die Rolle der Hebammen auch bei der Geburtshilfe (außerklinisch und klinisch) für regelgerechte Geburten definiert werden. Auch die Vorsorge von Versicherten mit regelgerechten Schwangerschaftsverläufen könnte so in Teilen wieder vermehrt in die Hände der Hebammen gegeben werden.

Bewertung

In der betreffenden Sitzung der IMAG bestand Konsens, dass eine institutionelle Einbindung der Hebammenverbände als Trägerorganisation des G-BA mit Sitz und Stimme nicht gefordert wird, sondern das bisherige Regelungsgefüge bevorzugt wird und an diesem festgehalten werden soll. Der

DFH hat demgegenüber im Nachgang erklärt, er beantrage den Beitritt mit Sitz und Stimme im G-BA. Er verfüge sowohl über eine hohe Akademikerdichte, als auch über die personellen Möglichkeiten, um im G-BA mitzuwirken.

Die von GKV-Spitzenverband und DFH im Nachgang zu den Sitzungen der IMAG eingebrachten Vorschläge bzw. Forderungen widersprechen nach Auffassung des BMG der geltenden Systematik im SGB V, wonach die sachgerechte inhaltliche Ausgestaltung der Hebammenhilfe in der GKV, einschließlich der Qualitätssicherung nicht in der Regelungskompetenz des G-BA, sondern in der Vertragskompetenz von GKV-SV und den Hebammenverbänden gemäß § 134a SGB V liegt.

Von Seiten der Hebammen wurde in der Sitzung thematisiert, inwiefern sich die bisherige Praxis des Einbezugs von Patientenvertreterinnen und -vertretern zur Verbesserung der Versorgungsqualität für den Bereich der Geburtshilfe eignet. Patientenvertreterinnen und -vertreter würden generell über den Dachverband der Selbsthilfegruppen berufen. Selbsthilfegruppen konzipierten sich in der Regel in Zusammenhang mit einer vorliegenden Erkrankung und/oder einem Grad der Behinderung und damit innerhalb eines medizinischen Bezugssystems von Gesundheit und Krankheit. Der Zugang von Schwangeren, Gebärenden oder auch Wöchnerinnen mit ihrem Neugeborenen zum Gesundheitssystem erfolge jedoch über ein primär physiologisches Ereignis, nämlich der Geburt eines Kindes und lasse sich dadurch nur schwer dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit zuordnen. Mit ca. 650.000 Fällen pro Jahr existiere innerhalb des Gesundheitssystems eine nicht unerhebliche primär gesunde Nutzerinnengruppe, die durch die bisherige Praxis der Patientenvertretung aus Sicht der Hebammen nicht ausreichend vertreten werde.

Die Hebammenverbände haben zudem die in der Regel vierwöchige Frist im Stellungnahmeverfahren beim G-BA und das aus ihrer Sicht intransparente Verfahren im Umgang mit den abgegebenen Stellungnahmen kritisiert. Zudem fehle es an Wertschätzung zwischen Ärzten und Hebammen. Die Entwicklungen in der Palliativmedizin könnten ein Vorbild für einen wertschätzenden Umgang miteinander und einen interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz sein.

Die KBV legte dar, dass die Durchführung der Stellungnahmeverfahren im G-BA formalisiert sei, die eingegangenen Stellungnahmen sorgfältig in den Arbeitsgruppen gewürdigt werden und die Auswertung in tabellarischer Form veröffentlicht werde.

Das BMG wies auf die vorhandenen und durch das GKV-VStG noch erweiterten Beteiligungsmöglichkeiten im G-BA hin und bat alle Seiten, diese auch im Sinne der Versicherten konstruktiv zu nutzen.

3.10 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Hintergrund und Problembeschreibung

Die Qualifikation der Hebammen und Entbindungspfleger für ihren Beruf ist die wesentliche Grundlage für die Qualität der Leistungen in der Versorgung von Schwangeren, in der Geburtshilfe und bei der Betreuung nach der Geburt. Das Hebammengesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger, die noch aus den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts stammen, werden den heutigen Anforderungen an den Beruf nicht mehr in dem Umfang gerecht, wie dies erforderlich wäre. Durch die auf das Krankenhaus konzentrierte Ausbildung, der eine Verkürzung der Verweildauer in der Klinik nach der Geburt gegenübersteht, werden die Anforderungen an die berufliche Praxis nur noch unzureichend abgedeckt. Moderne Ausbildungen erfolgen kompetenzorientiert; dem entspricht das geltende Recht nicht mehr. Zudem besteht Bedarf an einer stärkeren wissenschaftlichen Reflektion der beruflichen Tätigkeit, so dass seit längerem Diskussionen über eine Akademisierung der Hebammenausbildung geführt werden.

Eine attraktive Tätigkeit im Hebammenberuf erfordert ergänzend zu einer qualitativ guten und modernen Ausbildung die Möglichkeit des lebenslangen Lernens sowie der beruflichen Weiterentwicklung.

Bewertung

Der Bundesgesetzgeber kann im Rahmen seiner Möglichkeiten nur den Erstzugang zum Beruf regeln. Hier wird die Notwendigkeit der Novellierung des Hebammengesetzes und der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung als wichtig eingeschätzt. Der Hebammenberuf zählt allerdings zu den Berufen, die innerhalb der Europäischen Union automatisch anerkannt werden. Dementsprechend enthält das EU-Recht in Form der Europäischen Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG wesentliche Vorgaben für den nationalen Gesetzgeber. Die Richtlinie ist aktuell überarbeitet worden. Die Änderungen der Richtlinie haben insofern Auswirkungen auf das nationale Recht, als Deutschland binnen sechs Jahren nach dem Inkrafttreten der Neuregelung eine akademische Hebammenausbildung vorzusehen hat.

Parallel dazu laufen derzeit modellhafte Erprobungen von akademischen Erstausbildungen zum Hebammenberuf an deutschen Hochschulen. Sie sind zu evaluieren. Über die Ergebnisse der Evaluation wird das BMG dem Deutschen Bundestag zum 31. Dezember 2015 berichten. Da mit einer akademischen Ausbildung wesentliche strukturelle Unterschiede zum derzeitigen Ausbildungssystem an Fachschulen des Gesundheitswesens verbunden sind, wird die Evaluierung wichtige Erkenntnisse für den Gesamtprozess bringen.

Die Berufsverbände der Hebammen und das BMG waren sich daher einig, zunächst die Ergebnisse der Evaluierung abzuwarten, ehe mit der konkreten Umsetzung der Richtlinie und Schaffung eines neuen Hebammenausbildungsrechts begonnen wird. Im Vorfeld des anstehenden Gesetzgebungsverfahrens werden allerdings frühzeitig Gespräche zwischen den Berufsverbänden der Hebammen und dem BMG eingeleitet.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber bereits die Möglichkeit geschaffen, in stärkerem Umfang als bisher den ambulanten Bereich in die praktische Ausbildung einzubinden, um einige der größten Schwierigkeiten bei der Umsetzung des geltendes Rechts zu erleichtern. Die entsprechende Regelung ist am 28. Mai 2013 in Kraft getreten.

Staatliche Regelungen im Bereich von Fort- und Weiterbildungen unterliegen dem Gestaltungsrecht der Länder.

3.11 Öffentlichkeitsarbeit zu Schwangerschaft und Mutterschaft

Hintergrund und Problembeschreibung

Ein weiteres Thema ist die Aufklärung der Versicherten rund um das Thema Schwangerschaft und Mutterschaft. Dies betrifft zunächst die Versicherten, aber auch andere relevante Gruppen.

Die überwiegende Anzahl der Krankenkassen informiert ihre Versicherten heute bereits über Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Insbesondere über das Internet haben die Versicherten die Möglichkeit, sich zu informieren. Der GKV-Spitzenverband informiert auf seiner Internetseite ebenfalls über die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Außerdem gibt es auf der Internetseite des BMG Informationsangebote. In diesem Zusammenhang ist auch auf das neue Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen, Gesundheit rund um die Geburt“ hinzuweisen, welches derzeit erarbeitet wird.

Umfangreiche Informations- und Aufklärungsmaterialien zum Thema Schwangerschaft und Geburt stellt darüber hinaus die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags aus § 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz unter Fachaufsicht des BMFSFJ zur Verfügung. Dazu gehören u.a. zahlreiche Broschüren für werdende Eltern sowie das Internetportal www.familienplanung.de. Die zielgruppengerechten Angebote werden kontinuierlich in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern der BZgA, zu denen auch der DHV gehört, aktuellen Entwicklungen angepasst.

Bewertung

Die Hebammen haben in der IMAG darauf hingewiesen, dass aus ihrer Sicht Defizite bei der Information der Versicherten über den Anspruch auf Hebammenhilfe während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettbetreuung und die verschiedenen Geburtsmodi bestehen. Insbesondere die Botschaft „Hebammen als Primärversorgerin bei einer normalen Geburt“ würde in der öffentlichen Darstellung und folglich im Bewusstsein der Gesellschaft fehlen. Von Seiten der Hebammenverbände ist diesbezüglich eine politische Aussage erwünscht. Die Hebammenverbände machen deutlich, dass – über die bisherigen Aktivitäten der BZgA und der Krankenkassen hinaus – neue Instrumente notwendig seien. Dabei müssten im Rahmen z. B. einer Kampagne mit politischer Unterstützung verschiedene Zielgruppen wie Gesellschaft, betroffene Frauen und Fachpersonal angesprochen werden. Wünschenswert sei auch die Botschaft, dass eine normale Geburt für Mutter und Kind Priorität haben sollte.

BMG und BMFSFJ zeigten für das Grundanliegen Verständnis, wiesen darauf hin, dass bei einer Diskussion um eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit und einer grundsätzlichen Priorisierung einer normalen Geburt, soweit dieser keine medizinische Indikation entgegensteht, die geltenden

Rahmenbedingungen und gesetzlichen Regelungen zu beachten seien. So würde die Aufklärungsarbeit der BZgA begrenzt durch die Zweckbestimmung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes. Ferner könne die GKV nur über Ansprüche nach dem SGB V aufklären. Insoweit sei eine Aufklärung im Hinblick auf die von den Hebammenverbänden geforderte Verbreiterung der Botschaft „Hebammen als Primärversorgerin bei einer normalen Geburt“ nicht möglich.

Anlagen

1. Eckpunktepapier des Vereins Hebammen für Deutschland e.V. (HfD) „Zukunftssicherung der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland“
2. Rechtsgutachten der Kanzlei Clifford Chance im Auftrag des HfD, DHV, BfHD und des Netzwerks der Geburtshäuser
3. Themenübersicht von Seiten der Hebammenverbände als Arbeitsgrundlage der Arbeitsgruppe
4. GDV-Präsentation vom 10. Januar 2013
5. GDV-Präsentation vom 04. Juni 2013
6. Stellungnahme des DHV zur Haftpflichtsituation vom 28. Mai 2013
7. Liste der teilnehmenden Personen

Zukunftssicherung der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland

erstellt von



Hebammen für Deutschland e.V.

Eine Initiative zum Erhalt individueller Geburtshilfe

mit fachlicher Unterstützung
der maßgeblichen Berufsverbände

**Deutscher Hebammenverband
Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands
Netzwerk der Geburtshäuser**

Zukunftssicherung der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland

Inhaltsverzeichnis

Der Beruf der Hebamme	3
1. Erarbeitung und Weiterentwicklung einer analytischen Datenbank	3
2. Stärkung der Familie von Anbeginn	4
3. Struktur und Vernetzung der Leistungserbringer im geburtshilflichen Bereich	5
4. Die Ausbildung der Hebammen	5
5. Kosten, Leistungen und Finanzierungsquellen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	6
6. Haftung – Lösung der Haftpflichtversicherungsproblematik	6
7. Erhalt des Hebammenberufes	7
Fazit – kurzfristige gesetzliche Regelungen und Gründung eines interdisziplinären Arbeitskreises	7

Der Beruf der Hebamme

Der Beruf der Hebamme entwickelte sich aus einer ursprünglich solidarischen Hilfe unter den Frauen zu einem hochqualifizierten und verantwortungsvollen Beruf. Die Hebamme ist die Fachfrau für die Unterstützung der Frauen und Paare in der reproduktiven Phase und steht mit ihrem medizinischen, wie auch psychosozialen Hilfsangebot den Frauen von der Familienplanung bis zum Ende der Stillzeit zur Seite und leistet somit einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag zur Frauen- und Familiengesundheit. Sie setzt sich durch ihre Kompetenz für das Wohlergehen von Mutter und Kind ein, stärkt die familiäre Bindung und leistet damit einen grundlegenden präventiven Beitrag zur Gesunderhaltung der Familien. Hebammen arbeiten eigenverantwortlich und stellen ihre Arbeitskraft allen Frauen und Kindern zur Verfügung. Die gesetzliche Grundlage findet sich im Hebammengesetz, wie auch in den Berufsordnungen der Bundesländer. Die meisten, jedoch nicht alle Leistungen der Hebammen, werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen für ihre Versicherten übernommen.

1. Erarbeitung und Weiterentwicklung einer analytischen Datenbank

Nicht nur die IGES-Studie hat gezeigt, dass, in Ermangelung diverser Daten bzw. aufgrund von unvollständig erfassten Daten, ein umfassender Überblick über die geburtshilfliche Versorgung der Frauen und Kinder in Deutschland nicht möglich ist. Die Schaffung einer umfassenden Datenbasis ist jedoch Grundvoraussetzung für nachhaltige politische, strukturelle und finanzielle Entscheidungen im Bereich der Geburtshilfe. Es hat sich z.B. im Rahmen der IGES-Studie gezeigt, dass weder die genaue Zahl der Geburten entsprechend der Geburtsorte (Krankenhaus, Geburt im Rettungswagen oder Auto, Geburt in Hebammengeleiteter Einrichtung, Hausgeburt) bekannt ist, noch die genaue Anzahl der in Deutschland arbeitenden Hebammen. Dies betrifft Hebammen in angestellter Tätigkeit, wie auch freiberuflich arbeitende Hebammen gleichermaßen. Die Schaffung einer Möglichkeit, um diese Zahlen verlässlich und kontinuierlich zu erheben, muss kurzfristig erfolgen, um Mangelversorgungslagen in Zukunft schnell erkennen und wirksame Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. Dem geplanten Stab für Langzeitanalysen sollen diese Daten zur Verfügung stehen.

Die Daten sollen folgende Themenbereiche abdecken:

- Es müssen Aussagen darüber getroffen werden können, an welchen Orten Geburten stattgefunden haben. Dies kann über eine entsprechende Erweiterung der festgelegten statistischen Merkmale im BevStatG erreicht werden.
- Die Erfassung der Anzahl der Hebammen in Deutschland insgesamt.

Da es aktuell noch keine zentrale Meldestelle gibt, lassen sich weder Aussagen über die tatsächlich vorhandenen Hebammen in Deutschland machen, noch darüber, in welcher Organisationsform die Hebammen tätig sind. Ohne das Wissen über die tatsächlichen personellen Ressourcen, sind eine flächendeckende Versorgungsplanung und die Sicherstellung einer angemessenen Vergütungsstrukturierung nicht zu gewährleisten.

- Die Erstellung eines aktuellen Stellenschlüssels angestellter Hebammen im Kreißaal unter Berücksichtigung der anfallenden Arbeiten, die zusätzlich zu den Geburtsbetreuungen erledigt werden müssen. Nur mit einem aktualisierten Stellenschlüssel können Aussagen über die Versorgungsintensität in der klinischen Geburtshilfe getroffen werden. Die Veränderungen der personellen Voraussetzungen im klinischen Bereich orientieren sich zur Zeit lediglich an der absoluten Geburtenzahl. Dies lässt jedoch die zunehmende Arbeitsbelastung durch die in den letzten Jahren deutlich gestiegene Betreuung von Risikoschwangerschaften wie auch die stark zunehmende Anzahl der Nebentätigkeiten außer Acht.

2. Stärkung der Familie von Anbeginn durch Unterstützung der Eltern-Kind-Bindung und Förderung der Elternkompetenz

Stabile familiäre Strukturen und eine stabile Eltern-Kind-Bindung führen nachweislich zu einer gesunden Entwicklung und zu besseren Bildungschancen der Kinder. Diese Entwicklung für alle Familien zu stärken und zu fördern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Hierzu sind Maßnahmen nötig, die über die Hilfeleistung bei Risikokonstellationen hinausgehen. Die interdisziplinären Angebote im Bereich der frühen Hilfen müssen nicht nur um die Betreuung älterer Kinder erweitert werden, sondern müssen für alle Familien – unabhängig von einer Sozialindikation – zur Verfügung stehen. Denn der Erwerb der Elternkompetenz ist eine Aufgabe, der sich alle Eltern widmen müssen. Hebammen sind auch Fachfrauen der Familienbildung, deren Arbeitsschwerpunkt schon immer in diesem wichtigen präventiven Bereich liegt.

Familienförderung beginnt am Anfang der Familienphase. Hebammen leisten einen unabdingbaren Beitrag zur Förderung des mütterlichen und väterlichen Bondings und damit einen wesentlichen Anteil an der Stabilisierung der partnerschaftlichen Bindung. Dieser Aspekt darf nicht den Sparmaßnahmen der Krankenkassen zum Opfer fallen, die sich in ihrer Definition nicht für diesen Leistungsbereich verantwortlich fühlen. Sie müssen verpflichtet werden auch hier die präventiven Aufgaben, die ihnen anvertraut sind, wahrzunehmen.

Diese können sein:

- *Verbesserte Information und Aufklärung.* Es müssen Möglichkeiten geschaffen werden, die es Eltern ermöglicht, die Informationsangebote – auch die der Hebammenhilfe – an zentraler Stelle zu finden.
- Politische Unterstützung der gesunden Schwangerschaft und der natürlichen *Geburt als Normalität* mit deutlicher Reduzierung der Kaiserschnitt-Quote. Diese Thematik benötigt die verschiedensten Informationsinstrumente. Eines davon kann die Einbeziehung der Männer in den Informationsanspruch (Kurse) der Frauen sein, als auch ein Aufklärungsgespräch bei der Hebamme als Angebot für die werdenden Eltern, das die verschiedenen Möglichkeiten der Geburtsarten und Geburtsorte beleuchtet. Das bereits existierende Vorgespräch reicht hierzu nicht aus, da es einerseits häufig zu spät im Schwangerschaftsverlauf geführt wird und andererseits in seiner Dauer ausschließlich darauf ausgelegt ist, die Modalitäten des Behandlungsvertrages und der dazu gehörigen Aufklärungspflicht Genüge zu tun.
- Ausweitung und Erhalt von regional bestehenden Angeboten zur Förderung der Entwicklung der *Elternkompetenz*. Es gibt bereits vereinzelt regionale Projekte, die jedoch nur ein Teil der Betroffenen erreichen. Ein flächendeckendes und verlässliches Angebot auf Bundesebene ist anzustreben.
- Die Arbeit der Hebammen stellt insoweit eine Besonderheit im deutschen Gesundheitswesen dar, als sie in ihrem Tun körperlich-medizinische Hilfe mit psychosozialen Aspekten der sogenannten "Sprechenden Therapie" verbindet. Hebammen betreuen Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen und deren Neugeborene, also primär gesunde Frauen und Kinder. Die Anerkennung und damit die Vergütung der Arbeitsbereiche, die den *psychosozialen Leistungen* zu zuordnen sind, ist Grundvoraussetzung für die dauerhafte Sicherstellung der Versorgung der Frauen/Paare und deren Kinder. Hebammen und Familienhebammen arbeiten zur Förderung der Familiengesundheit. Sie stehen den Frauen mit einem niedrighschwelligem Angebot über viele Monate zur Seite und haben so die Möglichkeit, bei Störungen frühzeitig zu intervenieren, bevor sich nachhaltige und gravierende Probleme entwickeln.
- Die Schaffung von *Entlastungsstrukturen* für Familien ist insbesondere durch die Auflösung familiärer Strukturen und die frühe Entlassung aus den Kliniken eine wichtige Voraussetzung für die gesunde Familienentwicklung und damit auch der Prophylaxe psychischer Erkrankungen nach der Geburt. Dies kann durch die Implementierung eines generellen Haushaltshilfeanspruchs im Wochenbett erreicht werden.

3. Struktur und Vernetzung der Leistungserbringer im geburtshilflichen Bereich

Die Betreuung der Schwangerschaft und Mutterschaft als medizinische Versorgung eines gesunden und normalen Prozesses, wird nur dann in hoher Qualität und flächendeckend zu leisten sein, wenn alle in diesen Prozess involvierten Professionen und Sektoren vernetzt arbeiten. Dabei muss die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen unter der Prämisse der Erhaltung der Wahlfreiheit des Geburtsortes stattfinden.

- Ziel muss also – neben der Vernetzung aller in der Geburtshilfe tätigen Professionen - auch die Schaffung eines Schnittstellenmanagements des ambulanten und stationären Sektors sein. Für Hebammen ist es unerlässlich, dass sie Überweisungen der Frauen in fachärztliche, bzw. klinische Versorgung, wie auch Anordnungen für Krankenwagen und Rettungswagentransporte tätigen können. Auch benötigen sie – als Beruf, der ohne ärztliche Anordnung tätig ist – einen Zugang zu den Patientendaten, die auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert sind.
- Die Entwicklung und Implementierung von gegenseitiger, bzw. gemeinsamer *Weiterbildung* aller beteiligten Berufsgruppen und interdisziplinärer Qualitätszirkel sind zwei mögliche Wege, um die verschiedenen Berufe erfolgreich zu vernetzen.

4. Die Ausbildung der Hebammen

Die Strukturen der Hebammenarbeit haben sich verändert: während noch vor wenigen Jahren die Frauen nach der Geburt sieben bis zehn Tage in der Klinik verbrachten, sind sie heute im Mittel nur noch drei Tage dort und werden damit genau in der schwierigsten Phase des Wochenbetts – dem Höhepunkt der hormonellen Umstellung und Beginn der Laktationsphase - in die häusliche Umgebung entlassen.

Parallel zu dieser Entwicklung ist die Kaiserschnitttrate auf über 32% angestiegen, fast dreimal so hoch, wie es die WHO für vertretbar hält. Das Erlernen der normalen Geburt, wie auch das Erleben des frühen Wochenbettverlaufes, ist daher für die werdenden Hebammen fast zur Seltenheit geworden.

Hier bedarf es Veränderungen:

1. Die schulische Ausbildung muss einen stärkeren außerklinischen Praxisanteil beinhalten und die verantwortlichen Ausbildungskliniken müssen verpflichtet werden, dass werdende Hebammen die ihnen obliegenden Tätigkeiten, nämlich die Betreuung der normalen Schwangerschaft, Geburt und des physiologischen Wochenbettverlaufes, auch erlernen können, selbst wenn und obwohl der Anteil der Risikoschwangerschaften stetig steigt.
2. Die Ausbildung muss akademisiert werden, damit das Können der Hebammen den Anforderungen einer modernen, evidenzbasierten medizinischen Betreuung entspricht. Die Geburtshilfe benötigt Hebammen, die sich als „reflektierte Praktikerinnen“ verstehen, die evidenzbasiertes Wissen ihrem Handeln zugrunde legen können.
3. Die gesetzliche Voraussetzung für eine Hebammenausbildung muss, wie in anderen EU-Ländern auch, eine 12jährige Schulausbildung mit Hochschul- bzw. Fachhochschulreife sein.
4. Die politische und gesetzgeberische Trennung von Hebammenarbeit und Pflege. Es handelt sich hier um zwei grundverschiedene Professionen. Der Unterschied ist vor allem darin begründet, dass Hebammen eigenständig und eigenverantwortlich tätig werden. Ihr obliegen die vorbehaltlichen Tätigkeiten von Geburt- und Wochenbettbetreuung.
5. Lebenslanges Lernen ist für Hebammen ein bereits seit Jahren gelebtes Motto. Dies ist einerseits wichtig, um den originären beruflichen Anforderungen dauerhaft gewachsen zu sein, andererseits jedoch erweitert das Lernen auch die Arbeitskompetenzen. Diese müssen jedoch auch auf ein durchlässiges Arbeitssystem treffen und eine finanzielle Anerkennung finden, so dass die Gesellschaft von diesem Wissen auch profitieren kann.

5. Kosten, Leistungen und Finanzierungsquellen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die Kosten, die mit Schwangerschaft und Mutterschaft verbunden sind, fallen in verschiedene Bereiche. Da Schwangerschaft und Mutterschaft primär ein normaler und gesunder Prozess sind, muss deren Finanzierung diese Aspekte auch berücksichtigen.

- Die Finanzierungssystematik der Hebammenhilfe ist daher unter dem Aspekt zu gestalten, dass Hebammenhilfe *medizinische und psychosoziale Bereiche* beinhaltet. Hierzu ist es auch für den Beruf der Hebammen wichtig, dass die ihrem Leistungsbereich entsprechenden Aspekte der frühen Hilfen und der Prävention im SGB V anerkannt und in der Folge in die Vergütungsverträge mit den Krankenkassen aufgenommen werden können.
- Die Berufsordnungen der Länder und die Richtlinie 2005/36/EG (Artikel 42) enthalten klare Vorgaben zu den Kompetenzen des Hebammenberufes. Damit dieses Können in seiner Gesamtheit auch der Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden kann, ist eine Anerkennung dieser Leistungen als Anspruch der gesetzlich versicherten Frauen und Kinder nötig. Hebammenhilfe kann auch in Deutschland – analog zu anderen europäischen Staaten - mehr Themenbereiche abdecken, als die gesetzlichen Krankenkassen aktuell anerkennen. Hierzu zählt beispielsweise die Unterstützung der Frauen im Prozess der *Familienplanung*, die in Deutschland momentan ausschließlich auf die ärztliche Unterstützung beschränkt ist. Die Erweiterung der Hilfeleistung in diesem Themengebiet um die Fachkompetenz der Hebammenhilfe bietet Frauen ein risikoarmes und niedrigschwelliges therapeutisches Angebot.
- Um die Defizite auszugleichen, die durch den Wegfall der Großfamilienstrukturen entstanden sind, benötigen Familien die Möglichkeit wohnortnaher *Netzwerke*, die die verschiedenen Hilfsangebote bündeln und kommunizieren.

Es muss sicher gestellt sein, dass alle Eltern Zugang zu Hilfsangeboten erhalten, die dem individuellen Bedarf entsprechen. Hier bietet sich die Fachkompetenz der Hebammen für eine Lotsenfunktion an. Dass diese zeitaufwändige Vermittlungsaufgabe finanziell honoriert werden muss, versteht sich von selbst.

6. Haftung – Lösung der Haftpflichtversicherungsproblematik

Wo Menschen handeln, werden Fehler gemacht. Insbesondere im geburtshilflichen Bereich können Fehler gravierende Folgen haben. Vor diesem Hintergrund sind alle freiberuflich tätigen Hebammen aufgrund landesrechtlicher Vorschriften zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung verpflichtet. Trotz gleichbleibender Anzahl der Schadensfälle sind in den letzten Jahren die Ausgaben für Großschäden und damit auch die Haftpflichtbeiträge *dramatisch gestiegen*. Die Gründe für diesen Anstieg liegen in der längeren Lebenserwartung der Geschädigten Kinder aufgrund des zu begrüßenden medizinischen Fortschritts, der Praxis der Gerichte im Bereich des Schmerzensgeldes höhere Summen zuzusprechen sowie vor allem in der Tatsache, dass die *regressberechtigten Sozialversicherungsträger* die freiberuflichen Hebammen zunehmend für erbrachte Leistungen in Anspruch nehmen.

Dem Gesetzgeber ist dieses Problem bekannt. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 wurde aus diesem Grund in § 134a Abs. 1 Satz 3 SGB V klargestellt, dass auch die die Berufsausübung betreffende Kostensteigerungen bei der Vergütungsvereinbarung zu beachten sind. Allerdings hat diese Gesetzesänderung bisher *nicht zu einer signifikanten Entlastung der freiberuflichen Hebammen geführt*. Dies dürfte neben dem geringen Verbindlichkeitsgrad der Regelung vor allem an der Vermengung von Vergütungs- und Kostenfragen sowie an der fehlenden Durchsetzungskraft der Hebammenverbände in den Vertragsverhandlungen liegen. Um die Haftpflichtbeiträge dauerhaft und nachhaltig in der Höhe zu begrenzen, muss daher über weitere Handlungsalternativen nachgedacht werden. .

Vor diesem Hintergrund ist zur Sicherstellung einer nachhaltigen Begrenzung der signifikant gestiegenen Beiträge zur Berufshaftpflichtversicherung erforderlich, die regressberechtigten Sozialversicherungsträger (*indirekt*) an den

Haftpflichtbeiträgen zu beteiligen. Ein entsprechender Vorschlag zur Gesetzesänderung ist in einem von uns in Auftrag gegebenen Rechtsgutachten unterbreitet worden.

7. Erhalt des Hebammenberufes

Hebammen sind Garanten für eine sichere und gute Geburtshilfe. Ihre Arbeit schützt die Zeit der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbettes und der Stillzeit der Frau. Sie ist Lotsin der werdenden Eltern in dem wichtigen biographischen Wandel von Partnerschaft zur Elternschaft. Dies ist in vielen Studien bewiesen. Dass Hebammen Frauen bei ihren Geburten begleiten, ist – das zeigt der Blick in andere Länder - keine Selbstverständlichkeit. Die berufliche Verbindung aus medizinischer und psychosozialer Betreuung mit dem Ziel der Stärkung der Frauen in ihrer Gebärfähigkeit ist eine Besonderheit dieses Berufes. Blickt man beispielsweise in die USA, wo zwischenzeitlich Laienhelfer Hebammen ersetzen, da diese keine Haftpflichtversicherung benötigen, zeigt sich, dass das Fortbestehen dieses Berufes durch heutige gesellschaftliche Umstände mehr denn je bedroht ist.

Die Auswirkungen lassen sich an Ländern, in denen die Hebammenhilfe bereits verloren gegangen ist, gut ablesen: Hohe Kaiserschnittraten mit entsprechenden gesundheitlichen Folgen, Geburten ohne fachliche Assistenz, geringe Stillquote und deren negativen Folgeerscheinungen, wie beispielsweise das gehäufte Auftreten von Adipositas, Asthma Bronchiale und vieles andere mehr.

Den Beruf der Hebamme zu erhalten, bedeutet neben der Sicherung von Arbeitsplätzen, vor allem aktive und präventive Gesundheitsfürsorge für Frauen, Kinder und Familien sicherzustellen.

Frauen und Neugeborene benötigen insbesondere das niedrigschwellige, vielseitige und intensive Hilfsangebot der Hebammen. Sie brauchen den Rat, den Schutz und die medizinische Hilfe, die sie von der Hebamme bekommen und geben diese Fürsorge an die ihnen anvertrauten Kinder weiter.

Dafür ist es jedoch unerlässlich, dass die finanzielle Ausgestaltung des Berufes dem Aufgabenspektrum angepasst und deutlich angehoben wird.

Benötigt wird:

- Die Sicherung eines *Einkommens*, das die selbständige Bestreitung des Lebensunterhaltes ermöglicht.
- Vorsorge gegen Altersarmut, die für angestellte, wie freiberuflich tätige Hebammen nach heutigem Einkommensniveau unumgänglich ist.
- Die Schaffung von Rahmenbedingungen, die es Hebammen ermöglicht, Familie und Beruf zu vereinen.
- Eine finanzielle Unterstützung der Hebammen im Bereich der *Fortbildungen* durch Gesundheits- und Familienministerium
- Die Einbeziehung von Hebammengeleiteten Einrichtungen und von Hebammengeleiteten Kreißsälen in die Planung der Versorgungslandschaft.
- Unterstützung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Hebammen, die insbesondere im Forschungsbereich der medizinischen und psychosozialen Aspekte der Frauen- und Kindergesundheit ihren Tätigkeitsschwerpunkt haben.
- Die Einbindung des Hebammenwissens in die Entscheidungsgremien des G-BA, denn – anders als alle anderen von den Richtlinien betroffenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen – haben Hebammen dort noch immer keine Stimme. Diese zu beachten ist nicht nur für die Arbeit der Hebammen, sondern auch für die Bevölkerung von besonderer Bedeutung. Die Einbindung des Wissens um die Normalität von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die psychosozialen Bedürfnisse der Eltern in die Betreuungsrichtlinien, hat nicht nur medizinische, sondern auch gesellschaftliche Bedeutung für die Familiengesundheit und Prävention.

Fazit – kurzfristige gesetzliche Regelungen und Gründung eines interdisziplinären Arbeitskreises

Infolge extrem niedriger Vergütung bei gleichzeitig exorbitant gestiegenen Prämien zur Berufshaftpflicht ist der Berufsstand freiberuflicher Hebammen in seiner Existenz stark gefährdet. Viele freiberufliche Hebammen sind nicht mehr in der Lage, ihren Lebensunterhalt aus eigener Kraft zu bestreiten. Es droht nicht nur der Untergang eines der ältesten Berufe der Menschheit; auch die Versorgung von Frauen mit geburtshilflichen Leistungen droht schweren Schaden zu nehmen. Die gesetzlich garantierte freie Wahl des Geburtsortes ist insbesondere in vielen ländlichen Gebieten schon heute de facto nicht mehr gegeben.

Dies alles kann nicht im Sinne einer zukunftsorientierten und verantwortungsvollen Gesundheitspolitik sein. Ein Paradigmenwechsel seitens der Politik erscheint dringend geboten, wobei es vor allem – aber nicht nur – gilt, die Vergütungs- und Haftpflichtproblematik einer nachhaltigen Lösung zuzuführen.

Deshalb stufen wir folgende kurz- und mittelfristigen Maßnahmen als dringend erforderlich ein und bitten die Bundesregierung diese zu prüfen:

1. Haftung – Lösung der Haftpflichtversicherungsproblematik

Ursache der gestiegenen Haftpflichtbeiträge sind vor allem die von den Sozialversicherungsträgern auf der Grundlage des § 116 SGB X durchgeführten Regresse. Diese Regress haben zur einer *dramatischen Steigerung der Haftpflichtbeiträge der freiberuflichen Hebammen* geführt. Daher halten wir es für nötig, die Regresshöhe der Sozialversicherungsträger gegenüber den Hebammen gesetzlich zu begrenzen. In einem von uns beauftragten Rechtsgutachten wird hierzu vorgeschlagen, den § 116 SGB X um folgenden Absatz 11 zu ergänzen:

"Ansprüche der Versicherungsträger nach Absatz 1 gegenüber Hebammen, die auf der Erbringung von Hebammenhilfe gegenüber Versicherten beruhen, sind in ihrer Höhe auf jeweils 2 Millionen Euro begrenzt. Die Versicherungsträger sind diesbezüglich Gesamtgläubiger."

2. Auskömmliche Vergütung sichern - Verhandlungsmacht stärken

Zur Gewährleistung einer angemessenen Vergütung der Hebammen ist dringend notwendig, die für die Vergütungsvereinbarung nach § 134a SGB V geltenden Maßstäbe zu verbessern. Es sind Änderungen erforderlich, die a) allgemein zu einer größeren *Angemessenheitsgewähr der jeweiligen Vergütungsvereinbarungen* führen und b) den für *die Erbringung der jeweiligen Leistung erforderlichen Zeiteinsatz* zum Gegenstand von Vergütungsvereinbarungen machen. Aufgrund bestehender struktureller Verhandlungsungleichgewichte fällt es den maßgeblichen Hebammenverbände schwer, ausgewogene und die finanzielle Situation der Hebammen angemessen berücksichtigende Vergütungsvereinbarungen mit dem Spitzenverband der Krankenkasse abzuschließen. Hier halten wir für sinnvoll, das Gebot der angemessenen Vergütung im Gesetz zu verankern. Angesichts der Tatsache, dass sich insbesondere die Erbringung psychosozialer Leistungen kaum durch pauschale Vergütungen angemessen abbilden lässt, ist darüber hinaus notwendig, die Vergütungshöhe stärker als bisher an den jeweils erforderlichen Zeiteinsatz zu koppeln. Auch dies wird bislang unter den bestehenden vertraglichen Rahmenbedingungen vom Spitzenverband der Krankenkassen nicht hinreichend berücksichtigt. In einem von uns beauftragten Rechtsgutachten wird hierzu ein neuer § 134a Abs. 1a SGB V folgenden Wortlauts vorgeschlagen:

"Die Vertragsparteien haben eine angemessene Höhe der Vergütung der Hebammenhilfe zu gewährleisten. Die Parteien haben insbesondere Regelungen zur angemessenen Vergütung des auf die jeweilige Leistung bezogenen Zeiteinsatzes zu treffen."

3. Einrichtung einer interdisziplinären und interministeriellen Arbeitsgruppe,

Es würde zu kurz greifen, dem Niedergang der freiberuflichen Geburtshilfe und der in weiten Teilen unbefriedigenden Situation der Geburtshilfe mit isolierten Einzelmaßnahmen begegnen zu wollen. Die Komplexität

der Regelungsmaterie, aber auch die Dringlichkeit des Handlungsbedarfs, lässt es geboten erscheinen, bald möglichst eine interdisziplinäre und interministerielle Arbeitsgruppe mit Experten verschiedener Fachbereiche einzurichten.

Die Implementierung einer solchen Arbeitsgruppe sollte noch in diesem Jahr erfolgen, und erste Ergebnisse ihrer Arbeit müssten bis Mitte 2013 vorliegen. Ferner sollte die Arbeitsgruppe dem Plenum des Bundestages berichtspflichtig zu Fortschritten ihrer Arbeit sein.

Neben den Themenkomplexen „Vergütung“ und „Berufshaftpflicht“ sollte die Arbeitsgruppe Lösungsvorschläge zu u.a. folgenden Themen erarbeiten:

A) Erarbeitung und Weiterentwicklung einer analytischen Datenbank

Die sog. „IGES-Studie“ hat erhebliche Lücken in der statistischen Abbildung der Geburtshilfe in Deutschland offenbart. Diese gilt es zu schließen. Ohne fundiertes statistisches Datenmaterial bleiben Fehlentwicklungen lediglich „gefühlte“ und können nicht auf belastbarem Fundament angegangen werden.

B) Kosten, Leistungen und Finanzierungsquellen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die gesamte geburtshilfliche Versorgung der Bevölkerung in allen Facetten incl. ihrer Finanzierung muss auf den Prüfstand gestellt werden. Analog Richtlinie 2005/36/EG Art. 42 müssen alle Aspekte und besonders der psychosoziale und präventive Anteil der Hebammenleistungen anerkannt und vergütet werden.

C) Stärkung der Familie und Förderung der Elternkompetenz

Politische Unterstützung der gesunden Schwangerschaft und das Anstreben einer natürlichen Geburt als Normalität mit deutlicher Reduzierung der Kaiserschnitt-Quote.

Es bedarf bundesweiter Angebote zur Förderung von Elternkompetenz, unabhängig von einer Sozialindikation, in die Hebammen als Lotsen am Lebensanfang umfassend eingebunden sind. (regionales Beispiel: Elternstart NRW)

Zur Elternkompetenz gehört auch, wissenschaftlich und psycho-sozial über Fragen wie Geburtsort (Klinik, Hausgeburt, Geburtshaus), Gebärposition, Medikation und Kaiserschnitt informiert zu sein, um auf dieser Basis fundierte Entscheidungen treffen zu können.

Weitere kurzfristige Erfordernisse, unabhängig von der Arbeitsgruppe:

4. Struktur und Vernetzung der Leistungserbringer im geburtshilflichen Bereich

Schwangere haben das gesetzlich verbriefte Recht, sämtliche Vorsorgeuntersuchungen durch eine Hebamme durchführen zu lassen. Ein unzureichendes Schnittstellenmanagement des ambulanten und stationären Sektors behindert Hebammen jedoch in dieser umfassenden Funktion. So ist z.B. erforderlich, dass Hebammen Überweisungen in fachärztliche bzw. klinische Versorgung vornehmen können, Anordnungen für Krankenwagen und Rettungswagentransporte treffen können und Zugang zu den auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeicherten Patientendaten erhalten.

5. Einbindung von Hebammenfachwissen/Sitz und Stimme im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Es ist sachlich nicht zu begründen, dass Hebammen, anders als alle anderen von den Richtlinien betroffenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen kein Mitwirkungsrecht im G-BA haben. Die Geburtshilfe wird in diesen Gremien dadurch nur mittelbar über Gynäkologen vertreten.

Die Forschungsergebnisse der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe und der Gesellschaft für Hebammenwissenschaft und das Praxiswissen von Hebammen sind aber unabdingbare Voraussetzung, um vollständige Richtlinien für den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu bestimmen.

Das Wissen um die Normalität von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die psychosozialen Bedürfnisse der Eltern in die Betreuungsrichtlinien einfließen zu lassen, hat nicht nur medizinische, sondern auch grundlegende gesellschaftliche Bedeutung für die Familiengesundheit und Prävention.

Wir sind uns bewusst, dass es aufgrund der Dringlichkeit und Vielschichtigkeit der Problematik eines weitsichtigen Konzeptes bedarf. Ein klares politisches Bekenntnis, die Familie und Kinder als kleinste Zelle der Gesellschaft schützen zu wollen und Kindern einen gesunden und komplikationsarmen Start ins Leben zu ermöglichen, sollte jedoch die nötigen Anstrengungen wert sein, die für die Erhaltung der flächendeckenden professionellen geburtshilflichen Versorgung der Bevölkerung von Nöten sein wird.

Wir freuen uns auf das Gespräch mit Ihnen!

Das Leistungsrecht auf Hebammenhilfe in der GKV und die finanzielle Situation der Hebammen – welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung der Vergütungs- und Haftungssituation der Hebammen?

**Rechtsanwalt Dr. Christian Stallberg, LL.M.
Rechtsanwältin Katharina Schwendy**

**Pro Bono – Rechtsgutachten erstellt im Auftrag von
Hebammen für Deutschland e.V., Deutscher Hebammenverband, Bund freiberuflicher
Hebammen Deutschlands, Netzwerk der Geburtshäuser**

1. SACHVERHALT UND FRAGESTELLUNG

1.1 Rechtliche Ausgangssituation

Nach den geltenden sozialrechtlichen Vorschriften haben die Patientinnen in Deutschland ein gesetzliches Leistungsrecht auf Hebammenhilfe. Dies ergibt sich bereits aus den §§ 195, 196 der aus dem Jahre 1911 stammenden Reichsversicherungsordnung (RVO)¹. Darin ist geregelt, dass gesetzlich versicherte Frauen während der Schwangerschaft sowie bei und nach der Entbindung gegenüber ihren Krankenkassen Hebammenhilfe in Anspruch nehmen können. Die Hebammenhilfe umfasst die Beratung und Information der Schwangeren, die Schwangerenvorsorge, die Betreuung bei Schwangerschaftsbeschwerden und Vorwehen, die Geburtsvorbereitung, die Geburtshilfe, die Wochenbettbetreuung sowie die Rückbildungsgymnastik. Anknüpfend an diese bereits in der RVO enthaltenen Vorgaben ist derzeit eine weitere Stärkung und Ausweitung des Rechts auf Hebammenhilfe durch das Pflegeeneuausrichtungsgesetz (PNG)² vorgesehen. Das PNG soll nicht nur die Überführung des Leistungsrechts der Patientinnen in das SGB V, sondern darüber hinaus eine substantielle Erweiterung des bisherigen Behandlungsanspruchs regeln.

Die praktische Gewährleistung des Leistungsrechts auf Hebammenhilfe hängt naturgemäß davon ab, ob und unter welchen Bedingungen die Hebammen als Leistungserbringer der den Patientinnen zustehenden Hebammenhilfe vergütet werden und welche berufsspezifischen Belastungen finanzieller Art sie zu tragen haben. Unter diesem Gesichtspunkt erscheinen die signifikant gestiegenen Beiträge zu den Berufshaftpflichtversicherungen der freiberuflichen Hebammen in Deutschland sowie die derzeitige Vergütungssituation problematisch zu sein.

1.2 Anstieg der Beiträge zur Berufshaftpflichtversicherung

Bei der Hebammenhilfe, insbesondere bei der Geburtshilfe, handelt es sich um eine ganz besonders haftungsgefährdete Tätigkeit. In allen Bundesländern sind die freiberuflich tätigen Hebammen daher zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung verpflichtet, um sich ausreichend gegen Schadensersatzansprüche im Rahmen der beruflichen Tätigkeit abzusichern.³ Der

¹ Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 15a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 550) geändert worden ist"

² Vgl. BT-Drucksache 488/12.

³ Die Konsequenzen eines Verstoßes gegen diese Versicherungspflicht sind in den Ländern unterschiedlich und reichen von einer bloßen Belehrung über die Versicherungspflicht durch das zuständige

Markt für Berufshaftpflichtversicherungen, die die außerklinische Geburtshilfe abdecken, ist dabei relativ klein. In der Praxis dominieren die beiden Gruppenversicherungen des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) bzw. des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD). Einzelversicherungen spielen demgegenüber nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Bei gleichbleibender Anzahl der Schadensfälle⁴ sind in den letzten Jahren die Schadenssummen für Groß- und Größtschäden erheblich gestiegen. So entfielen im Zeitraum 2005-2009 auf 1,5 % der Gesamtschäden mit über 46 % fast die Hälfte des gesamten Schadensaufwandes, wohingegen über 70 % der Gesamtschäden nur 0,1 % des Gesamtaufwandes ausmachten⁵ Die Gründe für den Schadensanstieg bei Größtschäden liegen vor allem in der längeren Lebenserwartung der Schwerstgeschädigten bedingt durch den zu begrüßenden medizinischen Fortschritt sowie in der zunehmenden Praxis der Sozialversicherungsträger, die jeweiligen Hebammen für erbrachte Leistungen (insbesondere aus Heilbehandlungs-, Pflege- und Rentenansprüchen) in Regress zu nehmen. Ferner ist in der Rechtsprechung die Tendenz zu erkennen, im Bereich des Schmerzensgeldes aufgrund immaterieller Schäden erhöhte Schadenssummen zuzusprechen.⁶

Der Anstieg der Schadenssummen hat zwangsläufig zu einer Steigerung der Deckungssummen und damit zu einer dramatischen Erhöhung der Versicherungsprämien geführt. Die Beiträge zur Gruppenversicherung des DHV sind z.B. seit 1998 von umgerechnet 394,- € auf 3.689,- € im Jahr 2010 und damit fast um das 10fache gestiegen.⁷ Dies stellt die zukünftige Erbringbarkeit der Geburtshilfe durch Hebammen grundsätzlich in Frage.

Dem Gesetzgeber ist dieses Problem bekannt. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011⁸ wurde aus diesem Grund in § 134a Abs. 1 Satz 3 SGB V klargestellt, dass auch die die Berufsausübung

Gesundheitsamt über eine Ahndung als Ordnungswidrigkeit bis hin zum Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung "Hebamme".

⁴ Vgl. IGES-Gutachten S. 124, Ziffer 7.5.2 wonach im Betrachtungszeitraum 2005-2009 im Mittel rund 40 Schäden pro 1000 Hebammen auftraten.

⁵ Vgl. IGES-Gutachten Tabelle 19, S. 125.

⁶ Siehe hierzu etwa BT-Drucksache 14/4747, S. 1.

⁷ Vgl. IGES-Gutachten, Abbildung 70, S. 79. Die Prämienentwicklung in der Gruppenversicherung des BfHD ist mit der im DHV vergleichbar, s. IGES-Gutachten Tabelle 20, S. 128.

⁸ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011, BGBl. Teil I Nr. 70 vom 28. Dezember 2011, S. 2983.

betreffenden Kostensteigerungen bei der Vergütungsvereinbarung zu beachten sind. Der Gesetzgeber hatte hier auch Beitragserhöhungen zu den von den Hebammen abzuschließenden Berufshaftpflichtversicherungen im Auge.⁹ Diese Regelung hat jedoch in der Praxis offenbar zu keiner spürbaren Entlastung der Hebammen geführt. Dies dürfte zum einen auf den geringen Verbindlichkeitsgrad dieser gesetzlichen Berücksichtigungspflicht, andererseits auf die unvorteilhafte Vermengung von Vergütungs- und Haftpflichtfragen in § 134 SGB V zurückzuführen sein. Dies gilt umso mehr, als derartige Regelungen in ihren praktischen Auswirkungen von den Verhandlungspositionen der beteiligten Vertragsparteien abhängen, jedoch eine gewisse strukturelle Unterlegenheit der Hebammenverbände in den Vertragsverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband anzunehmen sein dürfte.

1.3 Vergütungssituation der freiberuflichen Hebammen in Deutschland

Für die finanzielle Situation der freiberuflichen Hebammen ist neben der signifikanten Steigerung der Haftpflichtbeiträge auch das derzeitige Vergütungssystem ausschlaggebend: Bis zum Jahre 2007 wurde die Vergütung der Hebammen vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziales mit Zustimmung des Bundesrates in einer Gebührenverordnung geregelt (sog. Verordnungsmodell). Bereits unter diesem Modell wurde die Vergütung der Hebammen als unangemessen niedrig angesehen. So wurde im Jahr 1997 ein durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen ausschließlich freiberuflich tätiger Hebammen von 920,- € festgestellt.¹⁰ Daraufhin wurde in einem Verordnungsentwurf des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales eine dreistufige Erhöhung der Vergütung um insgesamt 18,9 % vorgesehen. Von diesen drei Stufen wurde die erste Erhöhung um 6,5 % im Jahre 2004 auf dem Verordnungsweg eingeführt. Zur Umsetzung der weiteren Stufen kam es aufgrund des Systemwechsels im Jahr 2007 nicht mehr.¹¹

Die staatliche Gebührenregelung wurde vom Gesetzgeber als nicht mehr zeitgemäß erachtet und auch aus Gründen der Gleichbehandlung der freiberuflich tätigen

⁹ Siehe BT-Drucksache 17/6906, S. 86.

¹⁰ Vgl. BASYS-Gutachten S. 44. Der in dem Gutachten genannte Betrag von 1,799- DM wurde in Euro umgerechnet. Das Gutachten wies ergänzend darauf hin, dass die ermittelten Werte nur begrenzt aussagefähig seien, da die Höhe des monatlichen Einkommens je nach Arbeitszeit stark variere.

¹¹ Die damalige Bundesregierung begründete dies vor allem damit, "*dass sich eine Anhebung der Vergütungen durch Rechtsverordnung so kurz vor der Überführung in vertragliche Vergütungsvereinbarungen auf die bereits laufenden Verhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Hebammenverbänden zum Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung nachteilig auswirken dürfte*" vgl. BT-Drucksache. 16/2222, S. 2.

Hebammen mit anderen Leistungserbringern als problematisch angesehen.¹² Aus diesem Grund wurde mit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004¹³ die staatliche Gebührenregelung zum 01. Januar 2007 durch vertragliche Vereinbarungen abgelöst (sog. Vertragsmodell). Dieses Modell ist gesetzlich in § 134a SGB V verankert. Diese Vorschrift sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband mit den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen u.a. eine Vergütungsvereinbarung schließt, die die weiteren Einzelheiten regelt. Auf diese Weise soll das Leistungsrecht der Patientinnen auf Hebammenhilfe in seiner praktischen Umsetzung gewährleistet werden, indem die Hebammen als Leistungserbringer der den Patientinnen zustehenden Hebammenhilfe eine angemessene Vergütung erhalten.

Die Einführung der Vertragslösung in § 134a SGB hat die Vergütungssituation der Hebammen gleichwohl nicht wesentlich verbessert. Der Gesetzgeber sah sich bereits zweimal dazu gezwungen, die in § 134a SGB V enthaltenen Maßstäbe weiterzuentwickeln, um Fehlentwicklungen zu korrigieren und diesen vorzubeugen: Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz¹⁴ vom 26. März 2007 sah sich der Gesetzgeber veranlasst, Rechtsunsicherheiten in Bezug auf die Übernahme von Betriebskosten zu beseitigen.¹⁵ Durch Ergänzung von § 134a Abs. 1 Satz 1 SGB V wurden die Vertragspartner – und damit in erster Linie der GKV-Spitzenverband – verpflichtet, für ambulante Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen wie z. B. Geburtshäusern auch Regelungen über eine Pauschale zu den Betriebskosten dieser Einrichtungen zu vereinbaren. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011¹⁶ wurde schließlich die bereits oben dargestellte Berücksichtigung der die Berufsausübung betreffenden Kostensteigerungen vorgesehen.

Die bisherigen gesetzlichen Nachbesserungen des § 134a SGB V haben offenbar nicht ausgereicht, um die bestehenden Probleme zu lösen. Auch in den derzeit laufenden Vertragsverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband ist nach Kenntnisstand der

¹² Vgl. BT-Drucksache 15/3672, S. 16.

¹³ Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004, BGBl. Teil I Nr. 69 vom 20.12.2004, S. 3429-3444.

¹⁴ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007, BGBl. Teil I Nr. 11 vom 30. März 2007, S. 378.

¹⁵ Siehe BT-Drucksache 16/3100, S. 145.

¹⁶ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011, BGBl. Teil I Nr. 70 vom 28. Dezember 2011, S. 2983.

Verfasser bislang keine Einigung über eine substantielle Verbesserung der Vergütungssituation erzielt worden. Es ist anzunehmen, dass die praktische Zweckverwirklichung des Vertragsmodells – Gewährleistung einer angemessenen Vergütung der Hebammen – vielfach auch an einer gewissen strukturellen Unterlegenheit der Hebammenverbände gegenüber dem GKV-Spitzenverband und einem daraus resultierenden Verhandlungsungleichgewicht scheitern dürfte.

1.4 **Gegenstand der vorliegenden Untersuchung**

Vor diesem Hintergrund wird in diesem Kurzgutachten der Frage nachgegangen, welche gesetzlichen Änderungen sich empfehlen könnten, um die finanzielle Situation der freiberuflichen Hebammen nachhaltig zu verbessern, so dass der gesetzliche Anspruch der Patientinnen auf Hebammenhilfe auf Ebene des Leistungserbringungsrechts auch praktisch gewährleistet ist. Dabei beschäftigt sich das Gutachten mit zwei verschiedenen Themen: In einem ersten Teil wird die Frage untersucht, auf welche Weise den drastisch steigenden Haftpflichtbeiträgen der freiberuflichen Hebammen durch gesetzliche Maßnahmen begegnet werden könnte (dazu unten Ziffer 3.). Im Anschluss daran wird erörtert, wie durch Fortentwicklung des gesetzlichen Vertragsrahmens in § 134a SGB V die Gewähr für angemessene Vergütungsvereinbarungen erhöht werden könnte (dazu unten Ziffer 4.). Der Einfachheit halber werden die Ergebnisse der Untersuchung diesem Gutachten vorangestellt (dazu unten Ziffer 2.).

2. ZUSAMMENFASSUNG DER WESENTLICHEN ERGEBNISSE

- 2.1 Zur raschen Verbesserung der finanziellen Situation der freiberuflichen Hebammen (und damit zur Sicherstellung der hiervon abhängigen Realisierung des Leistungsrechts auf Hebammenhilfe) empfehlen sich aus unserer Sicht gesetzliche Änderungen, die sowohl auf **Vergütungs- als auch auf Kostenebene** ansetzen:
- 2.2 In erster Linie empfiehlt sich eine Regelung, die im Ergebnis dazu führt, die signifikant gestiegenen **Beiträge zur Berufshaftpflichtversicherung** der freiberuflich tätigen Hebammen nachhaltig in ihrer Höhe zu begrenzen. Hierzu ist aus Sicht der Verfasser eine **gesetzliche Beteiligung aller regressberechtigten Sozialversicherungsträger an den Haftpflichtbeiträgen** sachgerecht, da dies verfassungsrechtlich unproblematisch wäre, sich in das bestehende Regelungssystem einfügen und den bisherigen Regelungswillen des Gesetzgebers reflektieren würde.
- 2.3 Gesetzestechnisch empfiehlt sich hierzu eine **indirekte Beteiligung** der (regressberechtigten) Sozialversicherungsträger, da eine direkte Beteiligung größere gesetzliche Systemveränderungen sowie einen erheblichen administrativen Aufwand bedeuten würde. Eine derartige indirekte Beteiligung würde dadurch bewirkt, dass die den Sozialversicherungsträgern zustehende Regressmöglichkeit gem. § 116 SGB X in ihrer Höhe gesetzlich eingeschränkt würde. Die **Beschränkung der Regresshöhe** würde eine Absenkung der zu versichernden Deckungssumme ermöglichen, was folglich die anfallenden Haftpflichtbeiträge nachhaltig reduzieren würde. Aus den in diesem Gutachten näher dargelegten Gründen erscheint insoweit eine Begrenzung der Regresshöhe der Sozialversicherungsträger auf 2 Millionen Euro sachlich angemessen zu sein. Vor diesem Hintergrund empfehlen wir die gesetzliche Ergänzung des § 116 SGB X um folgenden Absatz 11:

"Ansprüche der Versicherungsträger nach Absatz 1 gegenüber Hebammen, die auf der Erbringung von Hebammenhilfe gegenüber Versicherten beruhen, sind in ihrer Höhe auf jeweils 2 Millionen Euro begrenzt. Die Versicherungsträger sind diesbezüglich Gesamtgläubiger."

- 2.4 Zur **Gewährleistung einer angemessenen Vergütung** der Hebammen erscheint sachgerecht, die für die Vergütungsvereinbarung nach § 134a SGB V geltenden **normativen Maßstäbe weiterzuentwickeln**. Es empfiehlt sich, diese Vorschrift um **zwei Regelungsgebote zu ergänzen**, die a) allgemein zu einer größeren Angemessenheitsgewähr der jeweiligen Vergütungsvereinbarungen führen und b) den für die Erbringung der jeweiligen Leistung erforderlichen Zeiteinsatz zum notwendigen Regelungsinhalt von Vergütungsvereinbarungen machen.
- 2.5 Durch die **ausdrückliche Verankerung des Angemessenheitsgrundsatzes** im Gesetz würde zum Ausdruck gebracht, dass es sich hierbei um ein tragendes Ziel der zu schließenden Vergütungsvereinbarung handelt. Zudem würde dem derzeit bestehenden strukturellen Verhandlungsungleichgewicht entgegengewirkt. Angesichts der Tatsache, dass sich insbesondere die Erbringung psychosozialer Leistungen kaum durch pauschale Vergütungen angemessen abbilden lässt, erscheint daneben sinnvoll, die **Vergütungshöhe stärker als bisher an den jeweils erforderlichen Zeiteinsatz zu koppeln**. Zur Umsetzung dieser beiden Gesichtspunkte schlagen wir die Einführung eines neuen § 134a Abs. 1a SGB V folgenden Wortlauts vor:

"Die Vertragsparteien haben eine angemessene Höhe der Vergütung der Hebammenhilfe zu gewährleisten. Die Vertragsparteien haben insbesondere Regelungen zur angemessenen Vergütung des auf die jeweilige Leistung bezogenen Zeiteinsatzes zu treffen."

3. **GESETZLICHE INSTRUMENTE ZUR REDUZIERUNG DER HAFTPFLICHTBEITRÄGE**

Wie oben unter Ziffer 1.2 näher ausgeführt wurde, gefährden die dramatisch gestiegenen Beiträge zur Berufshaftpflichtversicherung die Leistungserbringung durch die freiberuflichen Hebammen (und damit die praktische Realisierung des Leistungsrechts der Patientinnen). Da es sich bei der Berufungshaftpflichtversicherung der freiberuflichen Hebammen um eine landesrechtliche Pflichtversicherung handelt, deren Sinnhaftigkeit nicht ernstlich bezweifelt werden kann, kann eine gesetzliche Lösung der beschriebenen Problematik **allein auf der Ebene der Kostentragung** ansetzen. Es sind also gesetzliche Modelle zu untersuchen, die zu einer direkten oder indirekten Beteiligung anderer Träger an diesen Kosten führen. Da der Gesetzgeber mit Einführung des § 134a Abs. 1 Satz 3 SGB V bereits zum Ausdruck gebracht hat, dass er primär die gesetzlichen Krankenkassen in der Pflicht sieht, kommen dafür rechtskonstruktiv in erster Linie die **GKV-Versichertengemeinschaft** (dazu unten Ziffer 3.1), in zweiter Linie **die Versichertengemeinschaft im Allgemeinen** (dazu unten Ziffer 3.2), in dritter Linie am Sozialversicherungssystem **unbeteiligte Dritte** (dazu unten Ziffer 3.3) und an

vierter Stelle die **Allgemeinheit** (dazu unten Ziffer 3.4) in Frage. Wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt, ist aus Sicht der Verfasser eine gesetzliche Beteiligung der (regressberechtigten) Sozialversicherungsträger an den Haftpflichtbeiträgen vorzugswürdig, da sie a) verfassungsrechtlich unproblematisch ist, b) sich in das bestehende Rechtssystem ohne weiteres einfügt und c) dem bisherigen Regelungswillen des Gesetzgebers entspricht. Dabei wird sich zeigen, dass die **einfachste Lösung** in einem **indirekten Beteiligungsmodell auf Regressebene besteht**.

Dazu im Einzelnen:

3.1 **Anteilige Beteiligung der GKV-Versichertengemeinschaft an Beiträgen zur Berufshaftpflicht**

Unter dem Gesichtspunkt einer **direkten anteiligen Beteiligung** der GKV-Versichertengemeinschaft an den Beiträgen zur Berufshaftpflicht kommt eine vorgeschriebene Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenkassen im Vertragsmodell gem. § 134a SGB V in Betracht. Das Ziel, die Beitragssteigerungen der Berufshaftpflichtversicherungen (zumindest teilweise) den gesetzlichen Krankenkassen aufzuerlegen, hat der Gesetzgeber bereits mit Einführung des Berücksichtigungsgebotes in § 134a Abs. 1 Satz 2, 3 SGB V zu verwirklichen versucht. Die praktischen Auswirkungen dieser Regelung sind allerdings gering, dies insbesondere deswegen, weil insoweit eine Vermengung von Vergütungshöhe einerseits und Kostenbeteiligung andererseits geschieht. Als ein Belang unter vielen ist in den bisherigen Vergütungsvereinbarungen keine direkte Kostenbeteiligung an den Haftpflichtbeiträgen realisiert worden. Es stellt sich die Frage, ob durch eine Weiterentwicklung der in § 134a SGB V enthaltenen Vorgaben dies praktisch wirksam verändert werden könnte. Zwei Umsetzungsmodelle erscheinen denkbar:

Zum eine wäre die **Kodifizierung eines Regelungsgebots** denkbar, wonach die Vertragsparteien dazu verpflichtet würden, eine angemessene Beteiligung der Krankenkassen an den Beiträgen zur Berufshaftpflicht unabhängig von der Vergütungshöhe zu vereinbaren. Insoweit könnte sich eine Ergänzung des bestehenden § 134a Abs. 1 SGB V anbieten, bei der der folgende zusätzlicher Satz eingefügt würde:

"Die Vertragsparteien haben unabhängig von der Vergütungshöhe eine angemessene Beteiligung der Krankenkassen an den Beiträgen zur gesetzlichen Berufshaftpflicht der freiberuflich tätigen Hebammen zu vereinbaren."

Zum anderen wäre auch möglich, dass im Gesetz selbst – außerhalb der von den Vertragsparteien auszufüllenden Vertragsautonomie – eine bezifferte Kostenbeteiligung mit unmittelbarer Wirkung für die gesetzlichen Krankenkassen im Wege **gesetzlicher Anordnung** bestimmt werden würde. So könnte der Gesetzgeber z.B. bestimmen, dass die Beiträge zur Berufshaftpflichtversicherung, unabhängig von der ausgehandelten Vergütung, zu einem bestimmten Prozentsatz von den gesetzlichen Krankenkassen zu tragen sind. Bei diesem Modell wäre § 134a Abs. 1 SGB V um folgenden Satz zu ergänzen:

"Unabhängig von der Vereinbarung zur Vergütungshöhe sind die Beträge zur Berufshaftpflichtversicherung in Höhe von [angemessene Bezifferung] von den gesetzlichen Krankenkassen zu tragen."

Gegen beide Modelle sprechen jedoch gewichtige praktische Einwände. Um die bisherigen Nachteile der vom Gesetzgeber insoweit vorgesehenen Berücksichtigungspflicht zu beheben, sehen beide Modelle eine **Trennung von Vergütungshöhe einerseits und Kostenbeteiligung andererseits** vor. Diese sachgerechte Bereichstrennung dürfte indes praktisch in den genannten Modellen kaum umsetzbar sein: Während die jeweilige Vergütung der Hebammen leistungsbezogen gegenüber den jeweiligen Krankenkassen der behandelten Patientinnen abzurechnen ist, können die Haftpflichtbeiträge – sofern diese nicht in der Vergütung bereits berücksichtigt werden – nicht einfach als feststehender Kostenposten gegenüber den Krankenkassen geltend gemacht werden. Im Zeitpunkt der Leistungsabrechnung mit der jeweiligen Krankenkasse steht nämlich regelmäßig nicht fest, im welchem Umfang die Hebammen Patientinnen dieser Krankenkasse behandeln werden. Erforderlich wäre daher eine **rückwirkende anteilmäßige Umlage der Haftpflichtbeiträge** auf die gesetzlichen Krankenkassen der behandelten Patientinnen. Dies erscheint angesichts des damit verbundenen administrativen Aufwands kaum praktikabel zu sein.

Vor diesem Hintergrund wäre die oben vorgeschlagene Gesetzesänderung nur dann sinnvoll, wenn die Beteiligung der Versichertengemeinschaft an den Haftpflichtbeiträgen durch die **zentrale Abrechnung eines feststehenden Anteils** bewerkstelligt werden könnte. Im Ergebnis ließe sich dies wohl nur durch Einbindung eines entsprechenden Fonds realisieren. Da die gesonderte Einrichtung eines speziellen Fonds einen nicht unerheblichen Eingriff in das bestehende gesetzliche System bedeuten würde und zugleich mit einer Reihe weiterer Implikationen verbunden wäre, ließe sich – zumindest theoretisch – an die Einbindung des Gesundheitsfonds nach § 271 Abs. 1 SGB V denken. Eine solche Einbindung wäre jedoch nicht mit der gesetzlichen Konstruktion des Gesundheitsfonds in Einklang zu

bringen: Die Aufgabe des durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz¹⁷ im Jahre 2009 als Sondervermögen eingeführten Gesundheitsfonds besteht nämlich allein darin, bestimmte Beiträge zu verwalten und den gesetzlichen Krankenkassen nach einem bestimmten Verteilungsschlüssel zuzuweisen. Der Gesundheitsfonds erbringt also seiner grundsätzlichen Struktur nach **keine direkten Zahlungen an die Leistungserbringer**, sondern nur an die jeweiligen Krankenkassen. Es geht um die **Binnenverteilung** der Beitragsgelder zwischen den Krankenkassen, nicht jedoch um Verteilung dieser Gelder an Leistungserbringer.¹⁸

3.2 Anteilige Beteiligung der Versichertengemeinschaft im Allgemeinen an Beiträgen zur Berufshaftpflicht

Aufgrund der beschriebenen Nachteile einer direkten Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen an den Haftpflichtbeiträgen der freiberuflichen Hebammen sollte daher eher über **indirekte Beteiligungsmodelle** nachgedacht werden. Insofern bieten sich gesetzliche Regelungen an, die zu einer Einschränkung der betriebenen Regresse gegen die freiberuflichen Hebammen führen. Die bisherige Regresspraxis hat nämlich maßgeblich mit dazu beigetragen, dass die Beiträge der Berufshaftpflichtversicherung in den letzten Jahren dramatisch gestiegen sind. Der Grund für diese Regresse liegt in dem in § 116 SGB X angeordneten Forderungsübergang. Aufgrund dieses Übergangs sind **sämtliche Sozialversicherungsträger** in der Lage, die Kosten der Sozialleistungen (vor allem Heilbehandlungs-, Pflege- und Rentenansprüche) für die geschädigten Kinder gegenüber den Hebammen aus übergegangenem Recht geltend zu machen. Da von dieser Regressvorschrift nicht nur die gesetzlichen Krankenkassen, sondern auch die übrigen Sozialversicherungsträger (Pflege- und Rentenversicherungen) Gebrauch machen, müsste ein effektiver Lösungsansatz nicht nur die Regresse der gesetzlichen Krankenversicherungen einschränken, sondern vielmehr alle betroffenen Sozialversicherungsträger erfassen. Nur auf diese Weise könnte eine **nachhaltige Reduzierung** der Beiträge zur Berufshaftpflichtversicherung erreicht werden.

Der grundsätzliche Vorteil einer gesetzlichen Einschränkung der Regressmöglichkeit der Sozialversicherungsträger liegt darin, dass die gestiegenen Haftpflichtbeiträge unabhängig von der vertraglich zu vereinbarenden Vergütungshöhe adressiert werden. Bestehende Verhandlungsungleichgewichte zwischen den Vertragsparteien nach § 134a SGB V wirken sich insoweit nicht mehr nachteilig aus. Ein weiterer Vorteil dieses indirekten Lösungsansatzes liegt darin, dass für die Geschädigten durch dieses

¹⁷ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung v. 26.03.2007 BGBl. I S. 378 (Nr. 11) zuletzt geändert durch Artikel 4 G. v. 28.07.2011 BGBl. I S. 1622.

¹⁸ BT-Drucksache 12/3608, S. 74 f.

Modell keinerlei Nachteile entstünden, da die Sozialversicherungsträger und auch die Hebammen gegenüber den Geschädigten weiterhin voll einstandspflichtig blieben. Zur Umsetzung des Ziels einer indirekten Kostenbeteiligung auf Regressebene bieten sich zwei Modelle an: erstens die **Reduzierung der Regresshöhe.**, zweitens die **Verkürzung der Regressverjährung.**

3.2.1 Reduzierung der Regresshöhe bei Forderungsübergang

Ein Modell könnte darin bestehen, die bislang in § 116 SGB X vorgesehene Regressmöglichkeit der Sozialversicherungsträger der Höhe nach zu beschränken. Diese Beschränkung würde dazu führen, dass die Sozialversicherungsträger pro Schadensfall die tatsächlich entstandenen Leistungen nicht mehr in voller Höhe, sondern begrenzt auf eine im Gesetz vorgegebene Haftungshöchstgrenze gegen die jeweilige freiberufliche Hebamme geltend machen könnten. Die Einschränkung der Regresshöhe würde mithin dazu führen, dass die Versichertengemeinschaft über die Sozialversicherungsträger indirekt an den Kosten der Haftpflichtbeiträge beteiligt würde. Auf diese Weise würde die zu versichernde Deckungssumme durch die freiberuflichen Hebammen reduziert. Umgekehrt hätte dies keine nachteiligen Folgen für die jeweils betroffenen Versicherten; die Sozialversicherungsträger wären weiterhin sozialrechtlich verpflichtet, auch über die Regresshöchstsumme hinausgehende Leistungen zu erbringen.

Eine derartige Regelung ließe sich gesetzestechnisch entweder in § 116 SGB X oder in § 199 BGB umsetzen. Das BGB als zentrale Kodifikation des allgemeinen Privatrechts dürfte für eine derartige Spezialregelung (kleiner Personenkreis und begrenzter Anwendungsbereich) eher ungeeignet sein. Insofern bietet sich aufgrund der größeren Sachnähe an, § 116 SGB X um folgenden Absatz 11 zu ergänzen:

"Ansprüche der Versicherungsträger nach Absatz 1 gegenüber Hebammen, die auf der Erbringung von Hebammenhilfe gegenüber Versicherten beruhen, sind in ihrer Höhe auf jeweils 2 Millionen Euro begrenzt. Die Versicherungsträger sind diesbezüglich Gesamtgläubiger."

Die vorgeschlagene Änderung hat den Vorteil, dass eine konkret zu beziffernde Entlastung für die Hebammen eintritt. Die vorgeschlagene Änderung macht es nicht zwingend erforderlich, die in § 134a Abs. 1 Satz 3 SGB V vorgesehene Berücksichtigung berufsspezifischer Kosten abzuschaffen. Der Gesetzgeber hat seinerzeit nicht allein die in der Gesetzesbegründung nur

beispielhaft genannten Haftpflichtbeiträge¹⁹, sondern auch andere Kostenaspekte im Blick gehabt. Insofern wäre ausreichend, wenn in der Begründung zu der hier vorgeschlagenen Gesetzesänderung klargestellt würde, dass insofern keine zusätzliche Berücksichtigung der Haftpflichtbeiträge auf Vertragsebene vorzunehmen ist.

Folglich besteht die Aufgabe bei der Umsetzung dieses Modells darin, eine wirtschaftlich nachvollziehbare und begründbare Regresshöchstsumme zu bestimmen. Diese sollte sich, um zu einer spürbaren Entlastung der Hebammen zu führen, optimalerweise an aktuellen Daten zu den Schadenshöhen bei Geburtsschäden orientieren. Bei Eintritt eines Geburtsschadens lassen sich zum einen die nicht von den Sozialversicherungsträgern zu tragenden Individualschäden (z.B. Schmerzensgeld, Kosten für den behindertengerechten Umbau eines Hauses) und zum anderen die von den Sozialversicherungsträgern, also den Krankenkassen (Heilbehandlungskosten) und den Renten- und Pflegekassen, zu übernehmenden Schadenspositionen unterscheiden. Die Individualschäden dürften nach Schätzung der maßgeblichen Hebammenverbände ca. 1/3, die von den Kassen zu tragenden Schäden danach ca. 2/3 des Gesamtschadens ausmachen. Weitergehende Untersuchungen oder Daten zur Aufschlüsselung der Schadenspositionen existieren nach unserem Kenntnisstand bislang nicht.

Vor diesem Hintergrund könnte eine Begrenzung der Regresshöchstsumme auf 2 Millionen Euro pro Schadensfall sachgerecht sein. Ausgangspunkt dieser Überlegung ist, dass bei der derzeitigen Deckungssumme von max. 6 Millionen Euro als maximale Schadenshöhe pro Schadensfall die von den Hebammen zu tragenden Individualschäden 2 Millionen Euro, die von den (regressberechtigten) Sozialversicherungsträger zu tragenden Kosten insgesamt 4 Millionen Euro betragen. Unter Billigkeitsgesichtspunkten erscheint eine hälftige Beteiligung der Sozialversicherungsträger an diesen regressfähigen Kosten nicht unangemessen. Dies würde bedeuten, dass die Regresse der Sozialversicherungsträger auf 2 Mio. begrenzt würden. Um einen möglichst gerechten Schadensausgleich der Sozialversicherungsträger untereinander zu erreichen, sollten die Sozialversicherungsträger in diesem Fall Gesamtgläubiger gem. § 430 BGB sein.

¹⁹ Siehe BT-Drucksache 17/6906, S. 86 (*z. B. Beitragserhöhungen zu den von den Hebammen abzuschließenden Berufshaftpflichtversicherungen*)

3.2.2 Verkürzung der Verjährung bei Forderungsübergang

Denkbar wäre darüber hinaus (alternativ oder kumulativ hierzu) eine Verkürzung der Verjährungsfrist für die Regressansprüche der Sozialversicherungsträger einzuführen. Nach geltendem Recht verjähren Schadensersatzansprüche wegen körperlicher Schäden nach § 199 Abs. 2 BGB spätestens innerhalb von 30 Jahren ab Begehung der schädigenden Handlung. Es handelt sich hierbei um die gesetzliche Höchstdauer der Verjährung. Diese ist mit Blick auf die besondere Bedeutung der verletzten höchstpersönlichen Rechtsgüter der Geschädigten (hier: Körper, Leben und Gesundheit) gerechtfertigt. Diese Rationale greift allerdings nicht bei den jeweiligen Regressansprüchen der Versichertengemeinschaft in Form der (regressberechtigten) Sozialversicherungsträger aus übergegangenem Recht (cessio legis). Hier wäre es gesetzlich daher durchaus möglich, eine kürzere Höchstverjährung vorzusehen. Vor diesem Hintergrund könnte § 116 Abs. 1 SGB X um folgenden Absatz 11 bzw. zusätzlich zum obigen Vorschlag (vgl. unter 3.2.1) um einen weiteren Absatz 12 ergänzt werden:

"Ansprüche der Versicherungsträger nach Absatz 1 gegenüber Hebammen, die auf der Erbringung von Hebammenhilfe gegenüber Versicherten beruhen, verjähren abweichend von § 199 Abs. 2 BGB spätestens nach [Nennung der verkürzten Verjährungsfrist] Jahren."

Dieses Modell scheint im Vergleich zur Einführung einer Regresshöchstsumme im Ergebnis weniger geeignet, die von der Gesetzesänderung bezweckte Folge – angemessene Beteiligung der Versichertengemeinschaft an den Haftpflichtbeiträgen – zu erreichen. So lässt sich gegen dieses Modell zum einen einwenden, dass es in der Regel vom Zufall abhängig ist, innerhalb welchen Zeitraums sich ein Schaden zeigt und dann im Regresswege geltend gemacht werden kann. Darüber hinaus ist es bei diesem Modell noch schwieriger, die gewählte **Dauer auf belastbarer Datengrundlage** zu ermitteln. So gibt es nach unserem Kenntnisstand keine verlässliche Untersuchung zu der Frage, welcher Anteil des Schadensaufwandes innerhalb welchen Zeitraums nach Eintritt des Schadens von den Sozialversicherungsträgern gemacht wird. Daher kann nur geschätzt werden, welche Verkürzung der Verjährung zu welcher konkret bezifferbaren Entlastung der Hebammen führen würde. Selbst wenn solche Daten vorlägen, wären sie zudem nur begrenzt aussagefähig, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Sozialversicherungsträger bei Verkürzung der Verjährungshöchstfrist ihre Ansprüche – soweit praktisch möglich – früher als bisher geltend machen würden. Vor diesem Hintergrund erscheint eine

Verkürzung der Verjährungsfrist für Regresse der Sozialversicherungsträger angesichts der derzeit bestehenden Hindernisse nicht empfehlenswert zu sein.

3.3 Anteilige Beteiligung (am Sozialversicherungssystem unbeteiligter) Dritter an Beiträgen zur Berufshaftpflicht

Unter dem Gesichtspunkt der anteiligen Beteiligung am Sozialversicherungssystem unbeteiligter Dritter an den Beiträgen zu den Berufshaftpflichtversicherungen kommen grundsätzlich ebenfalls zwei verschiedene Ansätze in Betracht. Diese lassen sich nach der Person des anteilig belasteten Dritten unterscheiden: Dritter in diesem Sinne können entweder die Berufshaftpflichtversicherer oder die geschädigten Kinder sein. Allerdings dürfte die Heranziehung von am Sozialversicherungssystem unbeteiligten Dritten sowohl unter dem Gesichtspunkt des Verfassungsrechts als auch aus Gründen der Systemkonformität sehr problematisch sein. Im Ergebnis halten wir solche Modelle daher für nicht konsensfähig:

3.3.1 Anteilige Beteiligung der Berufshaftpflichtversicherer: Einführung eines Kontrahierungszwanges in Kombination mit einer gesetzlichen Beitragsgrenze

Denkbar wäre, dass ein Kontrahierungszwang der Berufshaftpflichtversicherer in Kombination mit einer gesetzlichen Beitragsgrenze eingeführt würde. Derartige Regelungen in verwandten Rechtsgebieten sind dem Gesetzgeber keinesfalls fremd. So besteht im System der privaten Krankenversicherungen seit dem 01. Januar 2009 eine allgemeine Versicherungspflicht für alle Personen im Inland (die weder gesetzlich versichert sind noch Anspruch auf Heilfürsorge oder Ähnliches haben), die mit einem Kontrahierungszwang auf Seiten der Versicherungen einhergeht, vgl. § 193 Abs. 5 VVG. Des Weiteren hat der Gesetzgeber mit der zeitgleichen Einführung des Basistarifs sowohl das Angebot gewisser Vertragsleistungen (Orientierung am Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherungen) als auch die Beitragshöhe (Deckelung durch den durchschnittlichen GKV-Höchstbetrag) verbindlich geregelt, vgl. § 12 Abs. 1a VAG. Eine vergleichbare Regelung für Hebammen würde zum einen den Anbietermarkt erweitern und zum anderen das Problem der Beitragssteigerungen adressieren. Eine entsprechende Regelung könnte in Anlehnung an die PKV-Regelung folgendermaßen lauten:

"Berufshaftpflichtversicherer haben für die Tätigkeit der freiberuflichen Hebammen einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen sich an den Leistungen orientieren auf die gem. §§ 195 ff. RVO ein Anspruch besteht. Der Basistarif muss insbesondere die Geburtshilfe umfassen. Die Höhe dieses Basistarifs ist auf [Beitragshöchstsumme] begrenzt."

Nach Auffassung der Verfasser sprechen jedoch erhebliche Einwände gegen dieses Modell. Problematisch ist bereits, ob eine solche Gesetzesänderung verfassungsrechtlich zulässig wäre, da diese zum einen die Privatautonomie und zum anderen das Grundrecht der Berufsfreiheit – in Form der Berufsausübungsfreiheit – der betroffenen Haftpflichtversicherer nicht unerheblich einschränken würde. Zwar hat das BVerfG den oben erwähnten PKV-Basistarif durch beachtliche Gemeinwohlinteressen als gerechtfertigt gesehen.²⁰ Aus dieser Entscheidung kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass auch die Einführung einer vergleichbaren Regelung für die Haftpflichtbeiträge der freiberuflichen Hebammen verfassungskonform wäre. Insbesondere spricht gegen die Einführung dieser Regelung, dass damit die am Sozialversicherungssystem gänzlich unbeteiligten Berufshaftpflichtversicherungen belastet würden. Darin liegt ein ganz wesentlicher Unterschied zu der vom BVerfG zu entscheidenden Fallkonstellation, bei der es um eine Regelung zu Lasten der privaten Krankenversicherungen als wesentliche Akteure des Gesundheitssystems ging. Gegen dieses Modell spricht auch, dass der Gesetzgeber mit Einführung des § 134a Satz 3 SGB V bereits zum Ausdruck gebracht hat, dass er vorrangig die Sozialversicherungsträger (und nicht etwa unbeteiligte Dritte) bei den steigenden Haftpflichtbeiträgen in die Pflicht nehmen möchte.

3.3.2 Anteilige Beteiligung der Geschädigten: Einführung einer Haftungshöchstsumme bzw. Einschränkung der Verjährungsfrist

Theoretisch könnten die Haftpflichtbeiträge auch anteilig den geschädigten Kindern auferlegt werden. Dies könnte durch die Einführung einer gesetzlichen Haftungshöchstsumme bzw. die Verkürzung der 30jährigen Verjährungshöchstfrist des § 199 Abs. 2 BGB realisiert werden. Derartige Regelungen sind aus unserer Sicht jedoch abzulehnen, da sie verfassungsrechtlich problematisch und systemwidrig erscheinen. Haftungshöchstsummen sind im allgemeinen Schadensersatzrecht ein Fremdkörper; sie existieren regelmäßig nur im Bereich der verschuldensunabhängigen Gefährdungshaftung, vgl. z.B. §§ 12, 12a StVG, § 10 ProdHG. Freiberufliche Hebammen haften jedoch für die durch Hebammenhilfe entstehenden Schäden nach den allgemeinen zivilrechtlichen Regeln (§§ 280, 283 BGB) nur bei Vorliegen einer schuldhaften Pflichtverletzung. Hierfür ist die unbeschränkte Haftung im BGB der Regelfall. Auch eine Verkürzung der 30jährigen Verjährungsfrist gem. § 199 Abs. 2 BGB wäre systemfremd. Die Verjährungshöchstfrist des § 199 Abs. 2 BGB ist

²⁰ BVerfG, Urteil vom 10.06.2009, Az.: 1 BvR 706, 814, 819, 832, 837/08.

Ausdruck des besonderen Stellenwertes der dort genannten Rechtsgüter und berücksichtigt zudem, dass Schadensursache und späterer Schadenseintritt gerade im Bereich der höchstpersönlichen Rechtsgütern zum Teil deutlich auseinanderfallen.

3.4 Anteilige Beteiligung der Allgemeinheit an Beiträgen zur Berufshaftpflicht durch Einführung eines steuerfinanzierten Haftungsfonds

Die Einführung eines steuerfinanzierten Fonds, der vollständig oder teilweise für Schäden aufkommt, die im Rahmen der Hebammenhilfe schuldhaft verursacht wurden, mag juristisch möglich, dürfte aber kurzfristig nicht durchführbar sein. Die Etablierung eines solchen Fonds ist gesetzestechisch wie administrativ im Vergleich zu den hier präferierten Modelle eher aufwändig (konkrete Ausgestaltung des Fonds, Entstehung von Verwaltungsgebühren, Regelung von Nachschusspflichten etc.) und könnte daher allenfalls als mittel- oder langfristiges Instrument verfolgt werden. Darüber hinaus spricht für den hier vorgelegten Vorschlag, dass der Gesetzgeber mit der Einführung des § 134a Abs. 1 Satz 3 SGB V bereits zum Ausdruck gebracht hat, dass nach seiner Vorstellung primär die Versichertengemeinschaft (und nicht etwa die Allgemeinheit) an den steigenden Haftpflichtbeiträgen beteiligt werden sollte. Da es in diesem Gutachten vor allem darum gehen soll, schnell wirkende Maßnahmen zur Verbesserung der gegenwärtigen Probleme zu entwickeln, werden die mit einem steuerfinanzierten Haftungsfonds zusammenhängenden Fragestellungen hier nicht weiter vertieft.

4. GESETZLICHE INSTRUMENTE ZUR VERBESSERUNG DER VERGÜTUNG

Wie oben unter Ziffer 1.3 dargestellt, dürfte die finanzielle Situation der freiberuflich tätigen Hebammen neben den gestiegenen Haftpflichtversicherungsbeiträgen auch auf das derzeitige Vergütungssystem zurückzuführen sein. Daher ist zu diskutieren, welche Gesetzesänderungen die Vergütungssituation verbessern könnten, um die praktische Gewährleistung des Anspruches auf Hebammenhilfe sicherzustellen. Hierbei ist in einem ersten Schritt aufzuzeigen, welche juristisch vertretbaren Spielräume der Gesetzgeber unter dem geltenden Vertragsmodell besitzt (dazu unten Ziffer 4.1). Anschließend sollen vor diesem Hintergrund mögliche Gesetzesänderungen erörtert werden (dazu unten Ziffer 4.2).

4.1 **Regelungsrahmen für Gesetzesänderungen**

Ausgehend von dem derzeitigen Vertragsmodell²¹ könnte der Gesetzgeber eine Steigerung der Hebammenvergütung dadurch herbeiführen, dass er zusätzlich zu den bereits in § 134a Abs. 1 Satz 2, 3 SGB V enthaltenen Maßstäben weitere gesetzliche Vorgaben einführt. Dem Gesetzgeber steht es auch nach Einführung des Vertragsmodell dabei grundsätzlich frei, den Vertragsparteien bestimmte Vorgaben zu machen, die bei den Verträgen zu beachten sind. Allerdings dürfen diese – bereits nach dem Sinn und Zweck einer jeden vertraglichen Vereinbarung – nicht dazu führen, dass den Vertragsparteien keinerlei Regelungs- oder Entscheidungsspielraum mehr verbleibt. Insbesondere im Bereich der Vergütungshöhe ist zu berücksichtigen, dass es sich – anders als im Bereich der bloßen Verfahrensfragen – um die bedeutsamste Regelung der gesamten vertraglichen Vereinbarung handelt und die Vertragslösung daher nicht durch zu weit gehende gesetzgeberische Vorgaben ausgehöhlt werden sollte. Auch in anderen Bereichen der Selbstverwaltung hat der Gesetzgeber daher regelmäßig von verbindlichen Vorgaben zur Vergütungshöhe abgesehen. Aus diesem Grund halten wir dirigistische Selbstregelungen des Gesetzgebers in diesem Bereich – z.B. die gesetzliche Anordnung einer einmaligen Vergütungserhöhung – für nicht unproblematisch.

Systemkonform sind demgegenüber gesetzliche Berücksichtigungs- und Regelungsgebote, die den vertraglichen Rahmen der Parteien verdichten und ergänzen. Bei **Berücksichtigungsgeboten** wird lediglich verlangt, dass bestimmte Belange bei den Vertragsverhandlungen einbezogen und gewürdigt werden. Derartige Gebote sieht der Sozialgesetzgeber an verschiedenen Stellen – auch zu Vergütungsfragen – vor, so z.B. in § 10 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder § 87 Abs. 2g SGB V. Auch die bereits vorhandenen Vorgaben des § 134a Abs. 1 Satz 2, 3 SGB V sind rechtsdogmatisch als solche Berücksichtigungsgebote einzuordnen. **Regelungsgebote** zeichnen sich demgegenüber dadurch aus, dass der Gesetzgeber den Parteien darüber hinaus auferlegt, bestimmte Gegenstände vertraglich zu regeln. Derartige Gebote statuieren damit Pflichtinhalte von Verträgen. Die nachfolgenden Vorschläge orientieren sich an diesen Unterbedingungen.

²¹ Die Rückkehr zur Verordnungslösung wäre dem Gesetzgeber theoretisch möglich, da die vertragliche Selbstverwaltung im Gesundheitswesen – anders als z.B. das kommunale Selbstverwaltungsrecht der Gemeinden in Art. 28 Abs. 2 GG – nicht verfassungsrechtlich verankert ist. Allerdings dürfte diese Rückkehr nach unserer Einschätzung weder von den Hebammen gewünscht noch politisch wahrscheinlich sein.

4.2 Konkrete Vorschläge

4.2.1 Implementierung des Angemessenheitsgrundsatzes in § 134a SGB V durch Einführung eines Regelungsgebots

Nach dem bisherigen Recht fehlt es an einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung darüber, dass die Vergütung der Hebammen angemessen sein muss. Dies führt zu einem strukturellen Verhandlungsungleichgewicht, da der auf Seiten des GKV-Spitzenverbandes zu berücksichtigende gegenläufige Belang der Beitragsstabilität explizit im Gesetz verankert ist. Zwar lässt sich aus der Gesetzesbegründung zu § 134a SGB V ableiten, dass die Sicherstellung der Angemessenheit der Vergütung zentrales Ziel des Gesetzgebers war. Insofern hätte eine derartige Regelung nur eine klarstellende bzw. deklaratorische Funktion. Dennoch darf der Appellcharakter einer solchen gesetzgeberischen Aussage nicht unterschätzt werden. Dies gilt insbesondere deshalb, weil die Hebammenverbände dem GKV-Spitzenverband hinsichtlich der Verhandlungserfahrung, den finanziellen Ressourcen und dem juristischen know-how regelmäßig unterlegen sein dürften.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt sich die **ausdrückliche Implementierung des Angemessenheitsgrundsatzes in § 134a SGB V**. Um möglichst wirkungsvoll zu sein, sollte dies in Form eines Regelungsgebotes erfolgen. Daher schlagen wir die Einführung eines neuen § 134a Abs. 1a SGB V folgenden Wortlauts vor:

"Die Vertragsparteien haben eine angemessene Höhe der Vergütung der Hebammenhilfe zu gewährleisten."

4.2.2 Einführung eines zusätzlichen Regelungsgebotes zur angemessenen Beachtung des Zeiteinsatzes insbesondere bei der Erbringung psychosozialer Leistungen

Darüber hinaus sollte ein zusätzliches Regelungsgebot in § 134a SGB V zur angemessenen Beachtung des Zeiteinsatzes, insbesondere bei der Erbringung psychosozialer Leistungen, aufgenommen werden. Bei der Vergütung der von den Hebammen erbrachten Leistungen zeigt sich in der Praxis, dass diese einen sehr unterschiedlichen Zeitaufwand erfordern. Hebammenhilfe besteht nicht nur in der Erbringung medizinischer, sondern auch in der Erbringung psychosozialer Leistungen. Im Gegensatz zu medizinische Abläufe, die zeitlich relativ präzise erfasst und durch entsprechende Vergütungspauschalen abgebildet werden können, ist dies bei psychosozialen Leistungen in der Regel nicht möglich. Die Praxis zeigt, dass der psychosoziale Betreuungsbedarf bei

den versicherten Frauen extrem stark variiert. Vor diesem Hintergrund beklagen alle Hebammenverbänden die fehlende Berücksichtigung der diesbezüglich investierten Zeit. Eine angemessene Vergütung der psychosozialen Leistungen der Hebammen setzt daher voraus, dass die entsprechenden Vergütungspauschalen in der Hebammen-Vergütungsvereinbarung um zeitlichen Komponenten ergänzt würden.

Die Berücksichtigung des stark variierenden Zeiteinsatzes im Bereich der Erbringung psychosozialer Leistungen ist in anderen vergleichbaren Regelungsbereichen allgemein anerkannt. So enthält beispielsweise § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V hinsichtlich der Vereinbarung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie dem GKV-Spitzenverband folgendes Regelungsgebot:

"Die Bewertung für psychotherapeutische Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten."

Dementsprechend finden sich im EBM für die Psychotherapeuten an verschiedensten Stellen Ziffern, die ausdrücklich eine Abrechnung nach erbrachtem Zeiteinsatz regeln (vgl. z.B. Ziffer 35210, Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung) oder Ziffer 35150, Probatorische Sitzung). Auch im Bereich der Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen ist aktuell die Einführung eines neuen Entgeltsystems geplant, das stärker auf die zeitliche Komponente der Leistungserbringung Bezug nimmt.²²

Die aktuell geltende Hebammen-Vergütungsvereinbarung sieht eine Berücksichtigung zeitlicher Komponenten demgegenüber nur sehr vereinzelt (vgl. z.B. hinsichtlich der Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden ab Ziffer 0500 Hebammen-Vergütungsvereinbarung) und hinsichtlich der Erbringung psychosozialer Leistungen überhaupt nicht vor. So wird beispielsweise die Beratung der Schwangeren (ab Ziffer 0100 Hebammen-Vergütungsvereinbarung) zeitunabhängig mit einer Pauschale von lediglich € 5,81 vergütet. Auch im Bereich der am häufigsten abgerechneten Wochenbettbetreuung (ab Ziffer 1800 Hebammen-Vergütungsvereinbarung) wird die Vergütung nur durch fixe Pauschalen ohne Berücksichtigung der zeitlichen Komponente bestimmt.

²² Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz - PsychEntgG), vgl. BT-Drs. 17/8986.

Aus diesem Grund schlagen wir die Ergänzung des neu eingefügten § 134a Abs. 1a SGB V (s. unter 4.2.1) um den Belang des Zeiteinsatzes im Wege eines Regelungsgebot vor. Der neu gefasste § 134a Abs. 1a SGB V würde dann vollständig folgendermaßen lauten:

"Die Vertragsparteien haben eine angemessene Höhe der Vergütung der Hebammenhilfe zu gewährleisten. Die Vertragsparteien haben insbesondere Regelungen zur angemessenen Vergütung des auf die jeweilige Leistung bezogenen Zeiteinsatzes zu treffen."

Düsseldorf, den 10. Oktober 2012



Dr. Christian Stallberg

(Rechtsanwalt)



Katharina Schwendy

(Rechtsanwältin)

Arbeitsgruppe

Förderung von Mutter- und Kindorientierung in Schwangerschaft, Geburt und Familienphase unter Weiterentwicklung des Berufsstands der Hebammen und der dazu notwendigen Rahmenbedingungen

Überprüfung des Gesamtkomplexes "Geburtshilfe in Deutschland" unter besonderer Berücksichtigung der wirtschaftlichen Situation freiberuflicher Hebammen

Handlungsfelder der Arbeitsgruppe

1. Handlungsfeld 1: Haftung – Lösung der Haftpflichtproblematik

Bezahlbare Haftpflichtversicherung für alle Hebammen in allen Tätigkeitsfeldern

- **Zu prüfen sind u.a. folgende Themenkomplexe¹**
 - Begrenzung der Regresse der Sozialversicherungsträger
 - Gesetzliche Verpflichtung, dass umfassende Berufshaftpflicht im Gesundheitswesen angeboten werden muss, wenn eine Versicherung grundsätzlich Berufshaftpflicht anbietet
 - Verkürzung der Haftungsdauer (Verjährung) von 30 auf beispielsweise 10/15 Jahre

2. Handlungsfeld 2: Aus-, Weiter- und Fortbildung

2.1 Schritte zu einer Akademisierung der Hebammenausbildung unter Sicherstellung des außerklinischen Praxisanteils und dessen Finanzierung

2.2 Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für Hebammen zur Kompetenzerweiterung in der Beratungstätigkeit über Geburtsmodi/Geburtsorte und als Lotsin durch die verschiedenen Lebensphasen einer Frau, von Jugend bis Wechseljahren (siehe Niederlande)

- Evaluation des im Hebammengesetz vorgesehenen außerklinischen Ausbildungsinhalts, der Dauer und der Finanzierung

2.3 Mehr berufsübergreifende Fortbildungen, z.B. für Kreissaalteams mit praktischen Übungen für Notfallmanagement

¹ siehe: Rechtsgutachten von Clifford Chance, Stellungnahme des DHV zur Haftpflichtsituation.

3. Handlungsfeld 3: Öffentlichkeitsarbeit zu Schwangerschaft und Geburt

Die Politik und Akteure des Gesundheitswesens stellen Weichen für die Darstellung der gesunden und interventionsarmen Schwangerschaft und Förderung der normalen Geburt in der Öffentlichkeit/Medien - Verbesserung und Verankerung der Aufklärungsangebote für die Bevölkerung

3.1 Krankenkassen: Die Krankenkassen sollen angehalten werden ihrem Aufklärungsauftrag nachzukommen.

- Aktive Einbeziehung aller Krankenkassen zur Verbreitung der frühen, evidenzbasierten Aufklärungsgespräche über Geburtsorte/Modi und der Lotsenfunktion der Hebamme (siehe auch Bek-Broschüre: „Geburt zwischen Natur und Medizin“ als Standard für alle Kassen). Verortung in den Gebührenkatalog der Hebammenleistung als auch Erstellung/Verbreitung einer Infobroschüre zur Hebammenberatung bei Feststellung der Schwangerschaft

3.2 BzGA

- BzGA Broschüre und Kampagne: Beratung zum Geburtsort und zur Förderung der normalen Geburt und des notwendigen Kaiserschnitts (unter Mitgestaltung der Hebammen)

3.3 Hebammenprojekte an Schulen zur Aufklärung über gesunden Verlauf der Reproduktionsphase

Verhütung, Ernährung, Hebamme als Lotsin während der Familiengründung

3.4 Einbeziehung der Hebammenverbände und des Hebammenfachwissens

- Einbeziehung in Mutterschaftsrichtlinien und Verortung des frühen Aufklärungsgesprächs der Hebamme in den Mutterpass

3.5 Die Politik unterstützt diese öffentlichkeitswirksamen Initiativen durch politische Diskussion und strukturelle Weiterentwicklungen.

- **Informationsbedarf:**

u.a.

- Möglichkeiten und Chancen der Hausgeburt
- Kaiserschnitt versus Spontangeburt - Problematisierung des Anstiegs der Kaiserschnittsraten in Deutschland
- Chancen und Grenzen der Medizintechnik in der Geburtshilfe

4. **Handlungsfeld 4: Qualität und Strukturen im geburtshilflichen Bereich und Vernetzung der Leistungserbringer**

4.1 Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien für die Geburtshilfe

4.2. Förderung der interdisziplinären Kooperationen

- **Zu prüfen sind u.a. folgende Themenkomplexe:**

- Evaluierung geburtshilflicher Maßnahmen, z.B. PDA, Routine-CTG, Wehentropf, Einleitung, Kaiserschnitt.
- Umsetzung Empfehlung einer 1 zu 1 Betreuung (Hebamme/Gebärende)
- Anreize schaffen, Kliniken zu einer Veränderung der bestehenden Praxis zu bewegen, z.B. flächendeckende Einrichtung von Hebammenkreissälen
- Interdisziplinäre Überarbeitung der Ausschlusskriterien für hebammengeleitete Kreissäle
- Überweisungs- und Einweisungskompetenz von Hebammen regeln
- Zugang zu den Daten der elektronischen Gesundheitskarte für Hebammen

5. **Handlungsfeld 5: Erarbeitung und Weiterentwicklung einer Informationsdatenbank**

Verbesserung der Datenbasis für mehr Transparenz und als Grundlage qualitätsgesicherter Mutter-/Kindversorgung

u.a.

- Es müssen Aussagen darüber getroffen werden können, an welchen Orten (zuhause, Geburtshaus, auf Transportweg) Geburten stattgefunden haben und ob diese eine fachliche Assistenz hatten
- Zentrales Melderegister für Hebammen

- **Zu prüfen sind u.a. folgende Themenkomplexe:**
 - Die Erfassung der Geburtsorte kann über eine entsprechende Erweiterung der festgelegten statistischen Merkmale im BevStatG erreicht werden
 - Datenerhebung zur Verfügbarkeit, bzw. Nichtverfügbarkeit des Betreuungsangebots der Bevölkerung mit Hebammenhilfe
 - Gründung eines zentralen Melderegisters (Überblick über die Möglichkeit der Versorgungssicherheit)
 - Berücksichtigung, Zusammenführung und Veröffentlichung vorhandener Daten zum Gesundheitsstatus der Frauen in Deutschland (Auswertung von Daten zum Geburtserleben, Schwangerschaft, Wochenbett im Zusammenhang mit Hebammenbetreuung, sowie der Anzahl der Kaiserschnitte und deren Spätfolgen etc.)
 - Mögliche Unterstützung für Daten: Statistisches Bundesamt, Statistische Landesämter, QUAG, GKV-SV, Versicherer, GDV

6. **Handlungsfeld 6: Kosten, Leistungen und Finanzierungsquellen bei Schwangerschaft und Mutterschaft**

- 6.1 Angemessene Vergütung der medizinischen und psychosozialen Leistungen der Hebammenhilfe und Sicherstellung der flächendeckenden Hebammenversorgung gemäß SGB V, unter Berücksichtigung der nötigen Umstrukturierungsmaßnahmen
- 6.2 Weiterentwicklung des bestehenden Leistungskatalogs mit Blick auf: Beratung, Vorsorge, Geburt, Wochenbett, Kurse, Aufklärung der Bevölkerung/Zeiteinheiten für alle Leistungen (EU-Richtlinie)
- 6.3 Einbeziehung des Hebammenfachwissens in die Entscheidungsprozesse des GB-A

- **Zu prüfen sind u.a. folgende Themenkomplexe:**
 - In § 134a SGB V Angemessenheitsgrundsatz und Beachtungsgebot einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit implementieren
 - Gesetzliche Präzisierung des Begriffs der Hebammengesellschaften als Leistungserbringer
 - Erweiterung des bestehenden Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen um das gesamte Hebammenberufsbild, u. a. als spezifische Beraterin (Aufklärung über interventionsarme SS und Geburt) in der Frühschwangerschaft, als auch Ausweitung für die Aufklärungstätigkeiten in Pubertät bis in die Wechseljahre

- DRG-Kalkulation unter Berücksichtigung des tatsächlichen Hebammenaufwands, der Vorhaltekosten der Sectiobereitschaft in die Kalkulation der DRG der normalen Geburt
- Kostenübernahme der Ausgaben für eGK- Lesegeräte und Heilberufeausweis
- Einbeziehung des Hebammenfachwissens zu Normalität von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die psychosozialen Bedürfnisse der Eltern (im G-BA)

Vorgehensweise der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“

Tag	Inhalte / Handlungsfelder
<p>1</p> <p>Konsequenzen der Ministerrunde vom 24. Oktober 2012</p> <p>Haftpflichtversicherung</p>	<p>Lösung der Haftpflichtproblematik (Handlungsfeld 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> > Ziel: Bezahlbare Haftpflichtversicherung für alle Hebammen in allen Tätigkeitsfeldern durch z.B. Begrenzung der Regresse der Sozialversicherungsträger
<p>2</p> <p>Fragen der Stärkung von Familien und Förderung der Elternkompetenz</p>	<p>Öffentlichkeitsarbeit zu Schwangerschaft und Geburt (Handlungsfeld 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> > Die Politik und Akteure des Gesundheitswesens stellen Weichen für die Darstellung der gesunden und interventionsarmen Schwangerschaft und Förderung der normalen Geburt in der Öffentlichkeit/Medien - Verbesserung und Verankerung der Aufklärungsangebote für die Bevölkerung. Einbeziehung von Krankenkassen, BzGA, der Hebammenverbände und des Hebammenfachwissens.
<p>3</p> <p>Vergütungssituation der Hebammen in Deutschland</p> <p>Hebammenausbildung</p>	<p>Kosten, Leistungen und Finanzierungsquellen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (Handlungsfeld 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> > Angemessene Vergütung der medizinischen und psychosozialen Leistungen der Hebammenhilfe und Sicherstellung der flächendeckenden Hebammenversorgung gemäß SGB V, unter Berücksichtigung der nötigen Umstrukturierungsmaßnahmen > Weiterentwicklung des bestehenden Leistungskatalogs mit Blick auf: Beratung, Vorsorge, Geburt, Wochenbett, Kurse, Aufklärung der Bevölkerung/Zeiteinheiten für alle Leistungen (EU-Richtlinie) <p>Aus-, Weiter- und Fortbildung (Handlungsfeld 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> > Schritte zu einer Akademisierung der Hebammenausbildung unter Sicherstellung des außerklinischen Praxisanteils und dessen Finanzierung > Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für Hebammen zur Kompetenzerweiterung in der Beratungstätigkeit über Geburtsmodi/Geburtsorte und als Lotsin durch die verschiedenen Lebensphasen einer Frau, von Jugend bis Wechseljahren (siehe Niederlande)
<p>4</p> <p>Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung</p> <p>Probleme an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung</p>	<p>Qualität und Strukturen im geburtshilflichen Bereich und Vernetzung der Leistungserbringer (Handlungsfeld 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> > Entwicklung von evidenzbasierten S2 und S3 Leitlinien für die Geburtshilfe > Förderung der interdisziplinären Kooperationen <p>Erarbeitung und Weiterentwicklung einer Informationsdatenbank (Handlungsfeld 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> > Verbesserung der Datenbasis für mehr Transparenz und als Grundlage qualitätsgesicherter Mutter-/Kindversorgung

Interministerielle Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“

10. Januar 2013

Nils Hellberg

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

Agenda

1. Marktentwicklung
2. Studien zur Personenschadenentwicklung
 - a) Entwicklung von Personenschäden im Heilwesen
 - b) Schadenverlauf in der Krankenhaushaftpflichtversicherung

Marktentwicklung

- Rund 140 Mitgliedsunternehmen des GDV betreiben die Allgemeine Haftpflichtversicherung.
- Davon über 50 VU dem GDV angezeigt, dass sie Risiken des Heilwesens im Bestand haben.
- Größere Heilwesenbestände mit mindestens 1.000 versicherte Personen weisen über 30 Unternehmen aus.
- Über 30 VU haben Verträge zur Berufshaftpflichtversicherung von Hebammen im Bestand.
- Nur wenige VU zeichnen Neugeschäft zur Berufshaftpflichtversicherung von freiberuflichen, geburtshilflich tätigen Hebammen. Der Markt für dieses Segment wird durch zwei größere Gruppen- bzw. Rahmenverträge dominiert.

Studien zur Personenschadenentwicklung

- 2009/2010: Projekt des GDV zur **Personenschadenentwicklung**.
 - Veröffentlichung eines Artikels mit den wesentlichen Projektergebnissen am 15. März 2010 in der Zeitschrift „Versicherungswirtschaft“ (Nr. 6/2010).
- 2011/2012: Projekt des GDV zum Schadenverlauf in der **Krankenhaustaftpflichtversicherung**.
 - Veröffentlichung eines Artikels mit den wesentlichen Projektergebnissen am 1. Juli 2012 in der Zeitschrift „Versicherungswirtschaft“ (Nr. 13/2012).

Studien zur Entwicklung im Heilwesen

Fragestellungen:

- Wie hoch war die **Schadenteuerung** in der Vergangenheit?
- Was waren die **Kostentreiber** in der Vergangenheit?
- **Abwicklungsverhalten** im Heilwesen?
- Erarbeitung einer **Kalkulationsgrundlage** für die Krankenhaushaftpflichtversicherung.

Mögliche Abwicklung eines Haftpflicht Personenschadens

Zeit



Eintritt eines Personenschadens im Anfalljahr.
Meldung des Schadens an das VU im Meldejahr.
Das VU versucht zunächst für seinen VN die Ansprüche abzuwehren .
Es wird gerichtlich die Haftung des VN festgestellt, das VU tritt in die Regulierung ein.
Der Sozialversicherungsträger nimmt Regress beim VU.
Es tritt nach 10 Jahren eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Anspruchstellers ein, dieser wird erwerbsunfähig: Das VU muss die Rückstellung deutlich erhöhen.
Aufgrund des Niedrigzinsumfeldes muss das VU die Renten-Deckungsrückstellung für diesen Fall erhöhen.
Der endgültige Aufwand zu diesem Schaden steht erst fest, wenn der Anspruchsteller verstorben ist und alle Ansprüche abgegolten sind.

Beispielfall DÄV: Schwerer Geburtsschaden nach einem Behandlungsfehler

- Der geburtsleitende Gynäkologe übersieht grob fehlerhaft ein hoch pathologisches CTG.
- Das Kind leidet an den Folgen der Sauerstoff-Unterversorgung, ist körperlich und geistig schwerstbehindert.
- Die Eltern leisten die ganztägige Pflege.
- **Schadenhöhe 2008: 2.885.000 Euro**

Zum Vergleich Schadenhöhe 1998: 340.000 Euro

Beispielfall DÄV: Schwerer Geburtsschaden nach einem Behandlungsfehler

Schadenhöhen im Vergleich (Euro)	2008	1998
Schmerzensgeld	500.000	75.000
Vermehrte Bedürfnisse		
Kosten des SVT für Pflege, kapitalisiert	430.000	70.000
zusätzl. Mehraufwand Elternpflege, kapitalisiert	470.000	80.000
sonstige Kosten (therapeutische Übungen etc.)	100.000	10.000
Kosten Hausumbau	150.000	75.000
zusätzl. Mehrkosten für Heimpflege, kapitalisiert	480.000	–
Rentenbeiträge der Pflegeperson (Pflegekasse)	50.000	–
Kosten Heilbehandlung	125.000	20.000
Verdienstschaden des Kindes	500.000	–
Anwaltskosten, Sachverständige	50.000	10.000
Gesamtkosten	2.885.000	340.000

Studie GDV: Verteuerung von Personenschäden

- Es wurden auf Basis von 100 Großschäden die einzelnen Kostentreiber der am Markt in der Vergangenheit beobachteten Verteuerung identifiziert und untersucht.
- Hierfür wurden die größten Personenschäden aus dem Heilwesen der beteiligten VU zu den Stichtagen 31.12.2003 und 31.12.2008 miteinander verglichen.
- Jeder dieser Schäden wurde aufgeteilt in die Schadenkategorien:
 - Schmerzensgeld,
 - vermehrte Bedürfnisse (insbes. Pflegekosten),
 - Erwerbsschaden (incl. Unterhalt),
 - Heilbehandlungskosten,
 - Sonstiges

Studie GDV: Verteuerung von Personenschäden

- Der mittlere Aufwand stieg von 1,33 Mio. EUR auf 1,76 Mio. EUR um fast **6 % pro Jahr**.
- Den größten Anteil am Schadenaufwand haben die **vermehrten Bedürfnisse (Pflege!)**.
- Die vermehrten Bedürfnisse wiesen eine der höchsten Steigerungsrate mit **9 % pro Jahr** auf.
- Die **Erwerbsschadenkomponente** wuchs um über **11 % pro Jahr**.

Studie GDV: Verteuerung von Personenschäden

Schadenposition	Mittlere Schadenhöhe in 1.000 €	
	2000 – 2003	1995 – 1998
Vermehrte Bedürfnisse (Pflegekosten, Regresse der SVT, Umbaukosten, ...)	740	485
Heilbehandlungskosten	375	355
Schmerzensgeld	291	244
Erwerbsschaden	251	147
Sonstiges	73	74
Direkte SRK	30	24
Gesamt	1.760	1.329

Studie GDV: Abwicklung von Personenschäden

- Die Abwicklungsergebnissen spreizen erhebliche in Abhängigkeit von der Fachrichtungen und der Art der Tätigkeit.
- Schäden, die von Zahnärzten und Ärzten risikoärmerer Fachrichtungen verursacht werden, sind für Versicherer vergleichsweise sicher einzuschätzen.
- Schäden von Ärzten stärker risikobehafteter Fachrichtungen, die auch stationär tätig sind, sind deutlich schwieriger zu einzuschätzen. Ähnliches gilt für das Krankenhausgeschäft.
- Schäden von Gynäkologen mit Geburtshilfe und Hebammen stellen ein extrem schwer zu kalkulierendes Risiko dar, dass in der Vergangenheit z.T. zu erheblichen Abwicklungsverlusten geführt hat.

Studie GDV: Abwicklung von Personenschäden

- Über alle Wagnisarten steigt der durchschnittliche Schadenaufwand mit zunehmendem Meldeverzug deutlich an.
- Im Durchschnitt kann davon ausgegangen werden, dass 90% des Anfalljahresrisikos nach 4 Jahren gemeldet ist.
- Hinsichtlich der Abwicklungsdauer zeigt sich, dass bei allen Wagnisnummern das Gros der Schäden nach fünf Abwicklungsjahren geschlossen ist,
 - bei Hebammen über 80 %,
 - sonst über 90 % der Schäden.
- Der größere Teil des Aufwandes steckt in den noch offenen Schäden:
 - bei Krankenhäusern und Ärzten mehr als 60 %,
 - bei Hebammen sogar über 92 %.

Fazit für die Versicherer

- Für Versicherer besteht die Gefahr, dass die Verteuerung der Schäden verkannt bzw. unterschätzt wird. Dies kann umfangreiche Nachreservierungen erforderlich machen.
- Daraus resultieren erhebliche Schwierigkeiten für die Prämienkalkulation.
- Aus diesem Grund ist bei schweren Personenschäden möglichst frühzeitig die Reserve detailliert zu berechnen:
 - Reservekalkulation nach einzelnen Schadenpositionen aufgliedern,
 - fortlaufende Überprüfung der Reservekalkulation nötig (mindestens einmal jährlich).
- Die Verteuerung der Schäden führt zu Bedarf an höheren Deckungssummen. Dies ist zu berücksichtigen, um eine eventuelle Haftung wegen Beratungsverschulden zu vermeiden.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
Haben Sie Fragen?**

Nils Hellberg

Leiter der Abteilung Haftpflicht-, Kredit-, Transport- und Luftfahrtversicherung,
Statistik

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

Wilhelmstraße 43/43 G, 10117 Berlin

Tel.: +49-(0)30-2020-5310

Email: n.hellberg@gdv.de

Backup

Das Versicherungsprinzip – Ausgleich im Kollektiv

- Ein singulärer Schaden kann für einen Einzelnen finanziell bedrohlich werden.
- Die Versicherten-Gemeinschaft kann einen solchen Schaden leichter ertragen als der Einzelne.
- Ruinös hohe Schäden mit kleiner Eintrittswahrscheinlichkeit werden durch Versicherung überhaupt erst tragbar.
- Je größer das Kollektiv gleichartiger Risiken ist, desto günstiger können diese Risiken für alle Beteiligten abgesichert werden.
- Der Versicherungsnehmer tauscht ungewisse, möglicherweise ruinöse Kosten gegen planbare und bezahlbare Kosten.
- Mathematisches Prinzip: „Gesetz der großen Zahl“

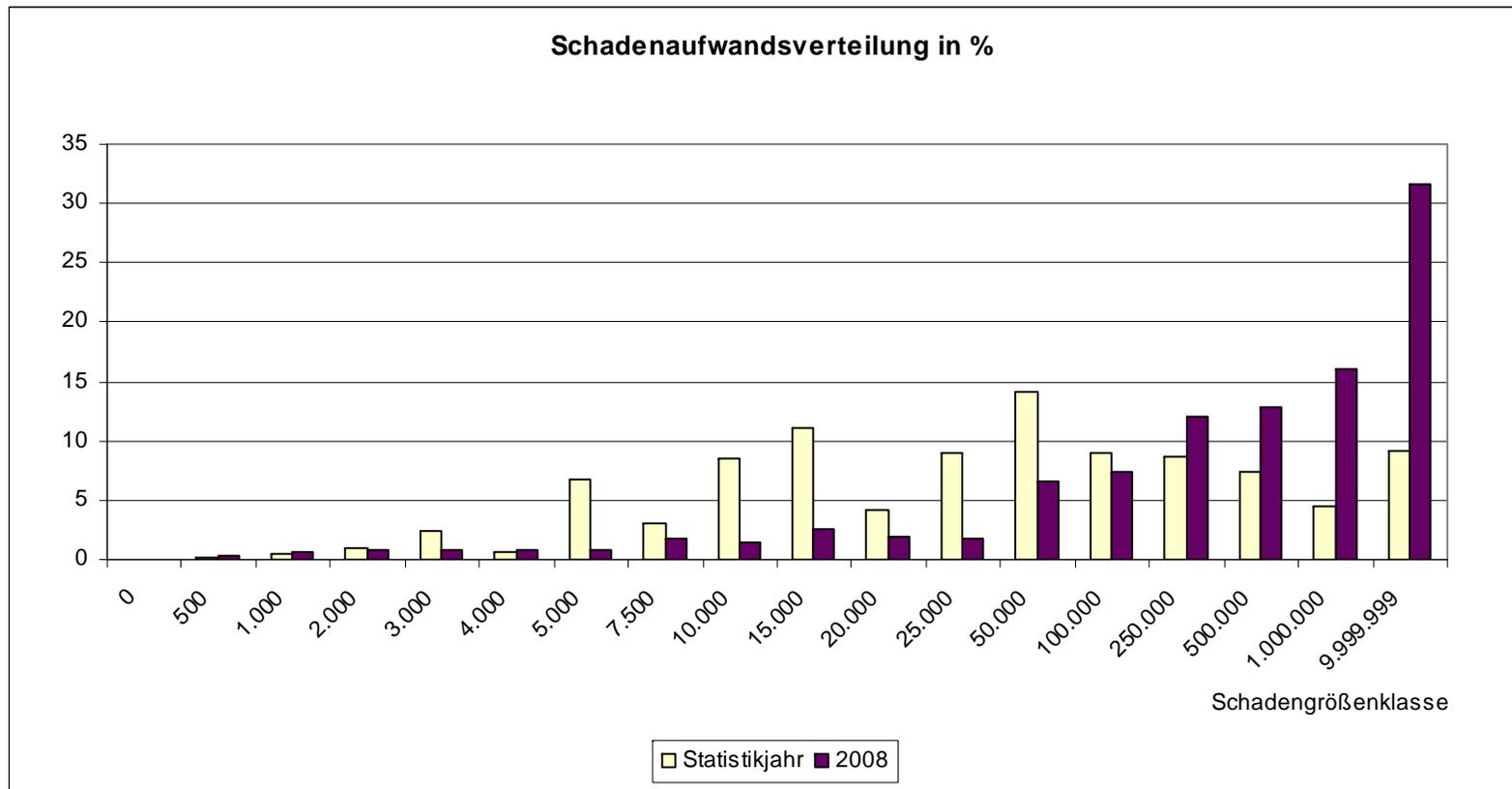
Backup

Studie GDV: Abwicklung von Personenschäden

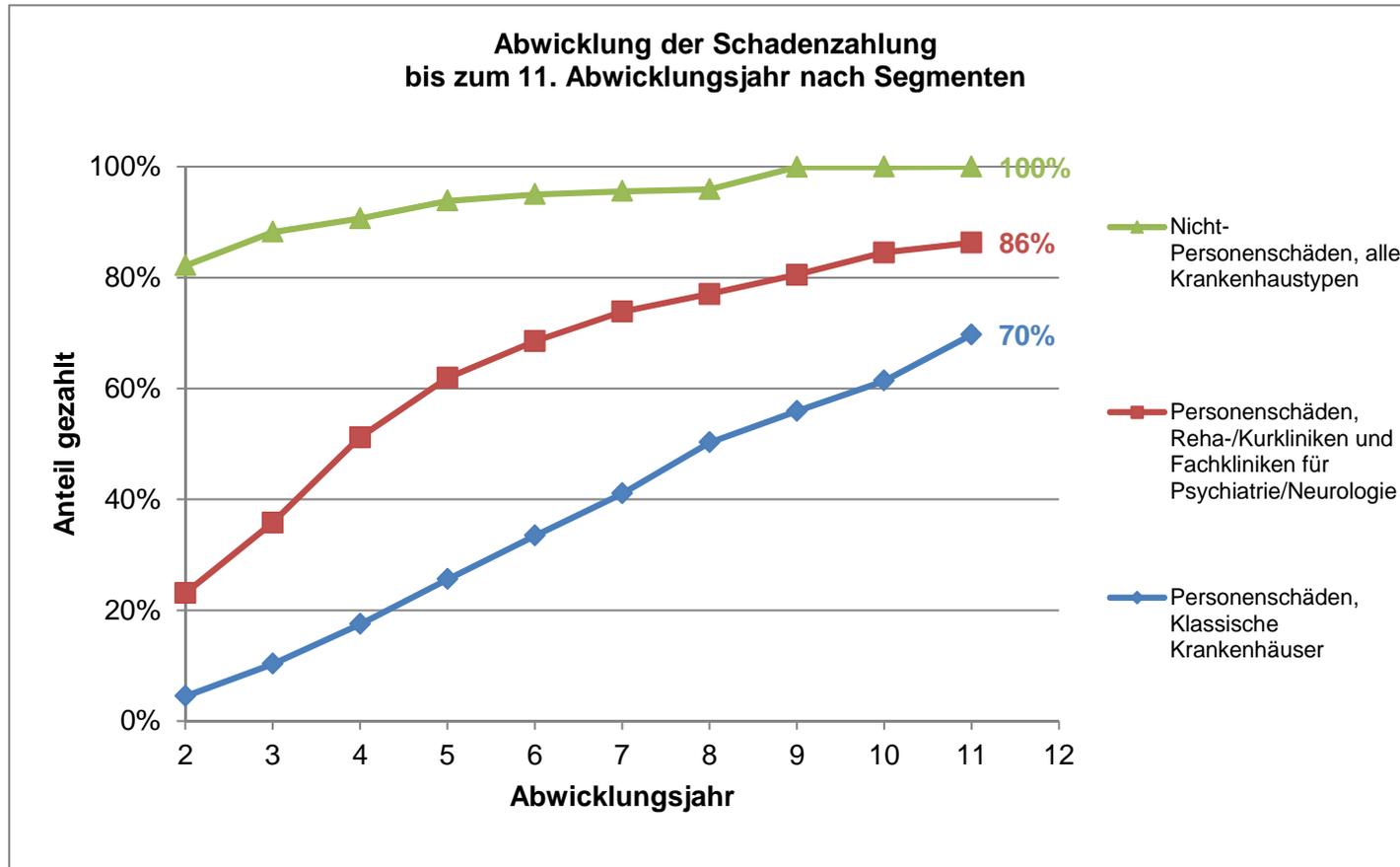
- Es wurde zu fast 140.000 Schäden aus der Tarifstruktur Heilwesens das Abwicklungsverhalten untersucht.
- Betrachtet wurden Einzelschäden der Meldejahre 1994 – 2003 zum Abwicklungsstand 31.12.2008.
- Erfasst wurden alle Personenschadenfälle des Heilwesens, die dem GDV zu den betreffenden Jahren im Rahmen der Risikostatistiken gemeldet worden waren.

Backup

Studie GDV: Abwicklung von Personenschäden



Krankenhaustaftpflichtversicherung: Schadenabwicklung

Backup

Interministerielle Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“

04. Juni 2013

Dr. Marco Lonsing
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.



Studien zur Entwicklung im Heilwesen

- 2009/2010: Projekt des GDV zur **Personenschadenentwicklung**.
 - Veröffentlichung eines Artikels mit den wesentlichen Projektergebnissen am 15. März 2010 in der Zeitschrift „Versicherungswirtschaft“ (Nr. 6/2010).
- 2011/2012: Projekt des GDV zum Schadenverlauf in der **Krankenhaustpflichtversicherung**.
 - Veröffentlichung eines Artikels mit den wesentlichen Projektergebnissen am 1. Juli 2012 in der Zeitschrift „Versicherungswirtschaft“ (Nr. 13/2012).
- 2013: Update der Datenerhebung zur **Personenschadenentwicklung**.



Studien zur Entwicklung im Heilwesen

Fragestellungen:

- Wie hoch war die **Schadenteuerung** in der Vergangenheit?
- Was waren die **Kostentreiber** in der Vergangenheit?
- **Abwicklungsverhalten** im Heilwesen?
- Anteil der **Regresse der Sozialversicherungsträger** am Schadenaufwand

Dr. Marco Lonsing



Zur Erinnerung: Studie GDV zur Verteuerung von Personenschäden

- Es wurden auf Basis von 100 Großschäden die einzelnen Kostentreiber der am Markt in der Vergangenheit beobachteten Verteuerung identifiziert und untersucht.
- Hierfür wurden repräsentative Personengroßschäden aus dem Heilwesen der beteiligten VU zu den Stichtagen 31.12.2003 und 31.12.2008 miteinander verglichen.
- Jeder dieser Schäden wurde aufgeteilt in die Schadenkategorien:
 - Schmerzensgeld,
 - vermehrte Bedürfnisse (insbes. Pflegekosten),
 - Erwerbsschaden (incl. Unterhalt),
 - Heilbehandlungskosten,
 - Sonstiges

Dr. Marco Lonsing



Zur Erinnerung: Studie GDV zur Verteuerung von Personenschäden

- Der mittlere Aufwand stieg von 1,33 Mio. EUR auf 1,76 Mio. EUR um fast **6 % pro Jahr**.
- Den größten Anteil am Schadenaufwand haben die **vermehrten Bedürfnisse (Pflege!)**.
- Die vermehrten Bedürfnisse wiesen eine der höchsten Steigerungsrate mit **9 % pro Jahr** auf.
- Die **Erwerbsschadenkomponente** wuchs um über **11 % pro Jahr**.

Dr. Marco Lonsing



Zur Erinnerung: Studie GDV zur Verteuerung von Personenschäden

Schadenposition	Mittlere Schadenhöhe in 1.000 €	
	2000 – 2003	1995 – 1998
Vermehrte Bedürfnisse (Pflegekosten, Regresse der SVT, Umbaukosten, ...)	740	485
Heilbehandlungskosten	375	355
Schmerzensgeld	291	244
Erwerbsschaden	251	147
Sonstiges	73	74
Direkte SRK	30	24
Gesamt	1.760	1.329

Dr. Marco Lonsing



Update 2013 der Studie zur Verteuerung von Personenschäden

- In die Auswertung sind nun 140 Großschäden aus der Heilwesenhaftpflichtversicherung eingeflossen.
- Die Zusammensetzung der beteiligten Unternehmen und damit der berücksichtigten Schäden hat sich leicht geändert.
- Gut die Hälfte der Schäden sind Geburtsschäden.
- In fast 90 % der Schäden ist ein Sozialversicherungsträger involviert.

Dr. Marco Lonsing



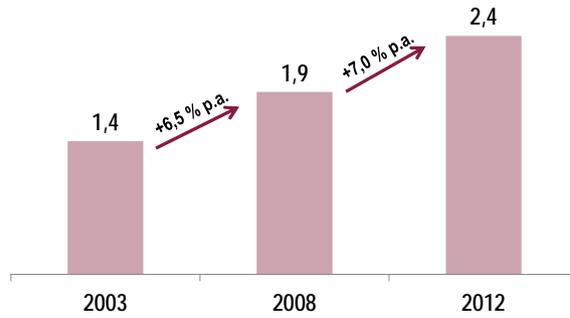
Update 2013 der Studie zur Verteuerung von Personenschäden

- Der Trend wachsender Schadenaufwendungen für Personengroßschäden im Heilwesen setzt sich ungebremst fort.
- Alle erhobenen Schadenpositionen weisen im zeitlichen Verlauf deutliche Steigerungen auf.
- Anteil der vermehrten Bedürfnisse und des Erwerbsschadens am gesamten Schadenaufwand nimmt weiter zu.
- D.h. diese Schadenpositionen wachsen in besonderem Maße.

Dr. Marco Lonsing



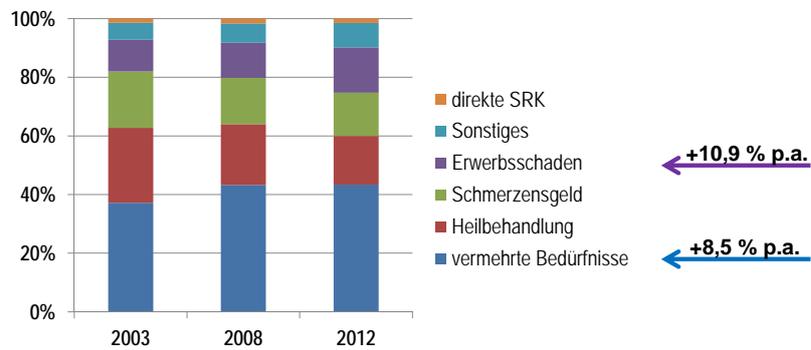
Update 2013: Verteuerung von Personenschäden (mittlerer Schadenaufwand in Mio. Euro)



Dr. Marco Lonsing



Update 2013: Anteile der Schadenpositionen am Schadenaufwand



Dr. Marco Lonsing



Update 2013: Anteil der Regresse der Sozialversicherungsträger am Schadenaufwand

- Die SVT-Regresse haben nach fünf Jahren Abwicklung einen Anteil von ca. 25 % am gesamten Schadenaufwand.
- Der Anteil der SVT-Regresse nach fünf Jahren Abwicklung an den einzelnen Schadenposition ist sehr unterschiedlich und z.T. stark schwankend:
 - Vermehrte Bedürfnisse: 20 % - 23 %
 - Heilbehandlung: 44 % - 75 %
 - Erwerbsschaden: 6 % - 15 %.

Dr. Marco Lonsing



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
Haben Sie Fragen?**

Dr. Marco Lonsing
Leiter Statistik HURT, Kredit
Abteilung Haftpflicht-, Kredit-, Transport- und Luftfahrtversicherung, Statistik
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.
Wilhelmstraße 43/43 G, 10117 Berlin
Tel.: +49-(0)30-2020-5327
Email: m.lonsing@gdv.de

Dr. Marco Lonsing



Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes e. V.

zur Haftpflichtsituation
im Bereich
der freiberuflichen Hebammentätigkeit

anlässlich der Gespräche der interministeriellen
Arbeitsgruppe

„Versorgung mit Hebammenhilfe“
am 04. Juni 2013 in Berlin

Karlsruhe, 28.05.2013

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

Der Deutsche Hebammenverband

Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit derzeit 17976¹ 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. 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.

Problemstellung

Im Rahmen der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“, die sich mit der allgemeinen Situation der Hebammenversorgung beschäftigt, wurde und wird unter anderem der Haftpflichtproblematik ein besonderer Aufmerksamkeitsschwerpunkt gewidmet. Das Themenfeld einer Fondslösung zur langfristigen Sicherung einerseits der bedürftigen Frauen und Kinder nach einem Schadensfall und andererseits der Berufsausübungsmöglichkeit der Hebammen, soll im Folgenden näher betrachtet werden.

¹ Stand: 30.04.2013

Inhalt

Problemstellung	2
A. Besonderheiten der Berufshaftpflichtproblematik.....	4
B. Lösungsansätze des DHV	6
I. Fondslösung.....	7
1. Haftungsfreistellungsfonds gekoppelt an fallbezogene Haftungshöchstgrenzen.....	8
a. Vergleich mit bestehenden Fondsmodellen.....	8
b. grundsätzliche Funktion des Haftungsfreistellungsfonds	8
c. Einführung fallbezogener Haftungshöchstsummen	9
d. Ausgestaltung	10
Zweckbindung	10
Bereitstellung der Geldmittel	10
Schadensabwicklung	11
Organisation	12
Gesetzliche Umsetzung	12
e. Zusammenfassung.....	14
2. Die "kleine" Fondslösung.....	14
a. Ziel des Fonds	14
b. Bereitstellung der Geldmittel.....	14
c. Fazit.....	15
3. Haftpflichtfonds.....	15
a. Aufgabe des Fonds	15
b. Ausgestaltung des Fonds.....	15
Organisation	16
Zweckbindung	16
Finanzierung des Fonds	16
Schadensabwicklung	16
Gesetzliche Umsetzung	16
Zusammenfassung.....	17
Fazit insgesamt	17
II. Zweckbindung der Regresseinnahmen	17

A. Besonderheiten der Berufshaftpflichtproblematik

Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) möchte im Folgenden seinen Vorschlag zu einem möglichen Fondsgebundenen Lösungskonzept näher erläutern (B.I.), als auch im Anschluss hieran einen weiteren, neuen Lösungsansatz im Hinblick auf eine mögliche Zweckbindung der Regresseinnahmen der Krankenversicherungsträger (B.II.) darstellen.

Einleitend möchte der DHV jedoch zunächst darauf hinweisen, dass sich das Thema der Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen aus drei Problembereichen zusammensetzt; diese wären

1. die steigenden Haftpflichtprämien
2. die persönliche Haftung der Hebammen noch nach Jahrzehnten
3. das Fehlen eines Versicherungsmarktes

Ursache für jeden der drei Punkte ist die Tatsache, dass Haftungsfälle im Bereich der Geburtshilfe sich über Jahrzehnte hinzuziehen vermögen: zum einen sind die Kosten bei einem Schadensfall nur schwer kalkulierbar durch einen ständigen Fortschritt in der medizinischen Wissenschaft und den damit verbundenen, immer wieder neuen Behandlungsmethoden, zum anderen ist die Schadenteuerung exorbitant hoch.

Dies führt in einigen Fällen dazu, dass die zunächst als ausreichend angenommenen Schadenshöchstsummen sich als unzureichend erweisen bzw. unerwartet viele Jahre nach dem Schadensereignis erreicht werden (Problempunkt 2). Die Hebammen werden dann trotz zum Schadenszeitpunkt ausreichender Versicherung nach Jahren bis zu Jahrzehnten im Rahmen der Haftung privat in Anspruch genommen. Dabei erreichen die Schadenssummen dann noch immer solche Höhen, dass die betroffene Hebamme in der Regel die private Insolvenz anmelden muss. Die Hebammen müssen also trotz angemessener Versicherung zum Schadenszeitpunkt immer damit rechnen, noch Jahrzehnte später in die Privatinsolvenz zu geraten.

Zudem machen die schwer vornehmbare Risikobewertung und die Schadenteuerung den Beruf des Geburtshelfers für die Versicherungsunternehmen schwer haftpflichtversicherbar. Als Folge dessen ist das Angebot auf dem Versicherungsmarkt mittlerweile auf zwei Anbieter beschränkt, so dass letztlich von einem Marktversagen gesprochen werden muss (Problempunkt 3).

Als weitere Folge steigen die Versicherungsprämien im Verhältnis zum Vergütungsniveau der Hebammen in unerschwingliche Höhen (Problempunkt 1). Die bereits stattgefundenen Preiserhöhungen können nicht als Peak verstanden werden, sondern sind Teil der sich auch zukünftig weiter erhöhenden Prämien.

Der Deutsche Hebammenverband möchte daher nochmal betonen, dass eine Stärkung und Konsolidierung des Binnenmarktes der Berufshaftpflichtversicherer im Gesundheitswesen unerlässlich ist, um die jetzigen Versicherer, die noch immer eine Hebammenhaftpflichtversi-

cherung anbieten zu unterstützen und auch langfristig ein Versicherungsangebot zu gewährleisten. Nur so kann eine flächendeckende und bedarfsgerechte medizinische Versorgung im Bereich der Geburtshilfe gesichert werden.

Hinsichtlich der Probleme auf dem Versicherungsmarkt hält der DHV daran fest, dass der Gesetzgeber in Anbetracht des Untermaßverbotes seinen verfassungsrechtlich begründeten Schutzpflichten gegenüber dem Berufsbild der Hebamme zeitnah und umfassend nachkommen muss, um den Kernbereich des Hebammenberufes dauerhaft zu erhalten.

Die Neuregelung des § 134 a SGB V wird diesen Anforderungen im Hinblick auf die derzeitige Problematik im Berufshaftpflichtbereich nicht gerecht. Zwar hat der Gesetzgeber dort bereits die GKV verpflichtet, bei den Vergütungsverhandlungen "*die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen zu berücksichtigen*" (§ 134 a Abs. 1 Satz 2 SGB V); wobei bei der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen insbesondere Kostensteigerungen zu beachten sind, die die Berufsausübung betreffen (vgl.a.a.O. Satz 3). Hierunter sind grundsätzlich auch die Kosten der Berufshaftpflichtversicherung zu fassen. Allerdings können diese im Rahmen von Vergütungserhöhungen lediglich bei der Steigerung einzelner Vergütungspositionen, also nur indirekt und nicht in vollem Umfang, berücksichtigt werden. Ursache hierfür ist das gesetzlich geregelte Vergütungssystem der gesetzlichen Krankenkassen, das Kosten- und Verdienstpositionen in die Sachleistungskalkulation einschließt. Damit können Kostensteigerungen nur als durchschnittliche Werte eingepreist und nur bei der Erbringung einer Leistungsmenge, die mindestens den kalkulatorisch veranschlagten Leistungsdurchschnitt erreicht, über die Vergütung amortisiert werden.

Dies führt dazu, dass die Hebammen den vom Gesetzgeber angestrebten Ausgleich für die steigenden Prämien nur mittelbar und im Verhältnis zu den abgerechneten Positionsnummern erlangen können. Im Ergebnis zahlen damit zwar alle Hebammen die gleichen Prämien, bekommen die Steigerungen derselben aber in unterschiedlicher Höhe bezuschusst.

Infolgedessen sind - trotz der Gesinnung des Gesetzgebers, die Kosten der Berufshaftpflicht durch die Vergütung ausreichend aufzufangen - Hebammen noch immer gezwungen, die Geburtshilfe aus ihrem Leistungsspektrum zu streichen. Der Einschränkung - bis hin zur völligen Aufgabe - der Geburtshilfe durch Hebammen aufgrund steigender Haftpflichtprämien konnte mit der Einführung des § 134 a SGB V daher bisher nicht effektiv entgegengewirkt werden.

Zudem führt die Regelung des § 134 a SGB V zu keiner Lösung hinsichtlich des Problems des derzeitigen Marktgeschehens beziehungsweise des Marktversagens im Bereich der Berufshaftpflichtversicherung der Heilberufe. Auf die monopolähnliche Stellung der derzeitigen Haftpflichtversicherer und der damit verbundenen Möglichkeit der Einwirkung auf die Berufsausübung bis hin zur Berufszulassung der Hebammen hat der DHV bereits in vorangegangenen Stellungnahmen erläuternd hingewiesen.

Hinzu tritt die Gefahr, dass sich auch die jetzt verbliebenen Versicherer in den nächsten Jahren vom Markt zurückziehen könnten, also keine Berufshaftpflichtverträge für Hebammen mehr anbieten werden. Sodann bestünde keine Möglichkeit mehr für Hebammen, ihrer gesetzlichen Pflicht des Abschlusses einer Berufshaftpflichtversicherung nachzukommen.

Dass es sich hierbei um begründete Sorgen und nicht nur um eine abstrakte Gefahr handelt, zeigt zum einen bereits der extrem geschrumpfte Markt der Hebammen-Berufshaftpflicht-Versicherer. Zum anderen sind solche Tendenzen auch bei anderen Berufen im Bereich der Geburtshilfe zu erkennen; so schwindet beispielsweise auch für neu zugelassene Gynäkologen stetig der Versicherungsmarkt (Dtsch Arztebl 2013, 110(1-2), S. A-18 / B-16 / C-16).

Einem vollständigen Verschwinden des Versicherungsmarktes muss daher von Seiten des Staates schnellstmöglich entgegengetreten werden.

B. Lösungsansätze des DHV

Der DHV vertritt die Ansicht, dass alle drei oben vorgestellten Probleme zusammen angegangen und einer Gesamtlösung oder mehreren, kumulativ umzusetzenden Lösungen zugeführt werden müssen, um das Angebot einer Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen auch zukünftig aufrechtzuerhalten und zu verbessern.

Die isolierte Lösung nur eines Themenkomplexes innerhalb des Arbeitspunktes "Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen" wird der Tragweite des Themas gerade auch im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen nicht gerecht werden und die Problematik der Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen nicht lösen können. Dabei sind vor allem die Besonderheiten im Zusammenhang mit der Haftung im Heilberufsbereich zu berücksichtigen.

Das deutsche Haftungsrecht sieht grundsätzlich den Ausgleich des Schadens über die Eintrittspflicht des Schädigers (Schädigerhaftung/Verursacherprinzip) vor, von dessen Prinzip grundsätzlich nicht abgewichen werden kann und soll.

Gerade im Bereich der Geburtshilfe stellt sich allerdings die Schwierigkeit, dass bei Schadensfällen, aufgrund der heutzutage möglichen, medizinischen Behandlungsmöglichkeiten - insbesondere bei Schädigung des Neugeborenen - enorm hohe Kosten entstehen und die Schäden zudem einer außergewöhnlich hohen Schadenteuerung unterliegen.

Infolgedessen muss für die Haftung im Bereich des Gesundheitswesens berücksichtigt werden, dass Fehler, die auch bei einem funktionierenden Fehlermanagement nicht gänzlich vermeidbar, da durchaus menschlich sind, heutzutage zu unvorhersehbar hohen Folgekosten führen. Die Leistung an Menschen durch Menschen birgt also prinzipiell das Problem der hohen Kostenbelastung im Schadensfall. Das medizinische Fachpersonal arbeitet daher generell mit einem hohen Haftungsrisiko im Hintergrund. Um den Krankenversicherten ihre Leistungen umfänglich anbieten zu können, müssen die Hebammen und andere Geburtshelfer die-

ses Risiko tragen oder den Kern ihrer Tätigkeit, nämlich die Geburtshilfe an sich, aufgeben und können lediglich noch im Randbereich ihres Berufsbildes weiterhin tätig sein.

Hierbei ist zu bedenken, dass die Krankenversicherung - unter Zugrundlegung der Aufgabe der Krankenversicherungen, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten - auch die Pflicht hat, 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. Die Einbeziehung der Krankenkassen zum Auffangen der exorbitant gestiegenen Schadenskosten ist aus Sicht des DHV daher unvermeidbar. 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.

Dennoch reicht das bisherige Tätigwerden des Gesetzgebers nicht aus, um die Schwierigkeiten im Bereich der Berufshaftpflichtversicherungen zu überwinden und den derzeitigen Gefahren für das Berufsbild der Hebamme hinlänglich entgegenzutreten.

Der Deutsche Hebammenverband e.V. möchte daher in Ergänzung der bisherigen Vorschläge die Ausgestaltung der Bereitstellung von Geldmitteln näher erläutern sowie einen weiteren, neuen Lösungsansatz, die "Zweckbindung der Regresseinnahmen", aufzeigen.

I. Fondslösung

Einleitend möchten wir darauf hinweisen, dass der DHV neben der kurzfristigen Lösung für den Hebammenberuf davon ausgeht, dass eine geburtshelferübergreifende, wenn nicht sogar heilberufsübergreifende Regelung notwendig sein wird, um der Berufshaftpflichtproblematik im Zusammenhang mit Personengroßschäden nachhaltig entgegenzutreten. Da eine solche Gesamtlösung jedoch über den Arbeitsauftrag der Arbeitsgruppe hinausreicht, sind die folgenden Ausführungen auf die Situation der Hebammen beschränkt.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass eine zunächst auf die Hebammen beschränkte Lösung im Hinblick auf die akuten, massiven Auswirkungen der Haftpflichtproblematik für diesen Berufsstand durchaus sachgerecht erscheint.

Im Hinblick auf die Ausgestaltung eines Fonds halten wir grundsätzlich alternative Modelle für geeignet, dem obigen Problem der späten "privaten Insolvenz" entgegenzuwirken.

Gekoppelt an weitere versicherungsrechtliche Regelungen könnte zudem der Versicherungsmarkt gestärkt und zugleich den steigenden Haftpflichtprämien entgegengewirkt werden. Der Lösungsansatz über einen Fonds könnte also in bestimmter Konstellation eine Gesamtlösung der Haftpflichtprobleme bieten.

Die vorgestellten Modelle konzentrieren sich daher sämtlich auf eine umfangreiche Lösung der Haftpflichtproblematik. Darüber hinaus wurden die Modelle im Hinblick auf eine transparente und praktikable Abwicklung im Schadensfall ausgewählt.

Der Übersichtlichkeit halber wird im Folgenden lediglich die erste Fonds-Alternative ausführlich dargestellt, während bei den folgenden Varianten nur noch auf Abweichungen und Besonderheiten hingewiesen werden soll.

1. Haftungsfreistellungsfonds gekoppelt an fallbezogene Haftungshöchstgrenzen

Das vom DHV zunächst vorgestellte Lösungsmodell betrifft die Einführung eines Haftungsfreistellungsfonds, der die Hebammen hinsichtlich ihres Haftungsrisikos entlastet und dabei an die Errichtung fallbezogener Haftungshöchstgrenzen gekoppelt wäre. Bei diesem Lösungsansatz wäre lediglich eine Modifikation des bestehenden versicherungsrechtlichen Systems notwendig.

a. Vergleich mit bestehenden Fondsmodellen

Fondsmodelle sind bereits in verschiedenen Bereichen existent ("Entschädigungsfonds" nach § 12 PflVG oder § 9 Düngemittelgesetz, "Pharmapool"). Die hier vorgestellten Fondsvarianten sind zwar an die bestehenden Fondsmodellen angelehnt, lassen sich von ihrem Charakter her diesen jedoch nicht gänzlich unterordnen.

Insbesondere zielen die Vorschläge nicht auf einen Fonds mit der Aufgabe der Rückversicherung der Berufshaftpflichtversicherer ab, wie beispielsweise im Bereich des Arzneimittelrechts ("Pharmapool") existent.

Zudem wirkt der Fonds nicht auf Seiten des Geschädigten im Sinne eines Entschädigungsfonds, sondern soll auf Seiten der Schädiger Entlastung begründen. Dennoch käme er selbstverständlich auch den Geschädigten zugute, denn ihnen stünde mit dem Fonds ein solventer Anspruchsgegner gegenüber.

Der Charakter der Fonds stellt damit eine gewisse Neuerung dar, da die Zielrichtung des hier vorgeschlagenen Fonds eindeutig in Richtung der Entlastung der Hebammen geht. Die vorgestellten Fondsmodelle sind daher als ein "Haftungsfreistellungsfonds" zu qualifizieren.

b. grundsätzliche Funktion des Haftungsfreistellungsfonds

Grundsätzlich würde der Fonds in erster Linie das Ziel verfolgen, Hebammen und andere Geburtshelfer vor dem finanziellen Ruin trotz angemessenem Versicherungsschutz zu bewahren. Gleichzeitig würde den Opfern von Geburtsschäden durch den Fonds ein solventer Anspruchsgegner gegenüberstehen, ohne die derzeitige Schadensabwicklung im Ablauf zu komplizieren.

Wie bereits erläutert, soll an dem Grundsatz der Verursacherhaftung nichts geändert werden, womit in erster Linie die Hebammen oder andere Geburtshelfer im Schadensfall haften. So-

fern der Geschädigte gegenüber der Hebamme seinen Anspruch auf Schadensersatz geltend macht, wendet sich diese sodann an ihre Berufshaftpflichtversicherung und macht ihren Freistellungsanspruch aus dem Versicherungsvertrag geltend. In der Praxis übernimmt sodann der Versicherer die Schadensabwicklung bis zum Erreichen der im Vertrag festgelegten Schadenshöchstsumme. Sofern diese erreicht ist, endet die Pflicht des Versicherers und die Hebamme hat für die übrigen Schäden mit ihrem Privatvermögen zu haften. An dieser Stelle soll der Hebamme ein Anspruch auf Freistellung gegenüber dem Fonds zustehen, sofern die Hebamme ihren gesetzlichen Versicherungspflichten hinlänglich nachgekommen ist.

Der Haftungsfreistellungsfonds hätte also die Aufgabe, die Hebamme von der Haftung mit dem Privatvermögen freizustellen, sofern sie zum Schadenszeitpunkt angemessen haftpflichtversichert war, also ihren gesetzlichen Versicherungspflichten nachgekommen ist.

c. Einführung fallbezogener Haftungshöchstsummen

Im Hinblick auf die weiteren Schwierigkeiten im Bereich der Berufshaftpflichtversicherung möchte der DHV vorschlagen, die Regelung eines solchen Fonds an die Einführung fallbezogener Haftungshöchstsummen zu koppeln. Die Eintrittspflicht des Versicherers fallbezogen zu begrenzen wäre insofern sinnvoll, als dass sich so eine tatsächliche Senkung der vom Versicherer zu leistenden Schadenssummen erreichen ließe. Eine solche Senkung würde sich sowohl auf die Prämien als auch auf den Versicherungsmarkt positiv auswirken.

Zur Festlegung sinnvoller Haftungshöchstgruppen wären die Schäden je nach dem schadensauslösenden Ereignis in Fallgruppen einzuordnen und wäre der für die jeweilige Gruppe regelmäßig zu erbringende finanzielle Aufwand festzulegen. Hieraus wären dann fallgruppenbezogene Haftungshöchstsummen - in Anlehnung an fallbezogenen Sublimits - zu bilden, bis zu welchen die Versicherungen zu regulieren hätten; diese würden weit unterhalb der derzeitigen allgemeinen Versicherungshöchstsumme von 6 Millionen liegen.

Damit würde zwar die Leistungspflicht der Versicherer gegenüber der Hebamme frühzeitiger enden. Sofern eine solche Haftungshöchstsumme in einem Fall erreicht wäre und damit der Anspruch der Hebamme auf Freistellung gegenüber der Versicherung entfiel, stünde ihr allerdings ab diesem Zeitpunkt, nämlich bei über die Haftungshöchstgrenzen hinausgehenden Forderungen, der Anspruch auf Freistellung gegenüber dem Fonds zu.

Die Fallgruppen und ihre Höchstgrenzen wären dabei im Sinne der Rechtssicherheit im Wege einer Verordnung festzulegen, die in regelmäßigen, festzulegenden Zeiträumen an gestiegene Schadenssummen und Schadenteuerungen anzupassen wäre. In Betracht käme unter anderem auch die Bildung der Fallgruppen orientiert an den zunächst gemeldeten Schäden.

Eine solche Begrenzung der Eintrittspflicht der Haftpflichtversicherer hätte den Vorteil, dass sich die zu leistenden Schadenssummen insgesamt verringern ließen, wodurch positiv auf den Versicherungsmarkt eingewirkt werden würde (Problem 1 und 3). Darüber hinaus könnte diese positive Wirkung für die Berufshaftpflichtversicherer als Begründung für ihre Beteiligung an der Finanzierung des Fonds herangezogen werden (siehe sogleich).

d. Ausgestaltung

Hinsichtlich der Ausgestaltung eines solchen Fonds soll im Folgenden auf seine spezielle Zweckbindung, die Organisation, die rechtliche Umsetzung und die Finanzierung näher eingegangen werden.

Zweckbindung

Aus der Zweckbestimmung des Fonds müsste eindeutig folgen, dass mit seinen Mitteln nur solche Schäden ersetzt werden, die im Bereich der Geburtshilfe von einer ausreichend versicherten Hebamme verursacht wurden. Der Fonds soll nur solchen Hebammen zugutekommen, die zum Schadenszeitpunkt eine ausreichende Versicherung abgeschlossen hatten und ihren gesetzlichen Versicherungspflichten angemessen nachgekommen sind. Andernfalls würden Verstöße gegen die gesetzliche Versicherungspflicht letztlich belohnt.

Im Sinne eines ausreichenden Schutzes des Geschädigten wären jedoch auch andere Zweckbindungen bzw. Erweiterungen des Fondszweckes denkbar.

Bereitstellung der Geldmittel

Die gesamten Schadenaufwendungen, sowie die Regulierungs- und Verwaltungskosten sollten hauptsächlich von den Krankenversicherungen und anteilig von den Berufshaftpflichtversicherern getragen werden.

Einbeziehung der Krankenversicherungen

In Fortführung des Gedankens aus § 134 a SGB V ist es unserer Ansicht nach angebracht und letztlich unvermeidbar, zur Finanzierung eines solchen Fonds insbesondere die Krankenkassen mit einzubeziehen.

Wie bereits ausgeführt ist es insbesondere die Aufgabe der Krankenversicherungen, auf diese Weise die Leistungen der Geburtshelfer, 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, abzunehmen.

In diesem Zusammenhang wäre sodann näher zu prüfen, inwieweit auch die privaten Krankenkassen in die Finanzierung mit eingebunden werden können. Grundsätzlich können auch bei den privaten Versicherungen Solidarelemente eingeführt werden², insbesondere im Hinblick auf einen sozialen Ausgleich. Darüber hinaus betrifft das Schwinden der Leistung der Geburtshilfe durch Hebammen mangels Versicherung ebenso die Gemeinschaft der Privatversicherten.

² 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.

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.

Einbeziehung der Haftpflichtversicherer

Eine anteilige Mittelbereitstellung durch die Haftpflichtversicherer wäre zumindest dann angemessen, wenn diese gleichzeitig durch den Fonds eine kalkulatorische und/oder darüber hinausgehende Entlastung durch die Einführung von fallbezogenen Haftungshöchstgrenze erfahren würden, letztlich also ebenfalls von einem solchen Fonds profitieren würden (siehe oben). Spiegelbildlich wären sie sodann anteilig mit in den Fonds eingebunden.

Da der Fonds durch die entsprechende Zweckbindung zudem nur ausreichend versicherte Hebammen schützen soll, und diese durch ihre Prämien die Haftpflichtversicherer ebenfalls in gewissem Maße refinanzieren, scheint es auch insofern sachgerecht die Haftpflichtversicherer anteilig mit einzubinden.

In Betracht käme eine Einzahlung der Versicherer entsprechend der regulierten Schadensfälle und unter Bezugnahme auf die Marktanteile.

Alternative Finanzierung: Haftungspauschalen

Die Finanzierung von Seiten der Haftpflichtversicherer könnte auch alternativ geregelt werden. Anstelle von Beitragszahlungen würden die Haftpflichtversicherer dazu verpflichtet werden, in den Fällen, in denen die Haftungshöchstsummen nicht erreicht werden, den überschießenden Betrag bis zur Haftungshöchstsumme in den Fonds einzuzahlen. Die Haftungshöchstgrenzen würden mithin im Sinne einer Pauschale wirken. Zu prüfen wäre jedoch, ob bei einer Finanzierung durch Pauschalen die Haftungshöchstgrenze, mithin die Höhe der Pauschalen, anders zu kalkulieren wäre, um die allgemeinen Schadenssumme weiterhin zu minimieren und nicht durch die Einzahlung in den Fonds noch zu erhöhen.

Steuerfinanzierte Zuschüsse

Wie bereits in vorangegangenen Stellungnahmen erwähnt, wäre ebenso ein staatlich teilweise oder gänzlich finanzierter Fonds denkbar. Nach Einführung der Beteiligung des Bundes am Gesundheitsfonds (§ 221 SGB V) stellen steuerfinanzierte Zuschüsse im Bereich des Gesundheitswesens eine bereits begründbare Möglichkeit dar, die Finanzierung eines Fonds zu stützen und sicherzustellen.

Schadensabwicklung

Im Sinne des Fondscharakters als Haftungsfreistellungsfonds sollte nur den Hebammen ein Anspruch auf Freistellung gegenüber dem Fonds zustehen. Der Anspruch bestünde ab dem Zeitpunkt, zu dem die Hebamme in die private Insolvenz aufgrund der oben dargestellten Schadensfälle gerät und der Haftpflichtversicherer seinen Versicherungsvertrag erfüllt hat.

Die Hebamme könnte sich also zwecks Freistellung an den Fonds wenden, sobald die fallbezogenen Versicherungshöchstsummen erreicht wurden.

Dies hätte den Vorteil, dass sich an den bisherigen Abläufen der Schadensabwicklung bzw. des haftungsrechtlichen Verfahrens nichts grundlegend ändern würde. Der Geschädigte würde sich weiterhin an den Verursacher bzw. Schädiger wenden, hinter dem sodann nach dem Haftpflichtversicherer der Fonds stünde.

In der Praxis käme zudem nach der üblichen Schadensabwicklung durch den bisher eingetretenen Berufshaftpflichtversicherer eine Übergabe durch diesen an den Fonds in Betracht. Einer eigenen gesetzlichen Regelung bedürfte dies nicht zwingend.

Als weitere Alternative könnte ein direkter Anspruch des Geschädigten neben dem Anspruch der Hebamme gegen den Fonds bestehen. Ein solcher müsste entweder ebenfalls an das Erreichen der Versicherungshöchstsumme gekoppelt werden oder es müsste im Rahmen der Haftung das Verhältnis zwischen Hebamme und Fonds mindestens so geregelt werden, dass dem Fonds ein Rückgriffsanspruch gegenüber der Hebamme nur bis zur Höhe der fallbezogenen Versicherungshöchstsummen zusteht, also in Höhe der Versicherungsleistungen.

Da es sich jedoch nicht um einen klassischen Entschädigungsfonds handelt, besteht unserer Ansicht nach nicht die Notwendigkeit für einen solchen Direktanspruch des Geschädigten.

Organisation

In Betracht käme insbesondere die Ausgestaltung des Fonds als gemeinnütziger, eingetragener Verein, mit der Mitgliederversammlung und einem Vorstand als Organen. Darüber hinaus erscheint eine Regulierungskommission sinnvoll, die immer dann zu entscheiden hat, wenn ein bestimmtes Bearbeitungslimit überschritten wird.

Mitglieder des Fonds wären zum einen die Krankenkassen, zum anderen die Haftpflichtversicherer, die im Bereich der Geburtshilfe Berufshaftpflichtversicherungen anbieten.

Im Übrigen bedürfte es bei der Organisation eines solchen Fonds keiner weiteren Besonderheiten gegenüber einer allgemeinen Fondsgestaltung.

Gesetzliche Umsetzung

Die Einrichtung eines Haftungsfreistellungsfonds im Bereich der Geburtshilfe bedürfte einer eigenen gesetzlichen Grundlage. In einer solchen Norm könnte zugleich die Ermächtigungsgrundlage zum Erlass einer Verordnung geschaffen werden, in der alle näheren/ detaillierten Regelungen zu normieren wären.

Formulierungsvorschlag

In Anlehnung an bereits bestehende gesetzliche Grundlagen käme folgende Normierung in Betracht

§ ... Einrichtung eines Haftungsfreistellungsfonds

- (1) Es wird ein Haftungsfreistellungsfonds für Personengroßschäden im Bereich der Geburtshilfe eingerichtet. Der Entschädigungsfonds hat die im Rahmen der Geburtshilfe entstehenden Schäden an Personen sowie sich daraus ergebende Folgeschäden zu ersetzen, sofern die unten näher ausgeführten fallbezogenen Haftungshöchstsummen erreicht wurden.
- (2) Der Fonds ist gebunden an den Zweck, Hebammen (und andere Geburtshelfer) vor dem privaten, finanziellen Ruin trotz angemessenem Versicherungsschutz zu bewahren. Ein Anspruch gegen Fonds besteht nur, sofern die Hebamme zum Schadenszeitpunkt ihrer Versicherungspflicht angemessen nachgekommen war.
- (3) Die Beiträge zu diesem Fonds sind von allen Krankenversicherungen, gesetzlich wie privat, zu tragen. Zudem besteht eine Beitragspflicht für Berufshaftpflichtversicherer, die Versicherungsverträge für Heilberufler anbieten.
- (4) Der Haftungsfreistellungsfonds ist von der Körperschaftsteuer, der Gewerbesteuer und der Vermögensteuer befreit.

§ (Verordnungsermächtigung)

- (1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Justiz, dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie und dem Bundesministerium für Finanzen durch Rechtsverordnung ohne/mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften erlassen über
 1. die Rechtsform des Haftungsfreistellungsfonds,
 2. die Bildung und die weitere Ausgestaltung des Haftungsfreistellungsfonds einschließlich der erforderlichen finanziellen Ausstattung,
 3. die Festlegung von fallbezogenen Haftungshöchstsummen und ihrer regelmäßigen Anpassung, bei deren Überschreitung Ansprüche gegenüber dem Haftungsfreistellungsfonds entstehen können,
 4. die Verwaltung des Haftungsfreistellungsfonds,
 5. die Höhe und die Festlegung der Beiträge und die Art ihrer Aufbringung unter Berücksichtigung der Marktanteile und Fallgruppen sowie gegebenenfalls eine Nachschusspflicht im Falle der Erschöpfung der gemäß Ziffer 2 gebildeten finanziellen Ausstattung,
 6. den Übergang von Ansprüchen gegen sonstige Ersatzpflichtige auf den Haftungsfreistellungsfonds, soweit dieser die Ansprüche befriedigt hat, und deren Geltendmachung,
- (2) -Regelung zur Rechtsaufsicht über den Fonds-

Zu überlegen wäre weiterhin, ob in einer solchen Norm die Weiterübertragung der Ermächtigung vorgesehen sein soll.

Verortung der Ermächtigungsgrundlage

Grundsätzlich sinnvoll erschiene die Einbindung der notwendigen Normen in bereits bestehende Gesetzeswerke. Da es ein hauptsächlich durch die Krankenversicherungen zu finanzierender Fonds wäre, erschiene die Normierung seiner Einrichtung in den Sozialgesetzbüchern als sachgerecht. Insbesondere käme das SGB V als spezifisches Regelwerk für die gesetzliche Krankenversicherung in Betracht.

Hinzu wäre eine Norm im Vertragsversicherungsgesetz, Kapitel 8 "Krankenversicherung" zur Einbindung der privaten Krankenkassen erforderlich.

Darüber hinaus müsste die Pflicht zur Einzahlung der Berufshaftpflichtversicherer geregelt werden. In Betracht käme hierfür zusätzlich eine Norm im Vertragsversicherungsgesetz.

Die fallbezogenen Haftungshöchstsummen könnten entweder in der Rechtsverordnung mit geregelt werden, da Ansprüche gegenüber dem Fonds erst nach Erreichen derselben entstehen, oder in eigener Verordnung festgelegt werden.

e. Zusammenfassung

Das Fondsmodell gekoppelt an fallbezogene Haftungshöchstgrenzen würde das Risiko der Hebammen im Bereich der Geburtshilfe minimieren können. Gleichzeitig bietet das Modell die Möglichkeit, auf die Kalkulierbarkeit der Schadenssummen sowie die Schadenteuerung einzuwirken und damit das Marktgeschehen positiv zu beeinflussen. Ein solches Modell würde damit zu einer umfassenden Lösung der Haftpflichtproblematik beitragen können.

2. Die "kleine" Fondslösung

Sofern dem drohenden Marktversagen anderweitig entgegengetreten werden soll, könnte ein wie oben beschriebener Fonds auch separat zur Lösung des Problems der persönlichen Haftung der Hebammen eingerichtet werden und damit zumindest für einen Teilbereich der Haftpflichtproblematik eine Besserung herbeiführen.

a. Ziel des Fonds

Ein solcher Fonds würde nur dazu dienen, die Schäden aufzufangen, die unerwartet noch Jahre nach dem Schadensereignis über die Schadenshöchstsumme steigen und die Hebammen über die Maße privat belasten. Die Hebammen, die sich seinerzeit entsprechend der Berufsordnungen und gemäß der Risikoeinschätzung der Versicherer angemessen berufshaftpflichtversichert hatten, sollen hierdurch vor dem finanziellen Ruin geschützt werden. Auf diese Weise soll den Hebammen die Sorgen genommen werden, trotz ausreichender Versicherung dennoch unerwartet in die private Insolvenz zu geraten.

b. Bereitstellung der Geldmittel

Die Finanzierung eines solchen Geldbestandes wäre von den Krankenversicherungen zu tragen. Wie bereits ausgeführt kann es nur die Aufgabe der Solidargemeinschaft der Versicher-

ten sein, auf diese Weise die Geburtshelfer, hier speziell die Hebammen, die gerade zugunsten der Versicherten tätig werden, zu schützen und ihnen einen Teil des hohen Risikos, das zwangsläufig zum Berufsbild gehört, zu minimieren. Hinsichtlich der Berechnung der Vorschüsse wird insofern nach oben verwiesen.

c. Fazit

Eine reine Fondslösung mit dem Ziel des Eintritts bei Erreichen der derzeitigen Schadenshöchstsumme von 6 Millionen bietet eine Lösung für die Einzelfälle der späten Privathaftung. Zumindest dem Risiko der privaten Insolvenz der Hebammen trotz ausreichender Haftpflichtversicherung könnte mit einem solchen Fonds also ausreichend entgegengetreten werden. Weitergehende Lösungen kann dieses Modell hingegen nicht begründen.

3. Haftpflichtfonds

Als weiteres Lösungsmodell möchte der DHV einen Berufshaftpflichtfonds vorstellen und damit einen Fonds, der letztlich die Funktion der Berufshaftpflichtversicherer übernehmen würde.

a. Aufgabe des Fonds

Der im Folgenden dargestellte Fonds hätte die Aufgabe, die gesamte Schadensabwicklung im Bereich der Geburtshilfe von Hebammen zu übernehmen und damit letztlich die Aufgaben, die derzeit die Berufshaftpflichtversicherer bis zum Erreichen der Haftungshöchstsummen ausführen.

Hierfür würde die Pflicht der Hebammen in den Berufsordnungen der Länder zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung durch die Pflicht ersetzt werden, Mitglied des Fonds zu werden und in diesen einen Beitrag zu zahlen. Die Hebammen würden somit aus dem Markt der Berufshaftpflichtversicherung herausgenommen werden.

Da ein solcher Fonds letztlich keinen Gewinn erzielen müsste, könnte seine Kalkulation insgesamt anders ausfallen, als bei einem Einkauf der Versicherungsleistung auf dem Versicherungsmarkt. Der Fonds müsste dabei auch die Kalkulation der Beitragshöhe sowie Verwaltungsaufgaben übernehmen, mithin sämtliche Funktionen die derzeit die Berufshaftpflichtversicherer ausüben.

Ein solcher Fonds würde das Ziel verfolgen, den Hebammen die versicherungsrechtlichen Leistungen zu bieten, die notwendig sind, um den Hebammenberuf umfassend und insbesondere in seinem Kernbereich ausreichend abgesichert auszuüben. Im Sinne einer umfassenden Regelung der Berufshaftpflichtproblematiken entfielen für den Fonds eine Haftungshöchstsumme; hierdurch würde der Fonds ebenfalls das private Insolvenzrisiko der Hebammen auffangen (Problembereich 2).

b. Ausgestaltung des Fonds

Hinsichtlich der Ausgestaltung des Fonds soll nur auf Besonderheiten oder Abweichungen zum oben dargestellten Fondsmodell eingegangen werden.

Organisation

Hinsichtlich der Organisation des Fonds bestehen unterschiedliche Möglichkeiten; in Betracht käme grundsätzlich wiederum die oben bereits dargestellte Form des Vereins. Mitglieder eines solchen Vereins wären sodann die Hebammen und die Krankenversicherer.

Letztendlich wäre eine passende Organisation im Rahmen einer nicht nur theoretischen Ausgestaltung, gerade auch im Hinblick auf die Kalkulation von Verwaltungskosten abzuwägen und näher zu prüfen.

Zweckbindung

Auch ein solcher Haftungsfonds sollte nur solchen Hebammen zugutekommen, die entsprechend der - in den Berufsordnungen zu ändernden - Pflicht Mitglied des Vereins wären und ihre Beiträge geleistet haben. Eine dementsprechende Zweckbindung wäre gesetzlich festzulegen.

Finanzierung des Fonds

Zur Finanzierung des Fonds hätten zum einen die Hebammen Beiträge zu leisten, wie sie derzeit ihre Prämien an die Haftpflichtversicherer zahlen.

Zum anderen geht der DHV davon aus, dass auch bei einem solchen Fondsmodell die Krankenversicherungen zur Finanzierung des Fonds beizutragen hätten. Die Berufsgruppe der Hebammen kann das Haftungsrisiko auch bei einem selbstlos organisierten Fondssystem nicht alleine tragen. Die oben genannten Gründe für die Einbeziehung der Krankenversicherungen kommen daher auch hier zum Tragen. Insofern wird nach oben verwiesen.

Schadensabwicklung

Auch bei diesem Modell stünde lediglich der Hebamme ein eigener Anspruch auf Freistellung gegenüber dem Fonds zu. Dieser übernehme praktisch die Position der derzeitigen Haftpflichtversicherer, könnte ebenfalls als juristische Person die Schadensabwicklung übernehmen.

Auf Seiten des Geschädigten würde sich in der Schadensabwicklung nur wenig ändern; jener würde sich weiterhin an die Hebamme wenden. Im weiteren Verlauf träte sodann an die Stelle des Haftpflichtversicherers der Fonds.

Gesetzliche Umsetzung

Hinsichtlich der Einrichtung des Fonds kann im Grundsatz ebenfalls nach oben verwiesen werden. In Abweichung hierzu müsste der Anspruch auf Leistung dementsprechend abge-

wandelt werden, da ein Anspruch nicht an das Erreichen von fallbezogenen Haftungshöchstgrenzen gebunden wäre.

Zusätzlich müssten die Berufsordnungen der Länder dahingehend geändert werden, dass Hebammen ihrer Versicherungspflicht auch dann hinreichend nachkommen, wenn sie anstelle der Berufshaftpflichtversicherung einen festgelegten Beitrag zum Fonds leisten und dessen Organisation als Mitglied angehören.

Die Regelungen für die Haftpflichtversicherer entfielen.

Zusammenfassung

Der zuletzt vorgestellte Haftungsfonds stellt einen Ersatz für die derzeitigen Berufshaftpflichtversicherungen der Hebammen dar. Auch dieses Lösungsmodell könnte die umfassende Lösung der Probleme im Bereich Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen bieten. Es brächte allerdings letztlich eine Umgestaltung des derzeitigen Versicherungssystems mit sich.

Fazit insgesamt

Die Fondsmodelle bieten den Vorteil, dass sie allesamt dazu geeignet wären, sämtliche Facetten der Haftpflichtproblematik auf die eine oder andere Weise zu regulieren. Dies kann selbstverständlich nur mit einer gesetzlichen Regelungen und versicherungsrechtlichen Neuerungen einhergehen, da sich das derzeitige System schlicht nicht bewährt hat.

Insgesamt erscheint das Fondsmodell aber unabhängig von seiner Ausgestaltung im Hinblick auf die aufgezeigten Haftungsrisiken und Versicherungsprobleme im Bereich der Geburtshilfe als sinnvolle Lösungsalternative.

II. Zweckbindung der Regresseinnahmen

Als weitere Alternative möchte der Deutsche Hebammenverband e.V. ergänzend vorschlagen, die Regresseinnahmen der Krankenkassen der Zweckbindung des § 3 SGB V zu unterwerfen. Eine solche könnte sich insbesondere auch mittelbar positiv auf die Haftpflichtsituation der Hebammen auswirken.

Die gesetzliche Krankenkasse erlangt ihre Mittel zur Finanzierung grundsätzlich aus Beiträgen und sogenannten sonstigen Einnahmen (§ 220 Abs. 1 SGB V).

Die Beiträge der Versicherten unterliegen dabei der strengen Zweckbindung des § 3 S.1 SGB V, wonach sie ausschließlich der Finanzierung der Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen dienen. Sonstige Ausgaben sind dabei solche, die mit der Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der GKV (siehe § 1 SGB V) zusammenhängen, wie Verwaltungskosten

u.ä.³ Nicht darunter fallen beispielsweise die Ausgaben im Rahmen des Wettbewerbs der Kassen, wie Werbungskosten.

Daneben stehen den Kassen die sogenannten "sonstigen Einnahmen" zur Verfügung. Hierunter fallen insbesondere auch Einnahmen aus übergegangenen Schadensersatzansprüchen (nach § 116 SGB X), also die Zahlungseingänge aus Ersatz- und Erstattungsansprüchen⁴, mithin Gelder, die die Krankenkassen im Regresswege erstreiten. Diese unterliegen allerdings nicht der Zweckbindung des § 3 S.1 SGB V und können relativ frei von den Kassen eingesetzt werden, für alle die Ausgaben, die nicht aus Beiträgen finanziert werden dürfen.

Zu bedenken ist hierbei jedoch folgendes: Die Krankenkassen leisten zunächst die notwendigen Ausgaben für den Geschädigten aus den Mitteln der Beiträge. Sodann wenden sie sich gegen den Schädiger und erhalten im Wege des Schadensersatzes ihre Ausgaben ersetzt.

Bei den Geldern aus diesem Ersatzanspruch handelt es sich aber sodann nicht mehr um ersetzte bzw. zurückerhaltene Beiträge, sondern um sonstige Einnahmen, die nicht der Zweckbindung des § 3 S.1 SGB V unterfallen. Die zurückerstatteten Ausgaben kommen damit nicht zwangsläufig der Gemeinschaft der Krankenkassen im Sinne von Leistungen zugute. Vielmehr kann die Krankenkasse damit andere Ausgaben finanzieren, wie beispielsweise Ausgaben im Rahmen des Wettbewerbs das Sponsoring einer Fußballmannschaft.

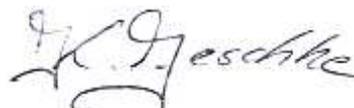
Obwohl also die Kasse ihre Ausgaben, die sie durch die zweckgebundenen Beiträge finanziert hat, vom Schädiger ersetzt bekommt, muss dieser Ersatz nun nicht mehr wie Beiträge eingesetzt werden. Die Ausgaben werden also zwar zunächst aus dem Pool der Beiträge geleistet, der Ersatz dieser Ausgaben fließt aber nicht in diesen zurück.

Wenn die Krankenkassen aber Kosten aus dem Pool der Beiträge bezahlt und diese Ausgaben im Regresswege ersetzt bekommt, sollte sie die Rückzahlungen wiederum in den Pool der Beiträge zurückzahlen oder sollten zumindest diese Rückzahlungen ebenfalls wie Beiträge eingesetzt werden müssen.

Es erscheint daher sachgerecht, die Einnahmen aus Schadensersatzansprüchen derselben Zweckbindung des § 3 S.1 SGB V zu unterwerfen, wie die Beiträge, aus denen die Ausgaben zunächst geleistet wurden.



Martina Klenk
Präsidentin
klenk@hebammenverband.de



Katharina Jeschke
Beirätin für den freiberuflichen Bereich
jeschke@hebammenverband.de

erstellt durch RAin Dr. Ann-Kathrin Hirschmüller, hirschmüller::rechtsanwälte

³ Hauck/Nofzt, SGB V, Rn. 20.

⁴ BSG, Urteil vom 03.03.2009, Az.: B 1 A 1/08 R, Rn. 24.

**Teilnehmer an mindestens einer der vier Sitzungen der IMAG „Versorgung mit Hebammenhilfe“
in alphabetischer Folge**

	Name, Vorname	Organisation
1.	Altmiks, Christoph	GKV-Spitzenverband
2.	Assion, Cornelia	BMG
3.	Becker, Joachim	BMG
4.	Becker, Marco	BMAS
5.	Böcken Dr., Jan	Bertelsmann Stiftung
6.	Bunke, Susanne	BMJ
7.	Diggins-Rösner, Angelika	BMFSFJ
8.	Eldering Dr., Gerd	Berater Hebammen für Deutschland e.V.
9.	Exner, Cordula	DFH
10.	Heinrich Dr., Sven	BMG
11.	Helf, Katrin	DHV
12.	Hellberg, Nils	GDV
13.	Hirschmüller Dr., Ann-Kathrin	DHV
14.	Hoffmann, Katharina	BMG
15.	Jäger-Lindemann Dr., Swantje	BMG
16.	Jansen-Cornette, Heidrun	BMFSFJ
17.	Jeschke, Katharina	DHV
18.	Kastenholz Dr., Hiltrud	BMG
19.	Kerkloh Dr., Werner	BMF
20.	Klever-Deichert Dr., Gabriele	BMG
21.	Kötter, Claudia	GKV-Spitzenverband
22.	Krewer, Myriam	Netzwerk der Geburtshäuser e.V.
23.	Lonsing Dr., Marco	GDV
24.	Loos Dr., Stefan	IGES
25.	Louwen Prof. Dr., Frank	Berater Hebammen für Deutschland e.V.
26.	Maßing, Elke	GKV-Spitzenverband
27.	Meckling-Geis Dr., Sarah	GDV
28.	Misera, Dagny	DHV
29.	Mund Dr., Monika	KBV
30.	Naase, Birgit	BMG
31.	Nothacker Dr., Monika	AWMF
32.	Optendrenk Dr., Sonja	BK

33.	Paul, Mechthild	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
34.	Pinno, Ruth	BfHD
35.	Renner, Thomas	BMG
36.	Riedel, Sebastian	BMFSFJ
37.	Runte, Nitya	Hebammen für Deutschland e.V.
38.	Schäfer, Susanne	BfHD
39.	Schäfers Prof. Dr., Rainhild	DGHWI
40.	Schalper, Ute	Netzwerk der Geburtshäuser e.V.
41.	Schmitt, Gerlinde	BMG
42.	Schneider Dr., Susanne	BMF
43.	Schöfisch, Volker	BMJ
44.	Schölkopf Dr., Martin	BMG
45.	Sichermann, Ruth	Netzwerk der Geburtshäuser e.V.
46.	Stallberg Dr., Christian	Clifford Chance
47.	Steppat, Susanne	DHV
48.	Strobach, Torge	BMG
49.	Suhr, Ralf	BMG
50.	Tautz Dr., Josephine	BMG
51.	Uhlmann, Bernd	Berater BfHD
52.	Vogel, Beatrice	BMG
53.	Wascher-Ociepka, Gerlinde	DFH
54.	Weber, Christian	BMG
55.	Weck, Christian	BMG
56.	Weihrauch Dr., Birgit	Beraterin Hebammen für Deutschland e.V.