

Zusammenfassung des GKV-Spitzenverbandes  
als Ergänzung zum Abschlussbericht der  
interministeriellen Arbeitsgruppe  
„Versorgung mit Hebammenhilfe“

	Seite
1. Einführung	2
2. Berufshaftpflichtversicherung für freiberufliche tätige Hebammen mit Geburtshilfe	3
3. Daten im Hebammenbereich	6
4. Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung	7
5. Qualität der Hebammen- und Geburtshilfe	10
5.1 Qualitätsvergleiche	10
5.2 Leitlinien für Geburtshilfe	11
5.3 Senkung der Kaiserschnitttrate	11
6. Beteiligung der Hebammenverbände im G-BA	16
7. Verbreiterung des Tätigkeitsspektrums der Hebammenleistungen innerhalb des SGB V	17
8. Gesamtfazit	22

# 1. Einführung

Im Rahmen der interministeriellen Arbeitsgruppe (IMAG) „Versorgung mit Hebammenhilfe“ am 10. Januar, 18. März, 4. Juni sowie am 23. September 2013 wurden zusammengefasst folgende Themenblöcke beraten:

- Berufshaftpflichtversicherung für freiberuflich tätige Hebammen
- Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung
- Qualität der Versorgung mit Hebammenhilfe
- Beteiligung der Hebammenverbände im G-BA bei Themen wie Schwangerschaft und Geburtshilfe (z.B. bei Mutterschafts-Richtlinien)
- Verbreiterung des Tätigkeitsspektrum im SGB V
- Öffentlichkeitsarbeit
- Aus-, Fort- und Weiterbildung und deren Qualität

Themen der  
IMAG

Im Hinblick auf die umfangreichen Stellungnahmen zu einzelnen Themenblöcken von Seiten der Hebammenverbände im Rahmen der vier Sitzungen, insbesondere zu dem Papier des Deutschen Hebammenverbandes (DHV), unterstützt durch Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD), Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland und Hebammen für Deutschland „Vorschläge zur gesetzlichen Weiterentwicklung des Sozialgesetzbuches zur Vorlage im interministeriellen Arbeitskreis –Versorgung mit Hebammenhilfe“ vom September 2013, hat der GKV-Spitzenverband seine Positionen in dieser Stellungnahme zusammengefasst. Diese Unterlage dient der weitergehenden Information und kritischen Auseinandersetzung mit den einzelnen hebammenspezifischen Themen zu dem Ergebnisbericht des BMG. Zusätzlich soll an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass es sich bei der Hebammenhilfe um versicherungsfremde Leistungen handelt, die über den Bundeszuschuss gedeckt sein müssen. Damit müssten sich alle Kostensteigerungen im Hebammenbereich direkt auf die Höhe des Bundeszuschusses auswirken. Auch aktuell wurde auf eine Aussage zur Steigerung des Bundeszuschusses im Koalitionsvertrag allerdings verzichtet.

Kritische  
Würdigung

Höhe  
Bundeszuschuss

## 2. Berufshaftpflichtversicherung für freiberuflich tätige Hebammen mit Geburtshilfe

In der BRD versichern zwei Gruppenhaftpflichtversicherungen ca. 99 % der 5.140 freiberuflich geburtshilflich tätigen Hebammen (von ca. 14.000 freiberuflich tätigen Hebammen insgesamt, Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes vom Dezember 2013). Die Mitgliedshebammen des Berufsverbandes freiberuflicher Hebammen Deutschlands können sich bei der Nürnberger Versicherung und die Mitgliedshebammen des Deutschen Hebammenverbandes bei der Bayerischen Versicherungskammer versichern. Ein Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt findet somit seit Jahren nicht statt.

Kein Wettbewerb bei Versicherungen

Seit 2010 stiegen die Versicherungsprämien kontinuierlich an. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber im Rahmen des VStG zum 1. Januar 2012 eine Neuregelung in § 134a SGB V (Abs. 1, Satz 3) geschaffen, wonach insbesondere die Kostensteigerungen, die die Berufsausübung betreffen, beachtet werden müssen.

Demzufolge wurden zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband seit 2010 insgesamt folgende Erhöhungen je Geburt zum Ausgleich der Berufshaftpflichtversicherungskostensteigerung vereinbart:

Erhöhungen seit 2010

- Hausgeburt: Von der derzeitigen Vergütung in Höhe von 707,33 Euro (830,64 Euro inkl. Nacht-/Wochenendzuschlag) entfallen allein 190,75 Euro je Geburt auf die Steigerung der Haftpflichtprämie seit 2010.
- Entbindung im Geburtshaus: Von der derzeitigen Vergütung von 563,25 Euro (668,23 Euro inkl. Nacht-/Wochenendzuschlag) entfallen allein 138,35 Euro je Geburt auf die Steigerung der Haftpflichtprämie seit 2010 (unabhängig davon werden noch 707 Euro je Geburt für die Betriebskosten des Geburtshauses von der GKV finanziert.)

Das jetzige Versicherungssystem und deren Umlage zu Lasten der GKV weist folgende Probleme auf:

Probleme des Versicherungssystems

- Es werden Risiken für außerklinische Geburten, die weder nach dem Hebammengesetz, den Berufsordnungen von Hebammen noch nach den „Ausschlusskriterien“ des Vertrages nach § 134a SGB V überhaupt durchgeführt werden dürfen (Nachweise hierfür

Versicherte Risiken

wurden im Rahmen der letzten Sitzung dem BMG vorgelegt), wie z. B.:

- Beckenendlage,
  - Zwillings-/Mehrlingsgeburten,
  - Abhängigkeit von „harten“ Drogen,
  - Zustand nach Uterusruptur sowie
  - pathologische Kindslagen
- Zudem werden hebammenfremde Leistungen, wie z. B.:
    - Cranio-Sacral-Therapie,
    - Kosmetikbehandlung,
    - Psychotherapie,
    - Reiki usw.ebenfalls versichert.

- Neben der Möglichkeit des mehrfachen Wechsels der Versicherungsform (mit Geburtshilfe bis zu vier mal pro Jahr) besteht nach Auskunft der Versicherung auch die Möglichkeit für die Dauer einer Urlaubsvertretung die Versicherungspolice von der versicherten Hebamme X auf eine bis dato nicht versicherte Hebamme Y zu übertragen (Nachweise hierfür wurden im Rahmen der letzten Sitzung dem BMG vorgelegt).
- Einige Kliniken und auch Geburtshäuser zahlen den Hebammen die Haftpflichtversicherungspolice (Nachweise hierfür wurden im Rahmen der letzten Sitzung dem BMG vorgelegt).

Mehrfacher  
Wechsel der Ver-  
sicherungsform  
möglich

Kliniken zahlen  
Hebammen Ver-  
sicherung

Zudem beträgt die durchschnittliche Versicherungsdauer eines Jahres, für die die Hebamme die Versicherungsprämien zahlt - nach Angaben der Nürnberger Versicherung (versicherte die Hebammen des BfHD) - 10 Monate.

#### Fazit

Der Markt der Berufshaftpflichtversicherungen für Geburtshilfe im Bereich Hebammen beschränkt sich aktuell auf zwei Anbieter und ist intransparent.

Der GKV-Spitzenverband sieht folgende Lösungsmöglichkeiten:

- Verpflichtung der Versicherungsunternehmen zur Offenlegung der Prämienberechnung für GKV-Leistungen und für Nicht-GKV-Leistungen,
- Versicherungsmöglichkeit je Geburt; somit würden die Hausgeburtshebammen mit weniger als sechs Geburten im Jahr erheblich finanziell entlastet werden,

Lösungsvor-  
schläge

- Alternativ: Festlegung von Mindestanzahl der Geburten zur Berechnung der Haftpflichtsteigerungskosten pro Jahr und freiberuflich tätiger Hebamme von z. B.
  - 35 außerklinische Geburten sowie
  - 65 klinische/stationäre Geburten.
- Dem § 12 SGB V folgend, sollte der GKV-Spitzenverband nur dazu verpflichtet sein, ausschließlich die Steigerungsraten eines wirtschaftlichen Haftpflichtversicherers ausgleichen zu müssen.

Ergänzender Hinweis:

Aktuell wird der BfHD mit einem weiteren Anbieter ein alternatives Versicherungsmodell für Hebammen insbesondere mit Geburtshilfe, gestaffelt nach Anzahl der Geburten anbieten. Allerdings ist hierfür eine Mindestanzahl von Hebammen – mit und ohne Geburtshilfe – erforderlich, die sich für das Modell aussprechen würden (vgl. SonderNewsticker des BfHD, vgl. Homepage BfHD). Diese Anzahl ist in der Zwischenzeit erreicht. Stattdessen hat der DHV dem GKV Spitzenverband jährliche Steigerungsraten von rund 20 % ab Juli 2014 angekündigt. Damit soll die Prämie ab Juli 2015 für Hebammen mit Geburtshilfe auf 6.109 € ohne Vorschäden und mit Vorschäden auf 7.636 € steigen.

Neues Versicherungsmodell in Sicht

### 3. Daten im Hebammenbereich

Nach Angaben der Hebammen hätten sich das Leistungsspektrum und die Frequenzen der hebammenhilflichen Leistungen (z.B. Vorsorge, Wochenbett) geändert. Diese würden sich auch vor dem Hintergrund der immer früher aus den Kliniken entlassenen Versicherten weiter verändern. Konkret werden Ausweitungen der Anzahl, Dauer und Strecken bei Wochenbettbetreuungen erwartet. Diese Aussagen können derzeit - aufgrund einer fehlenden gesetzlichen Regelung zur Zusammenführung und Nutzung der Abrechnungsdaten für hebammenhilfliche Leistungen aller Krankenkassen - leider nicht überprüft werden.

Keine Transparenz

Des Weiteren geben die Hebammen an, dass die Freiberuflichkeit keinen ausreichenden Verdienst ermöglicht. Zu beiden Punkten konnte die vom BMG im Auftrag gegebene Studie zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe vom 19. März 2013 nur näherungsweise Ergebnisse dazu liefern. Transparenz ist zudem auch hinsichtlich der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben notwendig, da der Gesetzgeber einen bundesweit geltenden Vertrag für Hebammen und für Geburtshäuser von der Selbstverwaltung fordert.

BMG-Studie

#### Fazit

Eine kassenartenübergreifende Zusammenführung und die Nutzung der Abrechnungsdaten der Hebammen auf Bundesebene sollte gewährleistet werden, insbesondere um das heutige und künftige bundesweite Versorgungsgeschehen in der Hebammenhilfe abbilden zu können und um Unter-/Übersorgung zeitnah erkennen zu können.

Versorgungsgeschehen durch Datenanalyse ermöglichen

## 4. Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung

Die Hebammenverbände sprechen seit vielen Jahren von Versorgungsengpässen insbesondere in der Geburtshilfe, da viele der freiberuflich tätigen Hebammen die Geburtshilfe aufgegeben hätten. Hintergründe hierfür seien u. a. die gestiegenen Berufshaftpflichtversicherungsprämien gewesen.

Dass die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung in der BRD gefährdet sei, spiegeln die Ergebnisse der o. g. Studie nicht wider: Danach wird dort konstatiert,

- dass sich die genaue Anzahl von freiberuflich tätigen Hebammen nicht bestimmen lässt und die Zahl nur zu schätzen wäre (zwischen 13.500 und 15.000),
- die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung in Deutschland auf regionaler Ebene und für die Geburtshilfe insgesamt, also unter Einbeziehung des klinischen Bereichs, überwiegend gewährleistet zu sein scheint.
  - Nur in zwei Regionen (Passau und Rostock/Stralsund) ist eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt unterdurchschnittliche Versorgungslage insgesamt festzustellen.
  - Für drei weitere Regionen (Elmshorn, Bremerhaven, Trier) konnte in Teilbereichen eine unterdurchschnittliche Versorgungslage ermittelt werden (von insgesamt 95 Regionen).
  - Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle auch darauf verwiesen, dass 23 Regionen durch ein überdurchschnittlich hohes Angebot gekennzeichnet waren.

Die Aufgabe von außerklinischen Entbindungen z. B. durch Geburtshaus-Schließungen führt alleine nicht zur Versorgungsgefährdung in der Geburtshilfe, da die Sicherstellung in der Geburtshilfe größtenteils über die Länder erfolgt (über 98 % der Geburten finden in den Kliniken statt) und ein Geburtshaus, welches zu weit von einem Krankenhaus mit Geburtshilfe entfernt liegt, kann kein Vertragspartner werden (fehlende Notfallversorgung bei Verlegungsnotwendigkeit). Allerdings sind – aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten der Kliniken, aufgrund fehlender Ärzte in ländlichen Regionen sowie wegen der gestiegenen Berufshaftpflichtversicherungsprämien für geburtshilfliche Leistungen (Arzt, Hebammen) – sukzessive geburtshilfliche Abteilungen in den Kliniken geschlossen worden. Dies führt dazu, dass in einigen Regionen Deutschlands Versicherte bei der Inanspruchnahme der klinischen Geburtshilfe weitere Strecken in Kauf nehmen müssen. Für die Frauen, die außerklinisch entbinden wollen, wird dieser Weg in bestimmten Regionen nicht mehr möglich sein, da auch Hausgeburten und Geburtshausgeburten künftig hier nicht mehr angeboten wer-

Versorgungssituation

98 % Klinik-  
geburten; 2 %  
außerklinische  
Geburten

Kein Geburtshaus  
ohne erreichbare  
Klinik

den dürfen, da der Weg im Falle einer Notfallverlegung von der außerklini- schen Geburtshilfe in die nächste Klinik zu viel Zeit in Anspruch nehmen würde und somit Mutter und/oder Kind in unzumutbarer Weise einem zu hohen Risiko ausgesetzt wären.

In diesem Zusammenhang ist jedoch auch darauf hinzuweisen, dass es in den letzten zehn Jahren insgesamt betrachtet weniger Geburten in Deutschland gegeben hat und von daher der Sicherstellungsauftrag der Länder hinsichtlich der klinischen Geburtshilfe aus wirtschaftlichen Ge- sichtspunkten in einigen Regionen nur noch schwer umsetzbar ist. So re- duzierte sich beispielsweise im Klinikbereich die Anzahl der Krankenhäu- ser mit geburtshilflichen Abteilungen im Vergleich 2006 zu 2008 um 4,6 %. Die Anzahl der Belegärzte aus den geburtshilflichen Abteilungen ging in diesem Zeitraum insgesamt um 17,2 % zurück.

Länder stellen  
Geburtshilfe si-  
cher

#### Juristische Bewertung des Sicherstellungsauftrages für Geburtshilfe

Nach § 24f SGB V besteht ein Anspruch und damit ein Wahlrecht auf am- bulante oder stationäre Entbindung. Seit Jahrzehnten erfolgt ein Großteil der Geburten stationär im Krankenhaus (ca. 98,5 %), obwohl spätestens mit der Finanzierung der Geburtshausentbindungen durch die GKV im Jahr 2008 eine Verlagerung hin zu außerklinischen Entbindungen hätte statt- finden können.

Juristische Ausei-  
nandersetzung

Die Gewährung von Geburtshilfe im Krankenhaus erfolgt ebenfalls im Rahmen des Sachleistungsprinzips durch die Krankenkassen. Sie stellen den Versicherten diese Leistungen insbesondere durch die zugelassenen Krankenhäuser (§ 108 SGB V) als Sachleistung zur Verfügung. Für die Si- cherstellung ausreichender Kapazitäten für die Geburtshilfe in den Kran- kenhäusern sind nicht die Krankenkassen sondern die Länder im Rahmen des Krankenhausplanungsrechts verantwortlich. Nach § 6 i.V.m. § 1 KHG obliegt es den Bundesländern Krankenhauspläne aufzustellen, um eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung im jeweili- gen Bundesland mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäu- sern zu gewährleisten. Diese Verpflichtung umfasst auch die Leistungen der stationären Geburtshilfe. Die Krankenhauspläne der Länder müssen daher so ausgestaltet sein, dass ausreichende und bedarfsgerechte Ge- burtshilfekapazitäten in den Krankenhäusern vorgehalten werden.

#### Fazit

Die Sicherstellung der stationären Geburtshilfe im Krankenhaus obliegt den Ländern im Rahmen ihrer Verantwortung für die Krankenhauspla- nung. Eine Vorhaltung von Geburtshilfekapazitäten im ambulanten Bereich ist gesetzlich nicht vorgegeben. Kommt es zu weiteren Schließungen von geburtshilflichen Abteilungen in den Kliniken und damit zwangsläufig einhergehenden Schließungen von Geburtshäusern und Kündigungen der

Vertragshebammen mit Geburtshilfe, kann es künftig einen Versorgungsengpass in der Geburtshilfe geben. Es sind dann Maßnahmen zu ergreifen, um die geburtshilfliche Versorgung der Versicherten in Deutschland nicht zu gefährden. So sind insbesondere die Landesregierungen gefordert, ihren Sicherstellungsauftrag für die Geburtshilfe auch künftig im Sinne der Versicherten adäquat umzusetzen.

Lösungs-  
vorschlag

## 5. Qualität der Hebammen- und Geburtshilfe

### 5.1 Qualitätsvergleiche

Es ist derzeit nicht möglich, jährlich einen Qualitätsvergleich klinischer mit außerklinischen Geburten vorzunehmen. Ein Vergleich klinischer Geburten ist über BQS/AQUA gegeben, ein Vergleich der Geburten im außerklinischen Bereich über QUAG (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.). Hierbei fehlt u. a. die Verknüpfung der Daten, wie z. B. bei Fällen von Versicherten, die von außerklinischen Entbindungsorten in die Kliniken verlegt wurden.

Vergleichbarkeit  
aller Geburten  
gefordert

Der Vergleich von Daten der außerklinischen und klinischen Geburtshilfe war bereits im Ursprungs-Ergänzungsvertrag über Betriebskostenpauschalen in Geburtshäusern in 2008 gefordert. Hintergrund hierfür war insbesondere auch die Behauptung der Ärzteschaft, wonach die außerklinischen Entbindungen nicht sicher genug seien. Der Gesetzgeber hatte im Rahmen des zweiten Fallpauschalen-Änderungsgesetzes die Aufnahme von Geburtshäusern in das SGB V geregelt. Allerdings fehlte die Anpassung der weiterführenden Regelungen zur Aufnahme der außerklinischen Entbindungen in die sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (§ 135 SGB V). Demzufolge fehlen bei der Ergebnisqualität hinsichtlich der Geburten in Deutschland die Daten der außerklinischen Entbindung. Deswegen sind die Vertragspartner hier selber tätig geworden und haben exemplarisch einen Vergleich gewagt.

Umsetzung über  
§ 135 SGB V not-  
wendig

Die Ergebnisse, die erstmalig Anfang Dezember 2011 auf dem Deutschen Perinatkongress vorgestellt worden sind, zeigen auf, dass trotz der erfolgten Risikoselektion („Vergleichbarmachen“ der beiden Untersuchungskollektive) die geburtshilflichen Ergebnisse der Geburtshäuser dem Vergleich mit den Kliniken nicht nur standhalten, sondern hinsichtlich einiger Ergebnisparameter sogar überlegen sind (Damm intakt, Mutter und Kind zusammen nach Hause).

Studie über Ver-  
gleich klinischer/  
außerklinischer  
Geburten

Die einmalig erhobenen und ausgewerteten Studienergebnisse sind durchaus positiv. Leider fehlt jedoch die Abfragemöglichkeit der jährlichen Ergebnisse der außerklinischen Entbindungen hinsichtlich der Ergebnisqualität. Die Qualitätssicherung in der Geburtshilfe bedarf jedoch einer sektorenübergreifenden Betrachtung auch hinsichtlich eines Jahresvergleiches. Hierfür sind die gesetzlichen Regelungen (vgl. § 135a SGB V) anzupassen.

## 5.2 Leitlinien für Geburtshilfe

Im Bereich der Geburtshilfe stehen in Deutschland i.d.R. leider keine evidenzbasierten Leitlinien zur Verfügung.

Das vorhandene Stufenklassifikationssystem berücksichtigt eine Einteilung aller Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) in Stufe S1 (Empfehlungen nach informellem Konsens einer repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe) bis S3 (evidenzbasiert). Die bestehenden Leitlinien wurden allesamt von Mediziner/Juristen der entsprechenden Fachgesellschaften erarbeitet. Der Großteil aller Leitlinien zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind Leitlinien nach Stufe 1; Leitlinien nach Stufe 2 oder 3 sind kaum vorhanden sind (vgl. hierzu auch <http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html#result-list>).

Evidenz bei Leitlinien fehlt

Die Beibehaltung der Stufe 1 der Leitlinien in diesem Themenbereich nach Erstfassung über viele Jahre hinweg soll anhand der nachfolgend aufgeführten Leitlinien verdeutlicht werden:

Titel der Leitlinie	Entwicklungsstufe	Erstfassung	Letzte Fassung
Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch	1	2001	07/2008
Empfehlung zum Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung	1	2001	06/2006
Schwangerenbetreuung und Geburtsleitung bei Zustand nach Kaiserschnitt	1	1998	11/2007
Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe	1	1999	05/2008

### Fazit

Die Überarbeitung/Weiterentwicklung hin zu evidenzbasierten Leitlinien und auch die Fokussierung auf die physiologisch „normale“ Geburt unter Hinzuziehung von Hebammenexpertinnen-Wissen sind sinnvoll.

Lösungsvorschlag

## 5.3 Senkung der Kaiserschnitttrate

Im Jahr 1990 wurde in Deutschland jedes sechste Kind per Kaiserschnitt geboren; 2010 war es bereits jedes dritte Kind. Auch im Vergleich zu vielen anderen europäischen Staaten sticht der Anstieg der Kaiserschnitttrate in Deutschland in den letzten 20 Jahren heraus. Sie übersteigt inzwischen mit rund 32 % (2010) die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1985 postulierte Obergrenze um das Doppelte. Derzeit werden weniger

32 % Kaiserschnitttrate

als 2 % aller Kinder außerklinisch geboren, also per Hausgeburt, im Geburtshaus oder z. B. in einer Hebammenpraxis; über 98 % aller Frauen suchen eine Geburtsklinik auf.

### 5.3.1 Höhe der Kaiserschnittrate

Landläufig wird der allgemeine Anstieg der Kaiserschnittrate in den letzten Jahren/Jahrzehnten mit dem zunehmenden Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt in Verbindung gebracht; dieses Durchschnittsalter hat sich allerdings vergleichsweise moderat erhöht. Es betrug bei der Erst-Entbindung in Deutschland im Jahr 2000 noch 29 Jahre, im Jahr 2009 schon 30,2 Jahre. Das Durchschnittsalter der Frauen - über alle Entbindungen gerechnet - lag im Jahr im Durchschnitt bundesweit bei 30,4 Jahre. Bekannt ist, dass die Anzahl der Kaiserschnittgeburten stark nach Bundesländern variiert. Die niedrigste Rate verzeichnete dabei in 2009 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes Sachsen mit 22,6 %; die höchste das Saarland mit 38,4 %. Ein hierfür in den Medien häufig gebrachtes Argument, dass die saarländischen Frauen im Durchschnitt bei der Entbindung älter sind, trifft nicht zu. Das Durchschnittsalter der saarländischen Frauen bei den Geburten betrug im Jahr 2009 unter 30 Jahre und lag somit unter dem Bundesdurchschnitt. Diese Aussage wird ebenfalls durch die kürzlich erschienene Studie zum Kaiserschnitt (Bertelsmann Stiftung vom Nov. 2012) untermauert.

Verschiedene  
Blickwinkel zur  
Höhe der Kaiser-  
schnitttrate

Zudem variiert die Kaiserschnittrate zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten sehr stark zwischen 17 % und 51 % (vgl. o.g. Studie). Demzufolge liegen die Kreise mit einer sehr hohen Kaiserschnittrate überwiegend in Bayern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz. Die Kreise mit den niedrigsten Kaiserschnittraten befinden sich fast ausschließlich in den neuen Bundesländern.

### 5.3.2 Gründe für die hohe Kaiserschnittrate

Das o. g. gestiegene Alter von Frauen bei der Entbindung kann nur ein möglicher Begründungsansatz von vielen sein. Nachfolgend sind die von den medizinisch-wissenschaftlichen Experten zitierten Gründe, aber auch die vielfältigen gesellschaftlichen, epidemiologischen und psychosozialen Gründe für diese Entwicklung unkommentiert und ungewichtet aufgeführt.

Viele Gründe  
für Kaiserschnitt

- Höheres Geburtsgewicht von Säuglingen
- Wachsender Anteil an Zwillingsgeburten
- Persönliche Einstellung der Mutter/Eltern zur Geburt
- Niedrigschwelliger Zugang zu High-Tech-Geburten
- Zunahme der Einleitung der Geburten und Frühgeburten
- Präferenz von Kaiserschnitten bei kleineren Kliniken wegen einge-

schränkter Dienst-bereitschaft nachts u. am Wochenende (bessere Planbarkeit als bei vaginalen Geburten)

- Umfassendere Kontrollen in der Schwangerschaft
- Steigendes Wissen um spezielle Geburtsrisiken
- Haftungsrisiko der Ärzte, Krankenhäuser und Hebammen/ Geburtshäuser
- Mehr Erkrankungen wie z.B. Schwangerschafts-Diabetes
- Erstkaiserschnitt führt bei Nachfolgegeburt eher wieder zu einem Kaiserschnitt
- Risiken bei den Kaiserschnitt-Operationen sind weiter gesunken
- Negatives erstes Geburtserlebnis
- Höhere Nachfrage von Schwangeren nach Kaiserschnittentbindungen wegen Bagatellisierung des operativen Eingriffs durch die Medien
- Wunschgeburtstermin (z.B. 11.11.11)
- Angst der Schwangeren vor
  - o Schmerzen
  - o Kontinenzprobleme nach vaginaler Entbindung
- Höhere Vergütung in den Kliniken für Kaiserschnitte als für vaginale Entbindungen
- Mögliche fehlende Kenntnisse bei Ärzten insbesondere bei physiologischen Geburts-verläufen und Hebammen, die unnötige Kaiserschnitte verhindern können.

Der o. g. Bertelsmann-Studie zufolge zeigt sich, dass die Altersstruktur der Mütter, soziodemographische Faktoren oder der Versichertenstatus der Frau ebenso wie eine unterschiedliche Verteilung von Frühgeburten oder mütterlichen Erkrankungen zumindest hinsichtlich der regionalen Unterschiede gerade keinen relevanten Einfluss auf die Höhe der Kaiserschnitttrate haben. So sei z. B. die Kaiserschnitttrate gerade bei den Müttern unter 25 Jahren stark angestiegen. Veränderte Risiken wie sehr schwere Kinder oder Mehrlingsgeburten erklären weder den Gesamtanstieg noch die regionalen Unterschiede.

Vielmehr seien die sog. relativen Indikationen (z. B. eine Beckenendlage, eine vorangegangene Kaiserschnittgeburt) für 90 % aller Kaiserschnittgeburten ursächlich. Diese relativen Indikationen - im Gegensatz zu den absoluten Indikationen für Kaiserschnittentbindungen, wie z. B. Fehllage der Plazenta oder deren Ablösung - würden nicht zwingend zur Entscheidung für einen Kaiserschnitt führen. Sie erfordern vielmehr bei der Wahl des Geburtsweges eine sorgfältige Bewertung der Risiken für Mutter und Kind. Bei einer relativen Indikation bestünde also Entscheidungsspielraum, ob eine natürliche Geburt erfolgt oder ein Kaiserschnitt durchgeführt wird. Diese Risikobewertung variere und verursache die oben genannten regional unterschiedlichen Kaiserschnitttraten.

Neuste Studien-  
ergebnisse

Kaiserschnitte sind langfristig mit einer erhöhten mütterlichen Mortalität bei weiteren Schwangerschaften verbunden (vgl. ZGN, S. 10). Zudem ist belegt, dass Säuglinge nach Kaiserschnitten vermehrt von längerfristigen Atemwegserkrankungen betroffen sind.

### 5.3.3 Vorschläge zur Reduzierung der Kaiserschnitttrate

Nachfolgend sollen Vorschläge zur möglichen Reduzierung der Kaiserschnitttrate aufgezeigt werden: Relevant sind allein schon das Vorgehen und die Durchführung des sog. Aufklärungsgesprächs mit der Schwangeren über die möglichen Risiken und gesundheitlichen Konsequenzen, Schmerzbehandlungen usw. bei einer vaginalen Entbindung und im Vergleich dazu bei einem Kaiserschnitt. Dieses Aufklärungsgespräch ist zwar bereits verbindlich von den Ärzten zu führen. Aber besonderen Einfluss auf ein „Umdenken“ mit Präferenz für die vaginale Entbindung, insbesondere wenn eher „weiche“, also relative Indikationen oder sogar der „Wunsch“ zu einem primären Kaiserschnitt besteht (vgl. oben, nach der Studie der Bertelsmann Stiftung machen die relativen Indikationen rd. 90 % aus), hat jedoch die Klinik. Sie sollte den nicht zu unterschätzenden Zuspruch des Personals zu Gunsten einer natürlichen Geburt forcieren bzw. unterstützen. Transparente, verständliche Informationen sind dafür zwingend notwendig. Frauen-, Ärzte- und Hebammenverbände sollten sich hier mit Unterstützung der Krankenkassen gemeinsam engagieren.

Intensives Aufklärungsgespräch

...

... pro natürlicher Geburt

Das „Umdenken“ der Frauen wird zudem sicherlich auch durch den Blick auf den Umgang der Ärzte und Hebammen untereinander beeinflusst. Verfestigt sich bei der Schwangeren der Eindruck, dass in der Klinik eine respektvolle Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen - mit dem Ziel einer „minimal-invasiven“ Geburtsbetreuung bei physiologisch normalen Schwangerschafts- und Geburtsverläufen, aber eben auch bei weichen, relativen Indikationen, die ansonsten die Option zu einem Kaiserschnitt beinhalten würde - gepflegt wird, wird das Sicherheitsgefühl und das Vertrauen zu sich selbst, sein Kind auf „normalen“ Wege zur Welt zu bringen, sicherlich gestärkt werden können. Wenn dann noch eine intensive Hebammen-Betreuung unter der Geburt gewährleistet wäre, könnte eine Reduzierung der Kaiserschnitttrate eingeleitet werden.

Geburtshelfer arbeiten „Hand in Hand“

Ein weiterer Vorschlag ist die Verbesserung des Trainings der Ärzte aber auch der Hebammen in der Geburtshilfe insbesondere der vaginalen Entbindungen auch bei Frauen, die eine relative Indikation zum Kaiserschnitt mitbringen. Diese Maßnahmen könnten die Indikationen zu vaginalen Ent-

bindungen ggf. erleichtern oder gar Kaiserschnitte verhindern. Damit wird Angst/Unsicherheit des Personals verringert, die sich sonst ggf. auf die Entbindende übertragen hätten.

Werden den Frauen zusätzlich - z. B. in größeren Krankenhäusern - vermehrt hebammengeleitete Kreißsäle angeboten (mehr als 15 sind bereits bundesweit eingerichtet), die im Notfall auch eine schnellstmögliche ärztliche Behandlung garantieren, wäre ebenfalls ein Schritt in die richtige Richtung getan.

Mehr hebammengeleitete Kreißsäle

Unumgänglich scheint aber auch die Notwendigkeit der Überarbeitung/Weiterentwicklung der Leitlinien der Fachgesellschaften sowie die Fokussierung auf die physiologisch „normale“ Geburt unter Hinzuziehung von Hebammenexpertinnen-Wissen zu sein. Der Großteil aller Leitlinien zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind Leitlinien nach Stufe 1; Leitlinien nach Stufe 2 oder 3 sind kaum vorhanden sind. Demzufolge fehlen evidenzbasierte Leitlinien in der Geburtshilfe. Diese Lücke ist dringend zu schließen, wenn die überhöhte Kaiserschnitttrate nach medizinischen Kriterien zurückgeführt werden soll. Mögliche ökonomische Anreize einiger Kliniken, die in Zielvereinbarungen mit den geburtshilflich tätigen Ärzten ihren Ausdruck finden könnten, dürften nicht ohne evidenzbasierte medizinische Anforderungen wirksam bleiben.

Überarbeitung der Leitlinien

Vor den genannten Hintergründen wäre als ein weiterer Verbesserungsvorschlag zu prüfen, ob der Regelungsbereich der Mutterschafts-Richtlinie nach § 92 SGB V in Bezug auf das Tätigkeitsspektrum der Hebammen anzupassen wäre (vgl. hierzu nächster Punkt).

## 6. Beteiligung der Hebammenverbände im G-BA

Die über den Gemeinsamen Bundesausschuss bereits erarbeitete Mutterschafts-Richtlinie richtet sich an Ärzte und ist von den Hebammen in bestimmten Bereichen nur entsprechend anzuwenden. Außerdem klammert sie Geburt und Wochenbett/Mutterschaft aus. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass Hebammen über das Hebammengesetz legitimiert sind, regelgerechte Geburten eigenverantwortlich durchzuführen. Selbst wenn der Arzt die Geburt leitet, muss dieser eine Hebamme hinzuziehen, die ihn auf mögliche Probleme hinzuweisen hat (vgl. DGGG-Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe vom Mai 2008). Tatsächlich verhält es sich aber in den wohl meisten geburtshilflichen Kliniken so, dass der leitende Arzt der geburtshilflichen Abteilung die durchzuführenden Prozesse einer Geburt inklusive der Einbindung und zum Teil auch der Verantwortlichkeiten der Hebammen definiert.

### Fazit

Vor den genannten Hintergründen ist die Mutterschafts-Richtlinie nach § 92 SGB V grundlegend zu überarbeiten. In der Richtlinie sind Bedingungen zur Hebammen- 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 regelrechten Schwangerschaftsverläufen könnte so in Teilen wieder vermehrt in die Hände der Hebammen gegeben werden.

Die grundlegende Überarbeitung der Mutterschafts-Richtlinie ist zudem auch vor dem Hintergrund wichtig, dass das Bundeskinderschutzgesetz familienhebammenhilfliche Leistungen nicht von den Betreuungsleistungen der Hebammen nach SGB V trennt. Dies kann nicht im Interesse der GKV sein, da Familienhebammen überwiegend für sonder-/sozialpädagogische, psychosoziale Problemfälle, erziehungstechnische Maßnahmen usw. zuständig sind und diese Tätigkeiten in den Leistungsbereich des SGB VIII fallen. Eine fehlende Leistungsabgrenzung der Hebammenhilfe nach SGB V zur Familienhebammenhilfe nach SGB VIII könnte allein bei einer Verdoppelung der Inanspruchnahme im Wochenbett von ca. acht auf 16 Kontakten jährliche Mehrausgaben für die GKV in Höhe von 120 Mio. Euro verursachen.

Überarbeitung  
der Mutter-  
schafts-  
Richtlinien nötig  
...

... auch zur Ab-  
grenzung SGB V  
zu SGB VIII-  
Leistungen

## 7. Verbreiterung des Tätigkeitsspektrums der Hebammenleistungen innerhalb des SGB V

Die Hebammenverbände fordern seit Jahren eine Ausweitung ihres Tätigkeitsspektrums. Aufgrund der jetzigen curricularen Strukturen in der Hebammenausbildung reichen aber für bestimmte Forderungen der Hebammenverbände die Qualifikationen von Hebammen nicht aus, um eine Verbreiterung des Tätigkeitsspektrums im Rahmen SGB V bzw. im Rahmen der Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. Gefordert werden von den Hebammenverbänden z. B. konkret:

1. Ultraschalluntersuchungen
2. Ausstattung eines Eigenlabors
3. Durchführung des Neugeborenen-Hörscreening
4. Anwendung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln
5. Anwendung von Anti-D
6. Beratung über Fragen der Empfängnisregelung
7. Psychosoziale Leistungen

Hebammenforderungen

### 1. Ultraschalluntersuchungen

Für approbierte Ärzte legt die Ultraschallvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V die Voraussetzungen zur Leistungserbringung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auf Basis des für den Arzt maßgeblichen Weiterbildungsrechts fest. Hebammen erfüllen diese Voraussetzungen nicht. Voraussetzung für die Durchführung der unter Abschnitt I der Mutterschaftsrichtlinien angeführten Ultraschalluntersuchungen durch Ärzte ist die Erfüllung der unten stehenden Anforderungen gemäß Anwendungsbereich 9.1 der Anlage I der Ultraschallvereinbarung. Zudem sind für die unter Abschnitt II angeführten Ultraschalluntersuchungen die Anforderungen nach Anwendungsbereich 9.2 der Anlage II der Ultraschallvereinbarung zu erfüllen.

Qualifizierter Ultraschall nur durch Ärzte

Anlage II

Anwendungsbereiche	Grundkurs		Aufbaukurs		Abschlusskurs	
	Unterrichtsstunden	an mindestens aufeinander folgenden <sup>1</sup> Tagen	Unterrichtsstunden	an mindestens aufeinander folgenden <sup>1</sup> Tagen	Unterrichtsstunden	an mindestens aufeinander folgenden <sup>1</sup> Tagen
6 Brustdrüse AB 6.1	16	2	16	2	12	2
8 Uro-Genitalorgane AB 8.1 / 8.2 AB 8.3	24	3	24	3	16	2
9 Schwangerschaftsdiagnostik AB 9.1 AB 9.2	24	3	24	3	16	2
10 Bewegungsapparat AB 10.1 AB 10.2	24	3	24	3	16	2
11 Venen AB 11.1	s. Gefäßdiagnostik		18	3	12	2
12 Haut und Subcutis AB 12.1 / 12.2	16	2	16	2	8	1

Mehrere Studien zeigen, dass Erfahrung und Können des untersuchenden Arztes sowie die Gerätequalität einen maßgeblichen Einfluss auf die Diagnosestellung haben: Je geringer die Erfahrung der Ärzte ist, umso geringer fällt die Trefferquote für die Erkennung von Fehlbildungen und kindlichen Wachstumsstörungen aus (Quelle: MDS, <http://www.tk.de/tk/vor-der-geburt/vorsorgeuntersuchung/ultraschall/216270>).

Des Weiteren verwundert diese seit zwei Jahren immer wieder genannte Forderung gerade von Seiten der Hebammen, sind es doch die Berufsverbände der Hebammen, die in den Medien/im Internet immer wieder darauf hinweisen, dass die Durchführung eines Ultraschalls durch Ärzte auch negative Folgen haben könnte und die Hebammenkunst gerade dadurch gekennzeichnet wäre, diese Medizintechnik nicht nutzen zu müssen.

## 2. Eigenlabor

Zu der Forderung nach einem Eigenlabor bei Hebammen ist festzustellen, dass den Hebammen hier Grund-Voraussetzungen fehlen. Zur Betreibung eines Eigenlabors ist eine Approbation sowie Zulassung bzw. Ermächtigung erforderlich (vgl. hierzu auch § 7 Abs. 2 i. V. m. § 25 BMV-Ä). Liegt diese vor, sind hierbei zudem insbesondere die Qualitätsanforderungen hinsichtlich Gerätewartung, Haltbarkeit, Aufbewahrung sowie ggf. Fortbildung und insbesondere eine erfolgreiche Ringversuchsteilnahme zu erfüllen.

Hohe Anforderungen an Eigenlabor

## 3. Neugeborenen-Hörscreening

Hebammen gehören nach den „Richtlinien zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ vom G-BA nicht zu den Personen, die das Neugeborenen-Hörscreening durchführen dürfen (vgl. § 6 Abs. 2 der Richtlinie). Eine berufsrechtliche Legitimierung ist ebenfalls nicht gegeben.

Arzt führt Neugeborenen-Hörscreening durch

### § 6

(1) „Die Verantwortung für die Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings liegt bei Geburt im Krankenhaus bei dem Arzt, der für die geburtsmedizinische Einrichtung verantwortlich ist.“

(2) Bei Geburt außerhalb des Krankenhauses liegt die Verantwortung für die Veranlassung der Untersuchung bei der Hebamme oder dem Arzt, die oder der die Geburt verantwortlich geleitet hat. Das Neugeborenen-Hörscreening kann bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde oder Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen durchgeführt werden, soweit sie berufsrechtlich hierzu berechtigt sind.

#### 4. Arzneimittel

Nach § 48 Abs. 3 Arzneimittelgesetz (AMG) können für Hebammen Ausnahmen bei der Verschreibungspflicht gemacht werden. Dies ist bislang auch schon für einige Arzneimittel geschehen; die Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (AMVV) regelt in Anlage 1 die Verschreibungspflicht und auch die Ausnahmen für Hebammen.

Abgabe von Arzneimitteln durch Hebammen

(3) Die Rechtsverordnung nach Absatz 2, auch in Verbindung mit den Absätzen 4 und 5, kann auf bestimmte Dosierungen, Potenzierungen, Darreichungsformen, Fertigarzneimittel oder Anwendungsbereiche beschränkt werden. Ebenso kann eine Ausnahme von der Verschreibungspflicht für die Abgabe an Hebammen und Entbindungspfleger vorgesehen werden, soweit dies für eine ordnungsgemäße Berufsausübung erforderlich ist.

Ausnahmen für Hebammen sind für die Abgabe folgender Stoffe und Zubereitungen in bestimmten Dosierungsmengen gegeben:

- Fenoterol,
- Lidocain,
- Methylergometrin und
- Oxytocin

Die Umsetzung hat sich nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes in der Praxis bewährt. Eine Ausweitung um ggf. weitere Schmerz-, Krampfmittel (z.B. Buscopan) unter der Geburt, die von den Hebammenverbänden gefordert werden, wäre jedoch diskutabel. Hierzu wollten die Hebammenverbände bereits vor fast zwei Jahren eine AMG-Änderung beantragen.

#### 5. Anwendung von Anti-D

Das Transfusionsgesetz regelt in den §§ 13 und 14, dass nur Ärzte oder Personen unter ihrer Verantwortung z.B. Anti-D spritzen dürfen. Dies schließt Hebammen, wenn sie nicht unter der Verantwortung eines Arztes stehen, aus. (Erläuterung: Bei einem der ersten Arztbesuche in der Schwangerschaft wird das Blut der werdenden Mutter untersucht und ein Antikörpersuchtest durchgeführt. Ist die Mutter Rhesusnegativ (Rhesusunverträglichkeit) und das Kind Rhesuspositiv - durch die Blutgruppe des Vaters - so ist eine Anti-D-Prophylaxe notwendig.)

Anti-D-Spritze durch Arzt

§ 13 Anforderungen an die Durchführung

(1) Blutprodukte sind nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik anzuwenden. Es müssen die Anforderungen an die Identitätssicherung, die vorbereitenden Untersuchungen, einschließlich der vorgesehenen Testung auf Infektionsmarker und die Rückstellproben, die Technik der An-

wendung sowie die Aufklärung und Einwilligung beachtet werden. Ärztliche Personen, die im Zusammenhang mit der Anwendung von Blutprodukten Laboruntersuchungen durchführen oder anfordern, müssen für diese Tätigkeiten besonders sachkundig sein.

Die Anti-D-Gabe von Hebammen ist nicht möglich, da Nebenwirkungen wie allergische Reaktionen einschließlich Blutdruckabfall, Atemnot, Hautreaktionen, Schüttelfrost, Fieber, Kopfschmerzen, Unwohlsein, Übelkeit und Erbrechen, Gelenkschmerzen, leichte Rückenschmerzen bis hin zu anaphylaktischen Schocks auftreten können, deren Behandlung/Bekämpfung die Hilfe eines Arztes bedürfen.

#### 6. Empfängnisverhütung

Gemäß § 24a haben Versicherte Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Hebammen sind in dieser Regelung nicht vorgesehen. Das hat den Hintergrund, dass fachärztliches/medizinisches Wissen notwendig ist. Dies betrifft sowohl die entsprechenden Wirkstoffzusammensetzungen u. -dosierungen der Empfängnisverhütungsmittel als auch die individuellen Indikations-/Kontraindikationsstellungen. Die Qualifikationen der Hebammen reichen hierfür nicht aus.

Empfängnisver-  
hütung durch  
Arzt

#### 7. Psychosoziale Leistungen

Der Gesetzgeber hat über das Bundeskinderschutzgesetz den Hebammen ermöglicht, als Familienhebamme (Hebamme mit Weiterbildungszertifikat) tätig zu werden und über das SGB VIII Leistungen zu erbringen. SGB VIII-Leistungen der Familienhebammen sind sekundär- und/oder tertiärpräventive Leistungen. Für die Sekundär- und Tertiärprävention sieht sich die GKV nicht in der Leistungspflicht. Die Leistungen der Familienhebammen gehen über den nach § 134a SGB V vertraglich festgelegten Rahmen (medizinische, pflegerische, primärpräventive Beratungs-Leistungen) hinaus. Denn familienhebammenhilfliche Leistungen (Vermeidung einer chronischen sozialen Störung bei dem Kind bzw. Kindesvernachlässigung durch psychosoziale/sozialpädagogische und lebenspraktische Tätigkeiten, familienbezogene Beratungs- und Vermittlungshilfe, psychosoziale, lebenspraktische und sozialpädagogische Hilfe) von Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf bis zum Ende des ersten Lebensjahres sind keine originären Aufgaben von Hebammen nach dem SGB V. Diese Aufgaben sind genuine Aufgaben eines interdisziplinären Teams (sozialpädagogische Fachkräfte und Familienhebammen) der öffentlichen Hand im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) und sind nach dem Kinderschutzgesetz erheblich ausgeweitet worden.

Leistungen der  
Familienhebam-  
me nach SGB VIII

Der DHV hat im November 2011 eine „Stellungnahme zur Abgrenzung

der Tätigkeitsfelder der Hebamme, Familienhebamme und der Sozialpädagogischen Familienhilfe“ vorgelegt, in der diese die Tätigkeit der Familienhebamme in erster Linie im Bereich der sozialen Sekundärprävention verortet ist.

Vor den genannten Hintergründen lehnt der GKV-Spitzenverband eine Verbreiterung des Tätigkeitsspektrums von Hebammen nach SGB V um weitere psychosoziale Leistungen ab. Der GKV-Spitzenverband weist in diesem Zusammenhang zusätzlich darauf hin, dass es bei fehlender Abgrenzung der jeweiligen Leistungsinhalte und Inanspruchnahmefristen zu Überschneidungen der Leistungsinhalte und somit zu Intransparenz bei den Vergütungsabrechnungen kommen wird. Beispiele hierfür könnten die Leistungen „Ernährungsberatung“, „Kariesprophylaxe des Säuglings“ oder „Wegegelder bei Hebammenleistungen“ sein, die sowohl im Rahmen des SGB V als auch für familienhebammenhilfliche Leistungen nach SGB VIII anfallen könnten. Der GKV-Spitzenverband sieht die Notwendigkeit eines Austausches der beiden Verantwortungsbereiche über die inhaltliche Abgrenzung.

Doppelabrechnung durch Leistungsabgrenzung verhindern

## 8. Gesamtfazit

Die Versorgungssituation von Schwangeren und Gebärenden in Deutschland ist nach wie vor grundsätzlich gut. Dies ergibt sich sowohl quantitativ aus der Studie des BMG als auch subjektiv gesehen aus der Befragung der Versicherten der BARMER GEK im Rahmen der Studie der Bertelsmann Stiftung (s.o.). Letztere zeigt auf, dass die Zufriedenheit der Versicherten mit der Betreuung in der Schwangerschaft, bei der Geburt (sowohl vaginal als auch per Kaiserschnitt) und im Wochenbett durch Gynäkologen und Hebammen in etwa gleich groß ist. Auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) gaben die Versicherten bei allen Items zwischen 8 und 9 an. Das zeigt eine hohe Zufriedenheit der Versicherten mit Ärzten und Hebammen.

Versorgungssituation insgesamt positiv

Allerdings könnte die im Vergleich mit anderen Staaten hohe Kaiserschnitttrate gesenkt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, wäre ein Umdenken der Krankenhäuser - insbesondere bei den Geburten, bei denen nicht zwingend ein Kaiserschnitt geboten ist - von grundsätzlicher Bedeutung.

Senkung der Kaiserschnitttrate möglich

Zudem wären nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes zur Verbesserung der qualitativen Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen folgende Punkte mit den jeweiligen Beteiligten zu beraten:

- Erarbeitung von Leitlinien zu physiologisch „normalen“ Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettbetreuungen unter Beteiligung der Hebammenverbände,
- Mitwirkungsrecht der Hebammenverbände bei den spezifischen G-BA Richtlinien (Mutterschafts- und Kinderrichtlinie),
- Abgrenzung der SGB V-Leistungen zu SGB VIII-Leistungen (Hebammen- zu Familienhebammenleistungen),
- standardisierter kontinuierlicher Vergleich der Outcome-Daten außerklinischer Geburten zu klinischen Geburten sowie
- Lösung der Haftpflichtproblematik.

Hierfür muss insbesondere Transparenz des Versorgungsgeschehens gegeben sein. Dies umfasst eine bundesweite jährliche Erfassung von Hebammen, deren Leistungsspektren usw. und über die kassenartenübergreifende Zusammenführung der Abrechnungsdaten von Hebammenleistungen von den Krankenkassen zur Feststellung von Verschiebungen von Leistungsfrequenzen im Zeitablauf.

Mehr Transparenz durch Daten