

Stellungnahme des Deutschen Hebammenverband e. V.

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsförderung und der Prävention
(Präventionsgesetz – PräVG)

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

Stellungnahme

Deutscher Hebammenverband e.V.

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 18.900 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrerinnen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftlerinnen, Familienhebammen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschülerinnen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.

Allgemeine Aspekte

Der DHV begrüßt prinzipiell Gesetzesvorhaben, die gezielt die Gesundheit der Bevölkerung verbessern wollen, vor allem, wenn die einzelne Bürgerin dadurch nicht mit zusätzlichen Kosten belastet werden soll. Genauso positiv sieht der Verband das Ziel, „die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu stärken“. Außerdem ist anerkennend zu erwähnen, dass ausdrücklich die Gesundheit bei sozial Benachteiligten, vulnerablen Familien und bei Kindern verbessert und dass erstmals deutlich formuliert den geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung getragen werden soll: „die Leistungen sollen insbesondere zur Vermeidung sozial bedingter, sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“.

Die Ausweitung der Erbringung von Hebammenleistungen von acht auf zwölf Wochen (oder auch der vom Bundesrat genannte Zeitraum von 6 Monaten) begrüßen wir grundsätzlich. Damit wird dem großen Bedarf, der im Zuge der „Frühen Hilfen“ bei jungen Müttern identifiziert wurde, Rechnung getragen. Die Ausgestaltung bedarf allerdings einiger Änderungen in der Gesetzesvorlage (s.u.), vor allem die Aufhebung der Leistungsbegrenzung.

Hebammen in §20 SGB V aufnehmen

Grundsätzlich sieht der DHV die Profession der Hebammen weiterhin im §20 SGB V als fehlend an. Diese können sowohl im Settingansatz als auch im individuellen Ansatz -über ihre vertraglich festgeschriebenen Leistungen¹ hinaus- präventiv tätig werden.

Der Hinweis der GKV darauf, dass die präventive Versorgung durch Hebammen in §134 SGB V geregelt ist, drückt deren Rolle nur unzureichend aus. Letztlich sind dort die Leistungen beschrieben, auf die Versicherte Anspruch haben. Aber es fehlt die Position, die Hebammen zu Beginn der Präventionskette bereits haben oder einnehmen könnten.

Die Frage, ob eine Förderung des Gesundheitsverhaltens tatsächlich zu den originären Aufgaben von Hebammen gehört, beantwortet sich über die Landeshebbammengesetze². Hebammenhilfe inkludiert medizinische, psychosoziale, edukative und präventive Leistungsinhalte. Ihr Aufgabenspektrum ist die reproduktive Phase der Frau, bzw. die junge Familie. Die Hebamme ist dazu qualifiziert, alle vier Aspekte der Leistungserbringung ausüben zu können. Seit Jahren stellen die Krankenkassen ihren Versicherten vorwiegend die medizinischen Aspekte der Hebammenarbeit zur Verfügung. Dies liegt u. a. daran, dass im Krankenkassensystem eine inhaltliche Trennung zwischen Heilung und Prävention vorgenommen wird, die die Hebammenarbeit als solche nicht kennt.

Um den Versicherten das komplette Kompetenzspektrum der Hebamme zur Verfügung zu stellen ist es wichtig, dass dieses langjährige politische Versäumnis nachgeholt wird und auch Hebammen, als Fachfrauen der Lebensphase „Eltern werden“ als mögliche Leistungserbringer im Bereich der Prävention gesetzlich verankert werden.

Der DHV fordert daher eine Erweiterung der unter §20 (3) aufgeführten Gesundheitsziele um einen Punkt 8: „Gesundheit rund um die Geburt (den physiologischen Verlauf von Schwangerschaft und Geburt sowie das Stillen als frühestmögliche, nachhaltige niedrigschwellige Gesundheitsförderung und Prävention fördern)“.

Mit der bisherigen Beschränkung auf bereits gesetzte Gesundheitsziele von gesundheitsziele.de vergibt das Gesetz die Gelegenheit/Chance auch im Folgenden vereinbarte Ziele mit

¹ HebGebO

² So bestimmt §1 Aufgaben des Niedersächsischen Gesetzes über die Ausübung des Hebammenberufs (NHebG) vom 19.02.2004: „Hebammen, die in Niedersachsen ihren Beruf ausüben, haben die Berufsaufgabe, Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und stillenden Müttern Rat zu geben und ihnen sowie ihren Neugeborenen Hilfe zu leisten. Sie haben die Gesundheit der Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen, stillenden Mütter und Neugeborenen, auch in psychosozialer Hinsicht, zu fördern, zu schützen und zu erhalten“ (NHebG 2004).

zu berücksichtigen. Die Förderung dieses zusätzlichen Ziels kann dann durch Hebammen qualifiziert geleistet werden.

Dem Gesetzgeber und dem Gesundheitssystem gehen durch das Fehlen des Leistungsspektrums der Hebammen in §20 PrävG Akteurinnen des Gesundheitswesens verloren, die jede schwangere Frau, alle Eltern und jeden Säugling niedrigschwellig von Anfang an und bereits etabliert mit präventiver Gesundheitsschulung/-anregungen erreichen und versorgen können.

In folgenden Themenfeldern sieht der DHV Nachbesserungsbedarf:

§20 SGB V

Dass ausschließlich die im Verbund „gesundheitsziele.de“ festgelegten Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention benannt werden, sieht der DHV insofern als problematisch, als dort weit über 100 Interessenvertreter um konsentierbare Gesundheitsziele ringen. Wir sehen in diesem Gremium keine Möglichkeit einer zeitnahen -von Begehrlichkeiten freien- und zielführenden Diskussion um gemeinsame Gesundheitsziele.

Das Ziel "Gesund aufwachsen" wurde bisher zu eng gefasst; das neue Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ muss dringend mitbeachtet werden. Dieses Ziel hat für die Gesundheitsförderung und die Primärprävention eine herausragende Bedeutung, die der Spitzenverband Krankenkassen in seine Maßnahmen einbeziehen sollte.

§20a SGB V

Der DHV befürwortet die Ausweitung der exzellenten Arbeit der BZgA. Mit der Beauftragung -durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen- insbesondere mit der Entwicklung krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation sehen wir die Kompetenz der BZgA gut eingesetzt. Schwierigkeiten sehen wir allerdings darin, Leistungen bundesweit und in einheitlicher Strategie zu implementieren -unabhängig von Stadtteil, Umgebung, Zusammensetzung der ethnischen Gruppen, lokaler Besonderheiten- quasi „am grünen Tisch“.

Der DHV befürwortet insbesondere den Aufbau lokaler Netzwerke bzw. die Nutzung deren Expertise und aller an der gesundheitlichen Versorgung/Prävention Beteiligten. Als geeignete Kooperationspartner sehen wir hier: Sozialarbeiterinnen, Erzieherinnen, Kinderärztinnen, Kinder- und Jugendzahnärzte, Hausärzte, Hebammen und die sogenannten Familienhebammen.

§ 20e und §20 SGB V

Bei der Einrichtung eines Präventionsforums spricht sich der DHV für eine Erweiterung der Beteiligten aus. Zielführender sehen wir die Besetzung dieses Forums mit allen relevanten Akteurinnen (Berufs- und Fachverbände der Leistungserbringer, auch nicht-approbierte), die an der Prävention beteiligt sind. Es fehlt die Wahrnehmung anderer Gesundheitsberufe als

Partner in diesem Setting. Um eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln, bedarf es der Expertise auch der Gesundheitsberufe.

§24d SGB V

Die WHO forderte im gesundheitspolitischen Rahmenkonzept der europäischen Region „Gesundheit für Alle“ eine verstärkte Umsetzung familienorientierter Ansätze durch Hebammen (und Pflegenden)³, die aufgrund des schwierigen Zugangs, mangelnder Akzeptanz durch die Familien sowie unzureichender zeitlicher Ressourcen noch nicht ausreichend umgesetzt werden⁴. Im 13. Kinder- und Jugendbericht von 2009 wird explizit darauf hingewiesen, dass Hebammen diese Versorgungslücke in der familienorientierten Gesundheitsförderung schließen können⁵, da sie Frauen und deren Familien in einer sensiblen Phase erreichen, in der neue Rollen übernommen und neue Verhaltensweisen gelernt werden müssen, so dass ein hohes Veränderungspotenzial vorliegt⁶.

Deshalb sehen wir in der Ausweitung der Hebammenhilfe auf zwölf Wochen bzw. in der vom Bundesrat vorgeschlagenen Erweiterung auf sechs Monate den richtigen Weg, diese Ziele zu erreichen. Wir fordern daher die Politik auf, die Ausweitung des Zeitraums der Hebammenbesuche im Gesetzesentwurf beizubehalten, die Restriktion des Leistungsumfangs allerdings zu streichen und diese Ausgestaltung wie bisher der Selbstverwaltung zu überlassen.

Dafür gibt es folgende Gründe:

1. Eingriff in die Selbstverwaltung

Die erstmals gesetzliche Festschreibung des bisher -zwischen den Partnern der Selbstverwaltung- vereinbarten Leistungsumfang sehen wir als einen Eingriff in die Grundsätze der Selbstverwaltung. Denn bislang oblag es den Vertragspartnern, die detaillierte Ausgestaltung der Leistungen und der Budgets zu verhandeln. Dies ist folgerichtig, entspricht es doch dem Prinzip der Selbstverwaltung. Die Vereinbarung von Mengenbudgets ist innerhalb der Verhandlungen immer ein schwieriges Thema, befürchten die Krankenkassen doch eine Kostensteigerung. Aus unserer Sicht fehlt den Krankenkassen hier der Blick auf den Bedarf der Versicherten.

Die Festschreibung der Leistungsmenge schließt damit im Weiteren eine Neubewertung möglicher gesteigener Bedarfe (wie in der Vergangenheit geschehen) von Wöchnerinnen und deren Kindern grundsätzlich aus. Das wäre dann nur noch durch zeitaufwändige Veränderungen im §24d und damit verbundenen erheblichen Verzögerungen möglich.

³ WHO 1999: 169

⁴ Hurrelmann et al. 2007: 77; Ebert & Fahy 2007: online; Wright & Leahey 1999: 259

⁵ Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] 2009: 14

⁶ Splieth & Ziller 2013: 529; Hagemann-White 2010: 15; Deutscher Hebammenverband 2009: online

Zudem enthalten die Ausführungen des Gesetzesentwurfs einen gravierenden Fehler: es sind zur Zeit nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt acht zusätzliche Beratungen der Mutter bei Stillproblemen (bis zum Ende der Stillzeit- Zeitraum nicht konkretisiert, weil individuell) oder bei Ernährungsproblemen (bis zum Endes des neunten Lebensmonats) berechnungsfähig (Hebammen-Vergütungsvereinbarung 2013: online) und zwar bislang ohne ärztliche Anordnung. Diese bereits lange konsentierten Leistungen stünden nach in Kraft treten des Gesetzes zur Disposition.

2. *Das frühe Wochenbett bedarf einer intensive Betreuung*

Untersuchungen⁷ zeigen, dass Frauen nach einer Geburt sowohl im Früh- als auch im Spätwochenbett in einem erheblichen Ausmaß gesundheitlich belastet sind. Das heißt, dass die Unterstützung von Hebammen auch gerade im Spätwochenbett niedrigschwellig (d.h. verordnungsfrei) möglich sein muss. Mütter geben eine besondere Belastung durch das Weinen des Kindes, Verschlechterung der Partnerschaftsqualität, Stress, Depressionen, die Belastung durch die Rollenrestriktion sowie die fehlende soziale Unterstützung bei den heute üblichen Familienmodellen an.

Eine mögliche Reaktion auf die –dann- gesetzliche Restriktion der Hebammen-Besuche wäre eventuell, diese im Frühwochenbett einzusparen, damit „man“ später noch etwas in petto hat. Dem besonderen späteren Bedarf der Frauen kann aber nicht durch eine Verringerung der Besuche im frühen Wochenbett angemessen begegnet werden. In vielen Fällen zeigt sich der verlängerte Betreuungsbedarf erst im Laufe der Wochenbettbetreuung selbst. Die (gesetzliche) Verlängerung der Betreuungszeit soll ja explizit für jene Frauen geschaffen werden, die aufgrund von schwierigen Bedingungen einen individuell höheren Bedarf an Hebammenbesuchen haben. Diese Frauen benötigen in der frühen Wochenbettzeit das volle Betreuungs-kontingent und zusätzlich eine zeitliche Verlängerung der Hebammenbesuche. Genau diese Frauen erfahren mit einer Mengeneinschränkung im frühen Wochenbett -um eine verlängerte Betreuungsmöglichkeit insgesamt zu gewinnen- gerade keine Unterstützung.

Im Gesetzesentwurf fehlen die Lebensphasen Elternschaft und Kleinkindalter

Der BZgA wird in dem neuen Gesetz eine herausragende Rolle zugeschrieben. Der Kooperationsverbund "Gesundheitliche Chancengleichheit", der 2003 unter der Schirmherrschaft der BZgA initiiert und weiterhin maßgeblich getragen wird, stellt die Präventionskette „von Null bis Hundert“ ausdrücklich dar. Sie beginnt bereits vor der Geburt, zieht sich über die Schwangerschaft über alle Stationen des Lebens bis ins Alter. Daran sollte sich auch dieser Gesetzesentwurf orientieren.

⁷ „Gesundheitsverhalten von Müttern nach der Geburt- Eine quantitative Studie zur Gesundheitsförderung durch Hebammen“ Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades rer. medic.; Melita Grieshop; Osnabrück 2013; online

Im vorliegenden Entwurf werden explizit nur die Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen erwähnt. Keine besondere Beachtung finden die Lebensabschnitte des Eltern-Werdens, der frühen Elternschaft sowie das Kleinkindalter (unter 6-jährige). Diese Lebenswelten müssen ebenfalls kassenübergreifend in Projekten der primären Prävention berücksichtigt werden.

Eltern werden und Elternschaft als eigenen Lebensabschnitt aufgreifen

Werdende Mütter zeigen eine gesteigerte Bereitschaft, sich in der Schwangerschaft gesundheitsförderlich zu verhalten. Werdende Eltern sind besonders zugänglich für gesundheitsstärkende/verbessernde Lebensweisen, wie eine Studie zum Thema Rauchen⁸ eindrucksvoll zeigt. Diese Erkenntnisse lassen sich auch auf andere gesundheitsfördernde Lebensweisen übertragen. Bei der Primärprävention geht es immer um den Zugang zu niedrigschwelligen Angeboten, dafür sehen wir hier auch andere Gesundheitsberufe -beispielsweise Hebammen- als geeignete Anbieterinnen an.

Prävention darf nicht erst im Alter von 6 Jahren beginnen

Die Prävention bei Kindern findet im vorliegenden Entwurf erst mit Erreichen des sechsten Lebensjahres Erwähnung. In Zukunft muss die Verbesserung der Kindergesundheit bereits "vor der Geburt" durch Befähigung der Eltern, sich adäquat mit diesem neuen Lebensabschnitt/Menschen auseinanderzusetzen, sich zu informieren, gesundheitsfördernde Angebote an- und wahrzunehmen, beginnen. Eltern brauchen Informationen und Schulungen zu Themen wie Vorsorgen, gesunde Ernährung, Förderung der Zahngesundheit, gesundes Aufwachsen und Unterstützung in der Bindungsförderung. Gerade im Letzteren sehen wir einen essentiellen Handlungsansatz zur Gewaltprävention, die in engem Zusammenhang mit Gesundheitsprävention steht. Es wäre aus unserer Position leicht -aber zu kurz gegriffen- diese Themen allein der Betreuung durch eine Hebamme zuzuordnen.

Schlussfolgerung

Die Ausweitung des Zeitraumes für Hebammenleistungen auf 12 Wochen (oder auch noch längere Zeit) ist grundsätzlich positiv, allerdings bedarf es einer Streichung der Begrenzung des Leistungsumfangs. Die Definition des Leistungsumfangs gehört in die Hände der Selbstverwaltung; gleichzeitig muss darauf geachtet werden, dass das frühe Wochenbett mit seinen besonderen Betreuungsanforderungen nicht durch eine Leistungsverchiebung in eine spätere Zeit an Effizienz verliert.

Um die Ansätze von Prävention zu etablieren und zu verankern, spricht sich der DHV für die Etablierung lokaler Netzwerke unter Einbeziehung aller beteiligter Professionen, sei es Sozial-

⁸ Forschungsverbund "Frühintervention bei gesundheitsriskantem Verhalten" (BRISC Studie); Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald, 2007

arbeiterinnen, Erzieherinnen, Kinderärztinnen, Kinder- und Jugendzahnärzten, Hebammen und Hebammen in den Frühen Hilfen aus.

Punktuelle Verantwortungszuweisungen und zentral geplante Aktionen greifen zu kurz. Es werden tragfähige und zielgruppengerecht entwickelte Konzepte, genaue Kenntnisse der lokalen Besonderheiten, wie eine exakte Analyse der ethnischen Zusammensetzung eines Quartiers benötigt. In Netzwerken an Orten wie Stadtteilzentren oder Kinder- und Familienzentren können alle niedrighschwelligigen Angebote Platz finden und von den Zielgruppen in Anspruch genommen werden.

Einerseits beklagen wir die niedrige Geburtenrate, hohe Kariesraten bei Kleinstkindern, punktuelle Fälle schwerer Verwahrlosung, Sinken der Impfraten und die Nicht-Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten. Andererseits fehlen die wirkungsvollen Strategien, die zuerst die Eltern als gute Vorbilder und dann deren Kinder in der Folge erreichen.

Der Grundstein zur Gesundheit wird nicht erst mit dem Eintritt in die Schule gelegt. Auch kann Prävention nicht im Alter erstmals thematisiert werden. Aber mit der Berücksichtigung aller Lebensphasen eines Menschen und der Ansprache durch zielgruppengerechte Konzepte kann mit Unterstützung durch das PrävG wirkungsvolle Prävention gelingen.

Wie der 13. Jugendbericht bereits 2009 darauf hingewiesen hat: Hebammen können und wollen dazu einen wesentlichen Beitrag leisten.

19. Februar 2015



Martina Klenk
Präsidentin



Susanne Steppat
Beirätin im Präsidium