



Deutscher Hebammenverband e.V.

**Stellungnahme
des Deutschen Hebammenverband e. V.**

**zur öffentlichen Anhörung des Ausschuss für
Gesundheit des Deutschen Bundestages
am
21. Mai 2012**

**zum Änderungsantrag 4ff der Fraktionen der
CDU/CSU und FDP**

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung
der Pflegeversicherung
(Pflege- Neuausrichtung-Gesetz – PNG)**

- BT-Drs. 17/9369 -

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

Der Deutsche Hebammenverband

Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit derzeit 17.544¹ 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 Hebammschülerinnen und Studierende vertreten.

Der Deutsche Hebammenverband setzt sich seit Jahren für die Überführung der Hebammenhilfe aus der Reichsversicherungsordnung ins Sozialgesetzbuch ein und ist erfreut, dass dies nun in naher Zukunft geschehen soll. Deshalb begrüßt der DHV ausdrücklich die geplante Gesetzesänderung.

Positive Aspekte der Gesetzesvorlage:

Insbesondere werden vom DHV folgende Aspekte der Anträge als positiv betrachtet:

- Die Nennung der möglichen Geburtsorte in **§ 24f Entbindung**. Die Kodifizierung aller möglichen Geburtsorte und damit die Verdeutlichung der grundsätzlich vorhandenen Entscheidungsmöglichkeit der Frau für den Geburtsort ist ein wesentlicher Bestandteil gelungener Gesetzgebung. Dies unterstützt die Frauen in ihrer Entscheidungsmöglichkeit und in ihrem Selbstbestimmungsrecht.
- In §11 die Aufnahme der Möglichkeit für gesetzliche Krankenkassen ihren Versicherten **zusätzliche Satzungsleistungen** aus dem Bereich der Hebammenhilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft anbieten zu können. Dieser Vorteil war in der Vergangenheit den Leistungen bei Krankheit und zur Verhütung von Krankheiten vorbehalten. Verträge zwischen den Hebammenverbänden und einzelnen Krankenkassen waren nur unzureichend möglich. Diese nun geplante Regelung stärkt insbesondere den Wettbewerb im geburtshilflichen Bereich und lässt auch jene Bevölkerungsschichten in den Genuss der Zusatzleistungen kommen, die üblicher Weise, aufgrund ihrer geringen Morbidität, weniger in ärztlicher Behandlung sind und damit weniger von den Zusatzleistungen profitieren können.
- In § 63 wird die Möglichkeit von **Modellvorhaben zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft** neu geschaffen. Dies stellt Schwangerschaft und Mutterschaft in diesem Kontext der Früherkennung und Behandlung von Erkrankungen gleich und schafft auch an dieser Stelle die Möglichkeit neue Modelle zu entwickeln und zu erproben, den Wettbewerb zu stärken, sowie den Frauen ein besseres Versorgungsangebot zu eröffnen.

Im Zusammenhang mit zahlreichen Folgeänderungen wird eine Eingliederung ins Sozialgesetzbuch erreicht. Einige Benachteiligungen werden beseitigt, die bestanden weil Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft als physiologischer Prozess, sich in der Systematik des SGB bei Krankheitsbehandlung und –verhütung nicht wieder fanden.

¹ Stand: 30. Oktober 2011

Änderungsbedarf:

In einigen Bereichen der vorliegenden Anträge sollten jedoch Änderungen vorgenommen werden, da Formulierungen unklar sind, bzw. die Auswirkungen des aktuellen Wortlautes in der Praxis zu Nachteilen für die Frauen führen würden.

Diese sind nachfolgend aufgeführt:

1. Bei § 24d wurde im Wesentlichen der Wortlaut aus der RVO übernommen. Ergänzt wurde der Satz: „Sofern nach der Entbindung kein Anspruch auf Hebammenhilfe nach Satz 1 besteht, hat das versicherte Kind Anspruch auf die Leistungen der Hebammenhilfe, die sich auf dieses beziehen.“ Gemäß Begründung soll damit erreicht werden, dass auch dann eine Versorgung des Neugeborenen mit Hebammenhilfe erfolgen kann, wenn der Säugling und die Mutter „in Fällen der Adoption oder bei Tod sowie krankheitsbedingter Abwesenheit der Mutter“ nicht zusammen sind. Das wird allerdings mit der vorgeschlagenen Formulierung nicht erreicht, da dies nur im Todesfall gelten würde; eventuell kommt es mit der neuen Version in den anderen Fällen sogar zu einer Verschlechterung der Versorgung für die Frau.

Zur Verdeutlichung: Bei Adoption hat die leibliche Mutter Anspruch auf Hebammenhilfe. Sie benötigt diese mindestens ebenso dringend, wie eine Mutter, die das Kind behält. Der Anteil der psychosozialen Betreuung ist bei diesen Frauen sicherlich anders, jedoch nicht weniger wichtig für die weitere Gesundheit. Allerdings ist sie dringend erforderlich, da mütterlicher Zustand und Verfassung oft schlechter sind, als bei Müttern, die ihre Kinder behalten. Neben der Unterstützung von Rückbildungsvorgängen und Wundversorgung bedarf es z.B. oft psychischen Beistands sowie Maßnahmen zur Verhinderung der Laktation. Daher müsste **in der Begründung die „Pflegschaft“ ergänzt werden**, um einer engen Auslegung vorzubeugen. Denn: kurz nach der Geburt liegt noch keine rechtsgültige „Adoption“ vor, sondern es geht dieser generell eine Pflegschaft voran.

Bei krankheitsbedingter Abwesenheit der Mutter besteht für die Mutter ebenfalls Anrecht und Bedarf an Hebammenhilfe. Befindet sie sich z.B. in psychiatrischer Behandlung (z.B. Wochenbettdepression), so sind neben dieser auch die mit Geburt und Mutterschaft zusammenhängenden Problemstellungen zu betreuen (z.B. Hilfe beim Abpumpen, Milchtransport zum Säugling, bindungsfördernde Maßnahmen, Wundversorgung). In diesen Fällen ist sowohl bei der (leiblichen) Mutter als auch für die Person, die den Säugling betreut Hebammenhilfe notwendig. Diese kann sowohl von derselben Hebamme als auch von einer anderen Hebamme geleistet werden.

Das Ziel der bedarfsgerechten Hebammenhilfe für Mutter und Kind könnte erreicht werden, wenn der Anspruch auf Hebammenhilfe entweder auf Personen ausgeweitet wird, die einen Säugling außerklinisch betreuen oder wenn der Säugling bei Trennung von der Mutter neben der Mutter Anspruch auf Hebammenhilfe hat. Klarer und dem heutigen gesellschaftlichen Anspruch gerechter werdend, wäre eine Formulierung, die sowohl der Frau, wie auch dem Kind den gesetzlichen Anspruch auf Hebammenhilfe zu sprechen würde.

Diese würde eine wirkliche Verbesserung in der Versorgungsstruktur durch Hebammenhilfe schaffen und den bestehenden haftungsrechtlichen Aspekten genügen. Denn den Bedarf der professionellen Hebammenbetreuung hat sowohl die Mutter, wie auch das Kind. Die explizite Einschränkung auf das adoptierte, bzw. verwaiste Neugeborene wird dem Bedarf nicht gerecht.

2. Zu 24g und 24h: Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe sind ggf. in der Schwangerschaft und **NACH der Geburt notwendig (nicht „wegen“)**.
3. Die reine Übernahme des Wortlautes der RVO ins SGB in Bezug auf die Schwangerenvorsorge reicht nicht aus. Auch die Hebamme ist gemäß Berufsordnungen der Länder, Hebammengesetz und EU- Richtlinie 2005/36/EG zur Schwangerenvorsorge „ab Feststellung der Schwangerschaft berechtigt“. Eine Klarstellung an dieser Stelle würde lediglich die folgerichtige Formulierung in Bezug auf die Berufsverordnungen der Länder und die EU-Richtlinie bedeuten und könnte verdeutlichen, dass die Schwangere selbst entscheidet, ob sie ärztliche oder hebammenhilfliche Schwangerenvorsorge in Anspruch nimmt.
4. Qualitätsanforderungen werden von Seiten des DHV grundsätzlich als zweckmäßig erachtet und von uns aktiv seit Jahren unterstützt, entwickelt und gelebt. Dass Hebammenarbeit in Deutschland grundsätzlich qualitativ hochwertig erbracht wird, wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen (bspw. Pilotstudie des GKV-SV).
Wir sehen jedoch in Folge einer gesetzlichen Festlegung der Qualitätsanforderungen ohne gleichzeitige Übernahme der Definition der Hebammenhilfe aus der oben genannten EU-Richtlinie, große Schwierigkeiten in der Ausgestaltung der weiteren Vertragsabschlüsse und in der Übernahme der zwangsläufig entstehenden Kosten für das Qualitätsmanagement durch die Krankenkassen. Da freiberuflich arbeitende Hebammen nachweislich eine durchschnittliche Stundenvergütung unter dem politisch diskutierten Mindestlohnsatz haben, gilt es zu bedenken, dass Verhandlungsverzögerungen wie auch weitere Kostensteigerungen dramatische Auswirkungen auf Hebammen und damit auf die Versorgungslage der Frauen hätten.

Regelungsbedarf ggf. in weiteren Schritten:

Die derzeitigen Anträge werden vom DHV als erster notwendiger Schritt begrüßt. Uns ist bewusst, dass eine umfängliche gesetzliche Regelung sehr viel Zeit benötigt. Deshalb begrüßen wir die jetzige Überführung und möchten dennoch nicht versäumen auf die später noch zu bearbeitenden Punkte hin zu weisen:

- 1) Definition von Leistungen bei Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft der Hebammenhilfe (entsprechend der EU-Richtlinie) unter Berücksichtigung gesundheitsfördernder und psychosozialer Leistungen.
- 2) Anspruch der Frauen auf Leistungen bei Schwangerschaft, Geburt und

Mutterschaft im Bereich des physiologischen Verlaufs, Förderung von Gesundheit, Bindung von Mutter und Kind, eigenverantwortlicher Elternschaft (Elternkompetenz).

- 3) Aufnahme von Hebammenleistungen in 24b (Schwangerschaftsabbruch) bei einem Schwangerschaftsabbruch nach der 12. SSW wegen Vorliegens einer medizinischen Indikation, sowie der darauf folgenden Nachbetreuung. In diesen Fällen kann ein Schwangerschaftsabbruch bis zur völligen Ausreifung des Kindes vorgenommen werden. Er stellt dem Wesen nach eine ärztlicherseits künstlich eingeleitete Geburt/Fehlgeburt dar.
- 4) Leistungsergänzung: Anspruch der Frauen bei und nach einer Fehlgeburt.
- 5) Direkte Beteiligung der Hebammenverbände bei der Erstellung der Mutterschaftsrichtlinien durch den g-BA. Zusätzlich Beteiligung von Frauengesundheitsorganisationen statt Patientenvertretern.
- 6) § 121 Bereitschaftsdienst der Beleghebammen ergänzen.
- 7) § 24a Familienplanung durch Hebammen (Verweis auf EU RL), die sowohl Empfängnisverhütung als auch Beratung bei Kinderwunsch umfasst.
- 8) § 20 Prävention und Selbsthilfe: Ergänzung mit Verweis auf Leistungen bei Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft, auch Anspruch des Vaters auf Leistungen (z.B. Geburtsvorbereitung, bei Modellprojekten und Satzungsleistungen).

Zu einigen dieser Punkte liegen bereits Vorschläge des DHV und von Frauengesundheitsorganisationen vor. Eine ausführliche Begründung zu diesen Aspekten kann bei Bedarf gerne nachgereicht werden.

Karlsruhe, den 15.05.2012



Martina Klenk
Präsidentin
Dt. Hebammenverband e.V.



Katharina Jeschke
Beirätin für den freiberuflichen Bereich
Dt. Hebammenverband e.V.
jeschke@hebammenverband.de