

Geburtshilfe in Deutschland: Zum Wohl von Mutter und Kind

MARTIN ARNOLD

Martin Arnold ist Referent in der Abteilung Versorgungsmanagement – Geschäftsführungseinheit Versorgung – im AOK-Bundesverband in Berlin

In Deutschland ist der Anspruch der Frau auf eine ambulante oder stationäre Entbindung gesetzlich verankert. Im Vordergrund bei der Betreuung durch die beteiligten Berufsgruppen muss die Gesundheit von Mutter und Kind stehen. In diesem Zusammenhang werden seit einigen Jahren verschiedene Diskussionen in Politik und Öffentlichkeit geführt. Hierzu zählen die qualitativen Anforderungen an die Geburtshilfe vor allem im außerklinischen Umfeld, die Haftpflichtproblematik verbunden mit einer Haftungsbegrenzung gegenüber freiberuflichen Hebammen und die hohe Kaiserschnittrate. Der Beitrag trägt Diskussionsansätze zu dieser Thematik zusammen.

Einführung

Im Fünften Sozialgesetzbuch ist geregelt, dass Frauen während ihrer Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe haben (§ 24d SGB V). Zudem besteht der Anspruch auf eine ambulante oder stationäre Entbindung (§ 24f SGB V). Das primäre Ziel der Betreuung der Frauen sowie des ungeborenen Kindes bzw. Neugeborenen durch die beteiligten Berufsgruppen muss dabei sein, die Gesundheit von Mutter und Kind zu bewahren sowie das Risiko von Schäden so gering wie möglich zu halten. Dies beginnt bereits in der Vorsorge, findet sich besonders in der Geburtshilfe wieder und setzt sich während der Betreuung im Wochenbett, der Rückbildung bzw. der Stillzeit fort. Für die Entbindung stellt sich auch immer die Frage nach dem „optimalen“ Geburtsort. Werdende Mütter antworten auf die häufig gestellte Frage, ob sie sich einen Jungen oder ein Mädchen wünschen, regelmäßig, dass die Gesundheit des Kindes für sie die Hauptsache sei. Eine Garantie dafür gibt es jedoch leider nicht, nicht einmal dann, wenn die Schwan-

gerschaft unauffällig verläuft und auch anderweitige Gründe kein besonderes Risiko erkennen lassen.

Im Jahr 2014 sind knapp 715.000 Kinder in Deutschland zur Welt gekommen (Destatis 2015). Seit 2011 steigt die Zahl der Neugeborenen wieder. Neben dem erfreulichen Anstieg der Geburtszahlen gibt es in den letzten Jahren jedoch verschiedene Themen in der Geburtshilfe, die kontrovers in der Politik und Öffentlichkeit diskutiert werden. Unter anderem werden neben den qualitativen Anforderungen an die Geburtshilfe vor allem im außerklinischen Umfeld, die Haftpflichtproblematik verbunden mit einer Haftungsbegrenzung gegenüber freiberuflichen Hebammen bzw. Entbindungslegern¹ sowie die hohen Rate der Kaiserschnitte, diskutiert.

Anzahl und Verteilung der Geburten

Von den 714.927 lebend geborenen Kindern im Jahr 2014, kamen 704.666 im Krankenhaus zur Welt. Dabei erfolgten 31,8 % dieser stationären Entbindungen

¹ Im Folgenden wird für die bessere Lesbarkeit nur die weibliche Form verwendet.

mit Hilfe eines Kaiserschnittes (Destatis 2014). 10.261 Kinder wurden außerklinisch lebend geboren – dies vor allem in Geburtshäusern oder im Rahmen einer Hausgeburt. Dies entspricht demnach einem Anteil von 1,4 % aller Geburten in Deutschland. Im Vergleich dazu wurden im Jahr 2004 705.622 Kinder geboren, die Kaiserschnittrate lag bei 26,8 % und der Anteil außerklinischer Geburten betrug 1,7 %.

Qualitative Anforderungen an die Versorgung in der Schwangerschaft sowie bei und nach der Entbindung

Um der Gesunderhaltung von Mutter und Kind in den Phasen der Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge Rechnung tragen zu können, muss die medizinische und hebammenhilfliche Versorgung auf die jeweils individuellen Bedürfnisse – die sich ad hoc ändern können – abgestimmt sein. Doch welche qualitativen Anforderungen bestehen bei der Betreuung in dieser Zeit und vor allem rund um die Geburt?

Die Ausgestaltung der qualitativen Anforderungen obliegt dabei den Vorgaben des Gesetzgebers, den Vereinbarungen in Form von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Leitlinien sowie den Vereinbarungen der jeweiligen Vertragspartner.

Für die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung gelten die „Mutterschafts-Richtlinien“ des G-BA. Die ärztliche Betreuung soll mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind erkennen und abwenden. Hierunter fallen solche Maßnahmen, die der Überwachung des Gesundheitszustandes der Schwangeren bzw. der Wöchnerin dienen (G-BA 2016). Zudem sind hier auch Leistungen der freiberuflichen Hebammen in der Vorsorge genannt. In der klinischen Geburtshilfe finden bei den Ärzten u. a. verschiedene Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) im Rahmen der Geburtshilfe Anwendung, wie z. B. die S1-Leitlinien „Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung“ oder auch „Vaginal-operative Entbindungen“. Des Weiteren gelten für die stationären Geburten in Krankenhäusern mit der Geburtsbetreuung durch Ärzte und Hebammen insbesondere die Vorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des G-BA.

Die qualitativen Anforderungen der freiberuflichen Hebammenhilfe richten sich nach den Verträgen aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des § 134a SGB V. Die vertragliche Ausgestaltung obliegt den Vertragspartnern Spaltenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen, dem Deutschen Hebammenverband (DHV), dem Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) sowie zusätzlich in Bezug auf die Geburtshäuser auch dem Netzwerk der Geburtshäuser. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom Juni 2014 wurde den Vertragspartnern aufgegeben, nun auch Vereinbarungen zur Qualität der Hebammenhilfe sowie der Verpflichtung der Hebammen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu treffen. Dazu gehören Vereinbarungen zu Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der freiberuflichen Hebammenhilfe.

Diskutiert werden aktuell die qualitativen Anforderungen an die Geburtshilfe und dabei besonders die Einführung von Ausschlusskriterien bei der Betreuung von Hausgeburten durch freiberufliche Hebammen. Dazu lohnt es sich, auf die Anforderungen an die Qualitätssicherung für stationäre Geburten sowie auf die Qualitätsanforderungen bei ambulanten Geburten in Geburtshäusern zu schauen.

Qualitative Anforderungen an die Geburtshilfe im Krankenhaus

Wie oben aufgeführt, kommen neben den geburtshilflichen Leitlinien in den Krankenhäusern die Vorgaben der QFR-RL zur Anwendung. Ziele dieser Richtlinie sind die Verringerung der Säuglingssterblichkeit und frühkindlicher Behinderungen sowie die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen unter Berücksichtigung der Belange einer flächendeckenden, das heißt allerorts zumutbaren Erreichbarkeit der Einrichtungen (G-BA 2015). Für die Krankenhäuser gilt, dass Schwangere nur in den Häusern aufgenommen und versorgt werden dürfen, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllen. Erfüllt eine von den Schwangeren aufgesuchte Einrichtung die Anforde-

rungen für das jeweilige Risiko nicht und bedarf es nach Einschätzung der Krankenhausärztinnen und –ärzte einer Krankenhausbehandlung, so ist unverzüglich der Transport der Schwangeren in eine Einrichtung zu veranlassen, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt. Das Versorgungskonzept der Richtlinie sieht vier aufeinander aufbauende Versorgungsstufen vor:

- Perinatalzentrum Level 1,
- Perinatalzentrum Level 2,
- Perinataler Schwerpunkt und
- Geburtsklinik.

Dabei gibt es für jede Versorgungsstufe unterschiedliche Anforderungen an die Versorgung der Früh- und Reifgeborenen, die Infrastruktur sowie das Qualitätssicherungsverfahren. Die niedrigste Versorgungsstufe, die Geburtsklinik, ohne angeschlossene Kinderklinik, sieht vor, dass nur Schwangere ab der 36 + 0 Schwangerschaftswoche ohne zu erwartende Komplikationen aufgenommen und betreut werden. Mit zunehmenden Risikokonstellationen erfolgt die Zuweisung in die entsprechend höheren Versorgungsstufen. Schwangere beispielsweise mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung ohne absehbare Gefährdung des Fetus bzw. Neugeborenen werden in die Versorgungsstufe eines Perinatalen Schwerpunktes zugewiesen. Hat die Schwangere eine schwere schwangerschaftsassoziierte Erkrankung, wie z. B. ein HELLP-Syndrom, wird sie in das Perinatalzentrum Level 2 zugewiesen. Eine regelmäßige Versorgung in den beiden unteren Versorgungsstufen ist hier nicht möglich.

Für die Geburtshilfe im Krankenhaus gilt, dass der Wunsch der werdenden Mutter nach dem Geburtsort so lange wie möglich respektiert werden soll. Jedoch ist die Betreuung in der entsprechenden Versorgungsstufe angezeigt, sollten Sicherheitsrisiken für das ungeborene Kind bzw. die Mutter bei der Betreuung in der Wunschklinik bestehen. Dies gilt unabhängig davon, ob die Geburtskliniken mit angestellten Ärzten, Belegärzten, angestellten Hebammen oder Belegebabammen arbeiten. Die fachliche Leitung der Kreißsäle obliegt in der Regel den Ärzten. Daneben gibt es einige Kreißsäle an den Krankenhäusern, die durch angestellte Hebammen geleitet werden.

Für diese Versorgungsform der Hebammenkreissäle haben Hebammen, Hebammenwissenschaftlerinnen und Ärzte eigene Ausschlusskriterien gemeinsam erarbeitet. So können hier nur gesunde Frauen mit keiner bzw. niedriger Risiko-einstufung ihr Kind entbinden.

Qualitative Anforderungen an die ambulante außerklinische Geburtshilfe

Entscheidet sich eine Frau für eine ambulante außerklinische Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung (Geburtshaus) oder auch im häuslichen Umfeld, wird sie von einer freiberuflichen Hebamme, die teils von einer weiteren Hebamme unterstützt wird, betreut. Im Jahr 2014 fanden ca. 1,4 % aller Geburten außerklinisch statt. Die für die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) dokumentierten 11.157 außerklinisch begonnenen Geburten, wurden zu ca. 65 % als Geburt im Geburtshaus und zu ca. 35 % als Hausgeburt geplant. Dabei gab es in der Vergangenheit keine Verpflichtung, alle ambulanten außerklinischen Geburten bei QUAG zu dokumentieren. Laut QUAG lag der Erfassungsgrad bei ca. 89 % (QUAG 2015). Der Ergänzungsvertrag sieht die verpflichtende Dokumentation seit 2008 vertraglich vor, der Vertrag nach § 134a SGB V in der Fassung des Schiedsspruchs 2015 ab dem 25.09.2015. Nicht alle der außerklinisch begonnenen und für QUAG dokumentierten Geburten konnten auch dort beendet werden, wo sie begonnen haben. Insgesamt wurden von den außerklinisch begonnenen Geburten knapp 17 % (1.865) der Gebärenden vor der Geburt sowie 5 % (559) der Neugeborenen bzw. der Mütter nach der Geburt in ein Krankenhaus verlegt (QUAG 2015).

Die qualitativen Anforderungen für ambulante Geburtshausgeburten finden sich im Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V wieder. Dieser wurde erstmals 2008 zwischen den Vertragsparteien GKV-SV, DHV (damals noch als BDH – Bund Deutscher Hebammen), BfHD und Netzwerk der Geburtshäuser vereinbart und in den Folgejahren angepasst. Der Vertrag enthält Vorgaben über die Qualitätsanforderungen für die Geburtshäuser und der Betreuung der Geburten. Dabei wurden in der

entsprechenden Qualitätsvereinbarung Vorgaben hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dieser Einrichtungen gemacht. Unter anderem wurden im Rahmen der Strukturqualität die personellen Voraussetzungen der fachlichen und organisatorischen Leitung, Mindestanforderungen an die räumliche und sachliche Ausstattung sowie Kooperationen mit anderen Versorgungseinrichtungen festgelegt. Weitere Regelungen finden sich u. a. zur Dokumentation, Aufklärung der Versicherten, Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem, deren Einführung und Weiterführung. Zudem wurden zwischen den Vertragspartnern Ausschlusskriterien für Geburten in den Geburtshäusern vereinbart. Diese waren bereits Bestandteil des Ursprungsvertrages im Jahr 2008. Bei den Ausschlusskriterien wurde unterschieden in Kriterien, die eine Geburt in einer Hebammegeleiteten Einrichtung im Sinne des Ergänzungsvertrages ausschließen (absolute Ausschlusskriterien) oder nur unter bestimmten Bedingungen ermöglichen (relative Ausschlusskriterien). Dazu gehören eine gründliche Abklärung durch weitere Diagnostik, fachärztliches Konsil und Teamentscheidung sowie eine spezielle Risikoauflärung der Schwangeren. Absolute Ausschlusskriterien sind zum Beispiel Zustand nach Re-Sectio ohne nachfolgende vaginale Geburt, insulinpflichtiger Diabetes sowie befundete Risiken, wie beispielsweise Geburt (oder vorzeitiger Blasensprung) vor der 37 + 0 Schwangerschaftswoche, HES-, HELLP-Syndrom bzw. Thrombose in der Schwangerschaft. Zu den relativen Ausschlusskriterien gehören z. B. Zustand nach vorzeitiger Plazentalösung, Zustand nach Schulterdystokie, Becken-anomalien, unklarer Geburtstermin, Verdacht auf Übertragung sowie Überschreitung des Geburtstermins (GKV-SV et al 2011, §9). Die Ausschlusskriterien und Formulierungen im Vertrag aus dem Jahr 2011 decken sich mit denen aus dem Ursprungsvertrag aus dem Jahr 2008. Sie finden Anwendung in den ca. 130 vertraglich gebundenen Geburtshäusern.

Für die Betreuung von Hausgeburten durch freiberufliche Hebammen gab es vertraglich in der Vergangenheit keine expliziten Qualitätsanforderun-

gen. Grundsätzlich fanden sich bereits Regelungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe aus dem Jahr 2007. Aber erst mit der gesetzlichen Verankerung ambulanter Geburten durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) vom Oktober 2012 und den Vorgaben durch das GKV-FQWG vom Juli 2014, Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe einschließlich der Verpflichtung der Hebammen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu regeln, waren die Vertragspartner verpflichtet, dies vertraglich umzusetzen. Bis dahin war eine vertragliche Konkretisierung nicht möglich. Hierbei galt, ein besonderes Augenmerk auf die Geburtshilfe zu legen. Die qualitativen Anforderungen für Geburten von Beleghebammen in Krankenhäusern sind über die in den Kliniken vorgegebenen Qualitätsanforderungen insbesondere durch die oben erwähnte QFR-RL festgelegt und für Geburten in Geburtshäusern in der Anlage 1 Qualitätssicherung des Ergänzungsvertrages geregelt. Für

Für die Geburtshilfe im Krankenhaus gilt, dass der Wunsch der werdenden Mutter nach dem Geburtsort so lange wie möglich respektiert werden sollte.

Hausgeburten galt es, diese noch explizit vertraglich zu vereinbaren.

Da liegt es nahe, für Geburten im häuslichen Umfeld ebenfalls Regelungen zu treffen. Hauptargument ist auch hier die fehlende Möglichkeit einer sofortigen medizinischen Notfallversorgung von Mutter und Kind bei Komplikationen. Die Krankenkassen strebten daher in den Verhandlungen mit den Berufsverbänden der Hebammen ebenfalls die Vereinbarung von Ausschlusskriterien für die Erbringung von Hausgeburten an. Da die Indikationen für die Ausschlusskriterien der Geburtshäuser vertraglich seit 2008 Anwendung finden, schienen diese ebenso geeignet zu sein, als Mindestmaß auch für die Geburten im häuslichen Umfang zu dienen. Die Berufsverbände der Hebammen sahen indes keine Not-

wendigkeit die Ausschlusskriterien in der Form vertraglich zu vereinbaren. Als Mindestkonsens konnte zwischen den Vertragspartnern lediglich Einigkeit darüber erzielt werden, dass die Ausschlusskriterien, die in den Geburtshäusern Anwendung finden, zunächst mit der aktuellen Studienlage abgeglichen werden. Die Outcomes der ambulanten außerklinischen Geburten müssen sich hier jedoch mit den Outcomes der stationären Geburten messen lassen. Hier gilt es die internationale Studienlage zur Geburtshilfe sehr intensiv zu prüfen.

2013 gab es nur noch fünf Versicherer, die das Risiko Geburtshilfe für Krankenhäuser gezeichnet hatten.

Der Disput über die anzuwendenden Ausschlusskriterien für Geburten im häuslichen Umfeld und die Forderung, vertragliche Klarheit für die freiberufliche Hebammen zu schaffen, war ein Grund für den GKV-SV die Schiedsstelle zur Versorgung mit Hebammenhilfe im Juni 2015 anzurufen. Im September 2015 hat die Schiedsstelle beschlossen, Ausschlusskriterien für Hausgeburten einzuführen. Die festgelegten absoluten und relativen Ausschlusskriterien für Hausgeburten sind dem Ergänzungsvertrag zum Vertrag nach § 134a SGB V entnommen. Der gesamte Schiedsspruch wurde im Dezember 2015 vom DHV beklagt (DHV 2015a). Der BfHD hat ebenfalls Klage erhoben, jedoch nur bezüglich der Ausschlusskriterien.

Haftpflichtdiskussion in der Geburtshilfe

In der Geburtshilfe sorgen die steigenden Haftpflichtprämien der letzten Jahre ebenfalls für weitere Diskussionen. Dies gilt für die Berufsgruppe der freiberuflichen Hebammen ebenso, wie für Frauenärztinnen/-ärzte sowie Krankenhäuser. Thema ist auch der Rückzug von Anbietern aus diesem kleinen und risikobehafteten Versicherungsmarkt. Als Grund für die steigenden Prämien in der jüngeren Vergangenheit werden häufig die steigenden Schadensaufwände angegeben. Dabei liegen laut des Ecclesia Versicherungsdienstes die Ursachen

für Aufwandssteigerungen bei schweren Personenschäden in der deutlich erhöhten Lebenserwartung schwerstgeschädigter Menschen und daher einer erheblichen Verlängerung des Pflegezeitraums / des Rentenzeitraums, den höheren Kosten einer häuslichen Pflege gegenüber der stationären Pflege, dem Ersatz des fiktiven Erwerbsschadens für mehrere Jahrzehnte, den Regressen der Sozialversicherungsträger sowie der Entwicklung der ausgeurteilten Schmerzensgelder (Petry 2014). Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) hat angegeben, dass die Kosten für schwere Geburtsschäden, von 2003 mit durchschnittlich 1,5 Mio. Euro bis 2012 um fast 80 Prozent auf 2,6 Mio. Euro gestiegen sind (GDV 2014). Umfassende Nachweise für die Krankenkassen, die diese Angaben der

Versicherer belegen, gibt es dazu jedoch nicht. Weiter ist anzumerken, dass die Schadenshäufigkeit in der Geburtshilfe im Vergleich mit anderen Disziplinen an letzter Stelle liegt, jedoch verhält es sich umgekehrt beim Schadensaufwand, wo die Geburtshilfe an erster Stelle steht (Püster 2013).

Ein Blick auf die Krankenhausmarkt zeigt, dass es im Jahr 2013 noch fünf Versicherer gab, die das Risiko Geburtshilfe für Krankenhäuser gezeichnet hatten. Dabei gab es zudem massive Prämienröhungen in der Haftpflicht (Petry 2014). Daher werden bei Krankenhäusern zunehmend Selbstbehaltmodelle eingesetzt, mit denen sich die zu zahlenden Prämien senken lassen (Petry und Grabow 2013).

Laut dem Berufsverband der Frauenärzte (BVF) lagen die Berufshaftpflichtprämien für Gynäkologen, die als Belegärzte tätig sind, im Jahr 2014 bei 40.000 Euro und mehr. Für Belegärzte in der Geburtshilfe ist es schwierig, überhaupt noch Versicherer zu finden (BVF 2014). Dies gilt auch für freiberufliche Hebammen. So ist der kleine Anbietermarkt an Versicherungen für freiberufliche Hebammen mit Geburtshilfe in den letzten Jahren weiter geschrumpft. Nachdem sich die Vorarlberger Landes-Versicherung im Sommer 2013 aus der Versicherung der Geburtshilfe für freiberufliche Hebammen komplett in Deutschland zurückgezogen hat, folgte ebenfalls die Nürnberger Versicherungsgruppe zum Sommer 2015

als Gruppenversicherer des BfHD (BfHD 2014). Im Ergebnis bleiben den freiberuflichen Hebammen mit Geburtshilfe die Gruppenhaftpflichtversicherung über den DHV mit der Versicherungskammer Bayern (VKB) als Konsortialführer und einigen wenigen Hebammen ihre Bestandsverträge bzw. Vertragsabschlüsse bei der Allianz Versicherung.

Lagen bei den freiberuflichen Hebammen die Berufshaftpflichtprämien für die Geburtshilfe im Jahr 1998 umgerechnet noch bei 394 Euro und 2004 bei 1.352 Euro, zeigt die folgende Tabelle den starken Anstieg der letzten Jahre (Albrecht et. al. 2012).

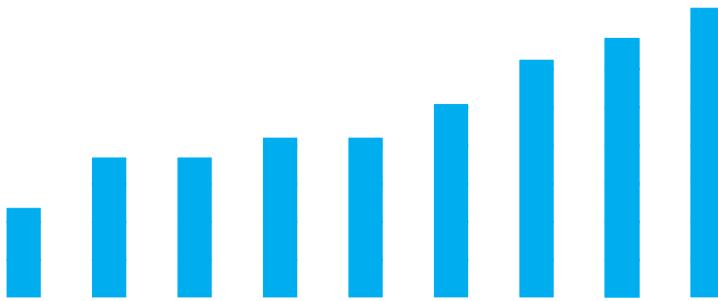
Dieser Trend wird sich 2016 und 2017 fortsetzen, da der DHV bereits ankündigte, dass die jährlichen Haftpflichtkosten für freiberufliche Hebammen mit Geburtshilfe zum 1. Juli 2016 auf 6.843 Euro und zum 1. Juli 2017 auf 7.639 Euro jährlich steigen werden (DHV 2015b). Sind die durchschnittlichen Kosten für schwere Geburtsschäden von 2003 bis 2012 um fast 80 % gestiegen, stiegen die Haftpflichtprämien der Hebammen im gleichen Zeitraum um ca. 750 % von knapp unter 500 Euro auf 4.242 Euro. Von 2012 bis 2017 steigen diese dann noch einmal um weitere 80 %. Den Krankenkassen als Kostenträger liegen hierzu keine Kalkulationen vor.

Gesetzgeberische Maßnahmen

Besonders die wiederholte öffentliche Darstellung der Haftpflichtsituation der freiberuflichen Hebammen in der Geburtshilfe fand in den letzten Jahren großen Wiederhall in der Politik und führte zu verschiedenen gesetzgeberischen Maßnahmen für diese Berufsgruppe.

Im Jahr 2010 wurden die Vergütungspositionen der freiberuflichen Hebammen Geburtshilfe erstmals explizit aufgrund der gestiegenen Haftpflicht angepasst. Gesetzlich wurde die Berücksichtigung der gestiegenen Haftpflichtprämien der freiberuflichen Hebammen in der Geburtshilfe mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 konkretisiert. Hier wurde im neugefassten § 134a Abs. 1 S. 3 SGB V normiert, dass bei der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der freiberuflichen Hebammen zum Vertrag insbesondere die Kostensteigerungen zu beachten sind, die die Berufsausübung betreffen. Da-

Abbildung 1: Entwicklung der jährlichen Berufshaftpflichtprämien für freiberufliche Geburtshebammen



Quelle: Angaben des DHV, eigene Darstellung

bei sind laut Gesetzesbegründung z. B. Beitragserhöhungen zu den von den Hebammen abzuschließenden Berufshaftpflichtversicherungen zu beachten. Dies führte in den Folgejahren zu weiteren Anpassungen der Vergütungen aufgrund gestiegener Versicherungsprämien.

Dabei unterscheidet sich die Höhe der Haftpflichtprämie nicht nach dem Risikoprofil der Leistungen der Geburtshilfe der Hebamme und auch nicht nach der Anzahl der betreuten Geburten. Dahingehend ist es unabhängig, ob eine Hebamme 10 risikoarme Geburten oder 50 risikobehaftete Geburten pro Jahr betreut. Es wird allein das Erbringen der Geburtshilfe im Rahmen der Vertragsbedingungen des Versicherers für die Höhe der Versicherungsprämie herangezogen.

Das GKV-FQWG vom Juli 2014 normierte weitere Regelungen zum Umgang mit den steigenden Haftpflichtprämien. Im § 134a Abs. 1b SGB V wurde der sogenannte Sicherstellungszuschlag für freiberufliche Hebammen mit Geburtshilfe eingeführt. Dieser befähigt erstmals den GKV-SV, Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung an Leistungserbringer des SGB V auszuzahlen. Der Sicherstellungszuschlag gilt für Geburten ab dem 1. Juli 2015 und dient der Berücksichtigung der Kostensteigerung der über die Jahre stark gestiegenen Berufshaftpflichtprämien für die freiberuflichen Hebammen. Um die finanzielle Belastung der Hebammen weiter abzufedern, wurde für eine Übergangszeit ein gesonderter Zuschlag für außerklinische Geburten sowie Geburten in einer 1-zu-

1 Betreuung durch eine Beleghebamme im Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis zum 30. Juni 2015 zur Berücksichtigung der gestiegenen Haftpflichtprämien gesetzlich im § 134a Abs. 1c SGB V festgeschrieben.

Über die Ausgestaltung des Sicherstellungszuschlages konnten sich die Vertragspartner GKV-SV und die Berufsverbände der Hebammen in den anschließenden Verhandlungen nicht einigen. Da der Sicherstellungszuschlag für Geburten ab dem 01. Juli 2015 greifen und für freiberufliche Hebammen eine Kalkulations- und Planungssicherheit bestehen sollte, war dies ein weiterer Grund für den GKV-SV, die Schiedsstelle zur Versorgung mit Hebammenhilfe im Juni 2015 anzurufen.

Die oben bereits erwähnte Schiedsstelle hat im September 2015 Regelungen zum Sicherstellungszuschlag getroffen. Anders als die bisherigen Festlegungen in den Vergütungsvereinbarungen mit einem Zuschlag auf jede Geburt, die vor allem Hebammen mit vielen Geburten bevorteilt, sieht die beschlossene Regelung vor, dass alle freiberuflichen Hebammen, die in einem Jahr mindestens vier geburtshilfliche Leistungen erbracht haben, einen Antrag zur Erstattung der Berufshaftpflichtversicherung beim GKV-SV einreichen können. Zu den geburtshilflichen Leistungen gehören neben der Betreuung von Geburten als hauptverantwortliche Hebamme auch die Leistungen der 2. Hebamme bei der Geburt. Die Neuregelung soll gewährleisten, dass zum einen die Berufshaftpflichtprämien der freiberuflichen Hebammen gerecht

berücksichtigt, durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert und zum anderen Versichertengelder der Beitragszahler zweckbezogen verwendet werden. Auch betrifft die Klage des DHV gegen den Schiedsspruch die Ausgestaltung des Sicherstellungszuschlages.

Regressverzicht gegenüber freiberuflichen Hebammen

Um den weiter steigenden Haftpflichtprämien für freiberufliche Hebammen vor allem in der Geburtshilfe entgegenzuwirken und den Anbietermarkt für Versicherer zu beleben, führte der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Juli 2015 einen sogenannten Regressausschluss der Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflichen Hebammen in der Geburtshilfe im § 134a Abs. 5 SGB V ein. Dieser gilt für Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe, die nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurden. Die gesetzgeberische Erwartung ist es, dass sich diese faktische Begrenzung der Realisierung von Haftungsansprüchen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen spürbar und nachhaltig in der Höhe der Versicherungsprämien niederschlägt. Zudem soll mit der Regelung die Kalkulationsgrundlage für diesen Versicherungsbereich deutlich verbessert werden und damit zu einer Belebung der Angebotsseite des Versicherungsmarktes beigetragen (Bundesregierung 2015). Laut GDV haben die Regressforderungen seitens der Sozialversicherungsträger in den letzten Jahren zugenommen.

Bei Personengroßschäden im Heilwesen liegt der Anteil der Regresse am Schadenaufwand bei 25 Prozent (GDV 2014). Neben dem GKV-SV hatte u. a. auch der Bundesrat erhebliche Bedenken zu dieser Gesetzeinführung geäußert (GKV-SV 2015, Bundesrat 2015). Mit der getroffenen Regelung wird erstmals im Schadensersatzrecht eine Berufsgruppe herausgehoben. Welche Folgen dies für die Forderungen anderer Berufsgruppen hat, ist bisher noch nicht abzusehen. Zudem ist anzufügen, dass die Geburtsschäden, die nun leicht fahrlässig durch freiberufliche Hebammen geschehen und die dadurch für die Kranken- und Pflegekassen nicht mehr regressiert werden können, durch Versichertengelder der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden müssen und daher letztlich zu Lasten der

Solidargemeinschaft gehen. Hingegen ist es der Privaten Krankenversicherung weiterhin möglich, gegen freiberufliche Hebammen in solchen Fällen vorzugehen. Den betroffenen Eltern ist es indes weiterhin unbenommen, bei jeglichen Geburtsschäden gegen die entsprechende freiberufliche Hebamme vorzugehen.

Der Blick fast ein Jahr nach In-Kraft-Treten des GKV-VSG auf die Entwicklungen der Berufshaftpflichtprämien und des Anbietermarktes für freiberufliche Hebammen mit Geburtshilfe zeigt, dass das Ziel der Prämiensenkung und der Anbieterbelebung – derzeit zumindest – nicht eintritt.

Außerdem sind für die gesetzlichen Krankenkassen, die den Sicherstellungszuschlag für die freiberuflichen Hebammen mit Geburtshilfe schließlich über den GKV-SV finanzieren, die Höhe der Berufshaftpflichtprämien und auch die Kostensteigerungen nicht nachvollziehbar. Nach den Ausführungen des GDV könnte eigentlich nur ein weiterer Anstieg der Kosten für schwere Geburtsschäden eine Erhöhung begründen. Zudem fallen nun Regresse, wenn auch nicht alle, von Kranken- und Pflegekassen für die Prämienkalkulation weg. Hier fehlt es jedoch an Transparenz für die Kostenträger und schließlich auch die Versicherten.

Kaiserschnitte in Deutschland

Im Zuge der Diskussion der Haftpflichtproblematik in den Kliniken geht es häufig auch darum, dass für Kliniken die Sorgen vor rechtlichen Auseinandersetzungen steigen, sich im Falle einer kritisch verlaufenden vaginalen Geburt dem Vorwurf möglicher Behandlungsfehler ausgesetzt zu sehen. Risiken sind jeder Geburt immanent, wenn auch individuell in sehr unterschiedlichen Ausprägungen. Fakt ist aber auch, dass die Risiken für operative Entbindungen aufgrund des massiven Fortschritts in der Medizin in den letzten Jahrzehnten gesunken sind.

Lag die Kaiserschnittrate im Jahr 1990 in Deutschland noch bei 15,7 %, stieg sie bereits bis 2004 auf 26,8 %. Über die folgenden Jahre nahm der Anteil weiter zu, bis sich die Rate in den letzten Jahren bei knapp unter 32 % stabilisiert hat, wie auch im Jahr 2014. Dabei differiert die regionale Verteilung der Kaiserschnittraten aber erheblich. Während im Jahr 2014 im Saarland die Kaiserschnittrate 40,2 % betrug, lag sie

in Sachsen bei 24,2 % (Destatis 2014). Ein Blick auf andere europäische Länder zeigen Kaiserschnittraten in den skandinavischen Ländern von 15,7 % in Finnland, 16,7 % in Schweden sowie 21,4 % in Dänemark für die Jahre 2008/2009. Auch Großbritannien mit 23,2 Prozent und Spanien mit 24,9 % bleiben deutlich unter den Raten von Deutschland von damals 30,3 % (Kolip 2012).

Niemand wird ernsthaft in Frage stellen, dass der Rückgang der mütterlichen und kindlichen Mortalitätsrate in den letzten Jahrzehnten auch auf die Durchführung von Kaiserschnitten zurückzuführen ist. Wenn es aufgrund gravierender Komplikationen schließlich um das Leben von Mutter und Kind geht, ist der Kaiserschnitt oft die Ultima Ratio. Dennoch bestehen bei einem Kaiserschnitt weiterhin Risiken, da es sich um eine Bauchoperation handelt, bei dem gesundes Gewebe verletzt wird. Wund- und Narbenschmerzen, reduzierte Fruchtbarkeit und das Reißen der Gebärmutter bei der nächsten Schwangerschaft sind nach Kaiserschnitten häufiger zu finden als bei vaginaler Entbindung. Ebenfalls treten Infektionen, Nachblutungen und Verwachsungen bei Sectio häufiger auf. Zudem leiden Neugeborene häufiger an Anpassungs- und Atemstörungen (Arnold und Purwins 2012). Außerdem beobachten Wissenschaftler einen noch nicht geklärten Zusammenhang zwischen Kaiserschnitt und späterem Autismus, Asthma, Diabetes Typ 1 und Allergien (Malzahn und Schulte 2015). Demgegenüber gibt es aber auch die Kinder, die aufgrund eines zu spät durchgeföhrten Kaiserschnitts lebenslang schwerst geschädigt sind oder gar versterben.

Die Krankenhäuser in Deutschland rechnen ihre Leistungen der Geburtshilfe, wie auch alle anderen vollstationären Leistungen über Fallpauschalen, den sogenannten DRGs (Diagnosis Related Groups) seit 2005 verpflichtend mit den Krankenkassen ab. Dabei werden Kaiserschnittentbindungen aufgrund des höheren Personal- und Ressourceneinsatzes höher bewertet als natürliche Geburten bei gleicher vorliegender Indikation der Gebärenden. Das Krankenhaus erhält hierfür eine höhere Vergütung. Ist dies ggf. auch ein Indiz für den Anstieg der Kaiserschnittraten? Die deutlich unter-

schiedliche regionale Verteilung der Kaiserschnittraten in Deutschland spricht erst einmal dagegen. Zudem scheinen das steigende Alter der Mütter, der Bildungsstand, die unterschiedliche Verteilung von Früh- und Mehrlingsgebarten, Erkrankungen der Mutter oder der Wunschkaiserschnitt keine Erklärung für die hohe Rate und die regionale Verteilung zu geben (Kolip et.al. 2012).

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist bei zehn bis 15 Prozent der Geburten die Gesundheit oder das Leben von Mutter oder Kind bei einer natürlichen Geburt gefährdet. Medizinisch begründet wäre demnach eine Kaiserschnitt-Rate in dieser Höhe. Nach Untersuchungen für die Bertelsmann Stiftung besteht laut über-

Wenn es aufgrund gravierender Komplikationen um das Leben von Mutter und Kind geht, ist der Kaiserschnitt oft die Ultima Ratio.

prüfter Klinikabrechnungen nur bei ca. 10 Prozent der Kaiserschnittgeburten eine absolute Indikation zum Kaiserschnitt (Kolip et.al. 2012). Das heißt, hier werden Lebensgefahr für Mutter und oder Kind abgewendet. Ansonsten liegen Indikationen vor, bei denen die Ärzte das Risiko abwiegen und gemeinsam mit den Eltern entscheiden. Auch eine mögliche Angst der Mutter fließt in diese Entscheidung mit ein. Der Entscheidungsspielraum beinhaltet auch neben der Erfahrung bei schwierigen Spontangeburten, der Planbarkeit der Geburt und das Sicherheitsbedürfnis werdender Eltern zudem die Angst vor juristischen Auseinandersetzungen. Jedoch darf die Angst vor juristischen Folgen die Medizin nicht beherrschen. Zur besseren Aufklärung und mehr Rechtssicherheit strebt die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) S3-Leitlinien zu vaginaler Geburt und Kaiserschnitt an (Malzahn und Schulte 2015). Die Leitlinien sollen nicht nur den betroffenen Berufsgruppen, sondern auch den Frauen bei der Entscheidungsfindung helfen. Hier kann eine frühe und intensive Aufklärung der Schwangeren über Nutzen und Risiken

der verschiedenen Methoden in der Geburtshilfe hilfreich sein.

Zur Förderung der natürlichen Geburt im Krankenhaus bieten sich auch sogenannte Hebammenkreissäle an. Dies sind Kreissäle an Krankenhäusern, bei denen die Leitung nicht bei den Medizinern liegt, sondern bei erfahrenen angestellten Hebammen. Die ärztliche Hinzuziehung erfolgt nur im Notfall, aufgrund der Vorhaltung des medizinischen Know-Hows dann aber sofort. Weniger als 20 dieser hebammengeleiteten Kreissäle gibt es bisher in Deutschland.

Fazit

Die Ausführungen zeigen, dass Frauen in Deutschland ihren gesetzlichen Anspruch auf eine ambulante und klinische

Entbindung wahrnehmen können, jedoch Potential besteht, die Geburtshilfe und die Rahmenbedingungen für die richtige individuelle Entscheidung der werdenden Mutter und auch der sie betreuenden Hebammen und Ärzte noch deutlich zum Wohle der Frauen und Kinder zu verbessern. Stellschrauben an denen bereits gedreht wurde, müssen im Interesse aller Beteiligten noch weiter justiert werden. Dazu gehören u. a. die zu erstellenden S-3 Leitlinien für die physiologisch normale Geburt und den Kaiserschnitt sowie die intensive Prüfung der Outcomes von stationären und außerklinischen Geburten. Diese Maßnahmen sollen die Ärzte, Hebammen und Familien unterstützen, die beste Entscheidung für das Wohl der werdenden Mutter und des Neugeborenen für die Geburt zu treffen. Auch

wenn die gesetzgeberischen Maßnahmen das Risiko der steigenden Haftpflichtkosten von den freiberuflichen Hebammen aktuell auf die Krankenkassen verlagert haben, gilt es auch hier, weiter nach Lösungen für eine Begrenzung der Haftpflichtkosten für alle Berufsgruppen und Einrichtungen der Geburtshilfe zu suchen. Dabei gilt es auch, Transparenz über Schadensfälle und -kosten sowie Versicherungskonditionen zu schaffen.

Schließlich müssen Politik, Mediziner, Hebammen, Krankenkassen und Versicherungswirtschaft gemeinsam an einem Strang ziehen, um den Frauen eine qualitativ hochwertige Betreuung während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung zu ermöglichen und möglichst gesunde Kinder nach ihrer Geburt ins weitere Leben zu entlassen. ■

Literatur

Albrecht, Loos, Sander, Schliwen und Wölfel (2012). Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.

Arnold und Purwins (2012). Kreissaal oder Kaiserschnitt, in Gesundheit und Gesellschaft. 4/12

BfHD (2014). Hebammenversorgung: Wer jetzt noch nicht schwanger ist, bekommt Probleme. 10.10.2014. (online unter <http://www.bfhd.de/presse/282-hebammenversorgung-wer-jetzt-noch-nicht-schwanger-ist-bekommt-probleme.html>)

BVF (2014). Steigende Versicherungsprämien gefährden die gesamte Geburtshilfe. 10.03.2014. (online unter http://www.frauenärzte-im-netz.de/de-news_652_1_1398_stiegende-versicherungsprämien-gef-hrden-die-gesamte-geburtshilfe.html). BVF – Berufsverband der Frauenärzte e. V.

Bundesrat (2015). Stellungnahme des Bundesrates Gesetzentwurf der

Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). 06.02.2015

Bundesregierung (2015). Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines

Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Drucksache des Deutschen Bundestages 18/4095. 25.02.2015

Destatis (2004). Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1

Destatis (2014). Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Destatis (2015). Mehr Geburten und weniger Sterbefälle im Jahr 2014. Pressemitteilung Nr. 302 vom 21.08.2015. (online unter <https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen.html>)

DHV (2015a). Deutscher Hebammenverband klagt gegen Schiedsbeschluss, Pressemitteilung vom 14.12.2015 (online unter <https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2015/12/14/artikel/deutscher-hebammenverband-klagt-gegen-schiedsbeschluss/>)

DHV (2015b). Haftpflicht für Hebammen steigt erneut. Pressemitteilung vom 26.11.2015. (online unter <https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2015/11/26/artikel/haftpflicht-fuer-hebammen-steigt-erneut/>)

G-BA (2015). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V. 27.11.2015

G-BA (2016). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. 05.04.2016

GDV (2014). Die Positionen der deutschen Versicherer 2014. GDV – Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

GKV-SV, DHV, BfHD und Netzwerk der Geburtshäuser (2011). Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen

geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen – Anlage 1 vom 27.06.2011

GKV-SV (2015). Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). 23.03.2015

Kolip (2012). Einflussfaktoren auf den Geburtsmodus: Kaiserschnitt versus Spontangeburt. In Böcken, J., Braun, B. & Repschläger, U. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2012. Gütersloh. Bertelsmann Stiftung

Kolip, Nolting und Zisch (2012). Kaiserschnittgeborenen – Entwicklung und regionale Verteilung. Faktencheck Gesundheit. Gütersloh. Bertelsmann-Stiftung

Malzahn und Schulte (2015). Kaiserschnitt – Ein Hauch von Kulturwandel, in Gesundheit und Gesellschaft. 9/15

Petry (2014). Großschäden: Zur Situation der Haftpflicht-Versicherung für Krankenhäuser und Ärzte – Ursachen und Nebenwirkungen. 15. Deutscher Medizinrechtstag. Berlin. Präsentation. 12.09.2014. (online unter <http://www.medizinrechts-beratungsnetz.de/medizinrechtstag/2014-berlin/petry-dmrt-2014-berlin.pdf>)

Petry und Grabow (2013). Haftpflichtversicherung im Krankenhaus – quo vadis? Das Krankenhaus. 6.

Püster (2013). Entwicklungen der Arzthaftpflichtversicherung (Vol. 13). Springer-Verlag

QUAG (2015). Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Qualitätsbericht 2014. QUAG – Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe