

Fragen und Antworten zum Schiedsbeschluss September 2015: Neufassung des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V



Inhalt

Was ist eine Schiedsstelle?	2
Wie wird die Schiedsstelle besetzt?	2
Warum lehnt der DHV den Schiedsspruch nicht einfach ab, so wie es beispielsweise die Erzieherinnen gemacht haben?	2
Warum ruft der DHV nicht endlich zum Streik auf?	2
Wie geht der DHV gegen die Beschlüsse vor?	3
Für wen gilt der Versorgungsvertrag?	3
Was sind Ausschlusskriterien im Versorgungsvertrag der Hebammen?	4
Was sind relative Ausschlusskriterien?	4
Was muss der Arzt machen, damit die Frau die Hausgeburt bezahlt bekommt?	5
Was muss die Frau am Wochenende machen, wenn der Facharzt nicht zu sprechen ist?	5
Warum sind die Ausschlusskriterien bei Hausgeburten problematisch im Vergleich zu den bereits angewandten Ausschlusskriterien in den Geburtshäusern?	5
Wie ist jetzt die Situation in den Geburtshäusern?	6
Prüfen die Krankenkassen und die Hebammenverbände nicht gerade, inwieweit die Ausschlusskriterien evidenzbasiert sind? Was passiert, wenn hier Ergebnisse vorliegen?	6
Ab wann gelten die neuen Regelungen?	6
Was passiert, wenn die Hebamme die Geburt trotz vorliegender Ausschlusskriterien abrechnet? ...	7
Kann eine Hebamme trotz Ausschlusskriterien eine Hausgeburt durchführen, wenn die Frau privat bezahlt?	7
Was kann eine Frau tun, die eine Hausgeburt bei Terminüberschreitung wünscht?	7
Was bedeutet der neue Ausgleich der Haftpflichtprämiensteigerung über den Sicherstellungszuschlag?	8
Wie erfolgt die Auszahlung des Sicherstellungszuschlages?	9
Welche Probleme sieht der DHV durch die neuen Regelungen?	10
Können Hebammen entscheiden, wann ein Risiko vorliegt?	11
Hebammen und dem Hebammenverband wird vorgeworfen gegen Qualitätskriterien zu sein. Stimmt das?	11

Was ist eine Schiedsstelle?

Die gemeinsame Schiedsstelle setzt sich aus neun Personen zusammen, jeweils drei Vertreter der Krankenkassen und der Hebammenverbände (DHV, BfHD und Netzwerk der Geburtshäuser) sowie drei unparteiische Mitglieder. Sie ist gesetzlich immer dann vorgesehen, wenn sich die Vertragsparteien über bestimmte Vertragsbestandteile nicht auf dem Verhandlungswege einigen können. Die Anrufung einer Schiedsstelle ist im Gesundheitswesen auch bei anderen Leistungserbringern nicht nur gesetzlich vorgeschrieben, sondern üblich. In den Schiedsstellenverhandlungen werden die jeweils geforderten Vertragsinhalte diskutiert und verhandelt, dann folgt die Abstimmung über den Vertragsinhalt. Es gilt der Mehrheitsbeschluss.

Wie wird die Schiedsstelle besetzt?

Der GKV-SV benennt seine drei stimmberechtigten Vertreter. Die drei Verbände der Hebammen benennen jeweils einen Vertreter. Der unparteiische Vorsitzende der Schiedsstelle wird von den Vertragspartnern (GKV-SV und Hebammenverbände) gemeinsam bestimmt. Das Vorschlagsrecht ist abwechselnd. Kann hierüber keine Einigkeit erreicht werden, so wird der Vorsitz per Los entschieden. Gleiches gilt eigentlich auch für die beiden anderen unparteiischen Beisitzer. Allerdings ist es gelebte Praxis, dass einer der Beisitzer von Seiten des GKV-SV bestimmt wird, der andere von den Hebammen benannt wird. Die diesjährige Besetzung des Vorsitzenden wurde per Los entschieden.

Warum lehnt der DHV den Schiedsspruch nicht einfach ab, so wie es beispielsweise die Erzieherinnen gemacht haben?

Der Beschluss der Schiedsstelle ist im Gegensatz zum Schlichterspruch in einem Tarifkonflikt rechtlich bindend. Gegen den Beschluss der Schiedsstelle kann nur auf gerichtlichem Weg vorgegangen werden.

Warum ruft der DHV nicht endlich zum Streik auf?

Der Streik ist ein Mittel des Arbeitskampfes für Angestellte. Streiks werden von einer Gewerkschaft getragen. Sie haben bei Tarifauseinandersetzungen das Streikrecht. Der DHV ist aber keine Gewerkschaft, sondern ein Berufsverband. Wir haben nicht das Recht, einen Streik auszurufen und wir haben deshalb auch keine Streikkasse. Für angestellte Hebammen ist die Gewerkschaft Verdi für die Tarifverhandlung zuständig. Deshalb raten wir diesen dringend dazu, sich bei Verdi zu organisieren.

Freiberufliche Hebammen haben diese Möglichkeit nicht. Freiberuflich tätige Menschen können selbstverständlich entscheiden, nicht zu arbeiten. Das ist aber kein Streik. Sie legen ihre Arbeit nieder und verdienen einfach nichts. Ein Streik baut Druck auf Arbeitgeber auf. Wenn freiberufliche Hebammen die

Fragen und Antworten zum Schiedsbeschluss September 2015: Neufassung des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V



Arbeit nieder legen, so sparen die Krankenkassen lediglich Geld. Es wird also kein Druck aufgebaut. Die streikenden Hebammenselbst haben in dieser Zeit kein Einkommen. Dies ist also keine Form des Arbeitskampfes, der Freiberuflern zur Verfügung steht.

Die freiberuflichen Kolleginnen schaden mit einer Arbeitsniederlegung erst mal nur sich selber und in zweiter Linie den Müttern und Kindern – ohne dass es eine direkte Wirkung entfalten kann.

Wie geht der DHV gegen die Beschlüsse vor?

Im Augenblick warten wir auf das Protokoll und die schriftliche Ausfertigung des Beschlusses der Schiedsstelle. Danach kann von unseren beiden Fachanwälten geprüft werden, **wie** gegen den Schiedsspruch vorgegangen werden kann.

Dies muss innerhalb einer Monatsfrist nach Bekanntgabe passieren.

Sobald Genaueres bekannt ist, werden wir darüber informieren.

Gleichzeitig werden weiterhin Hintergrundgespräche mit Politikerinnen und Politiker geführt, um diese darauf aufmerksam zu machen, dass mit der Umsetzung der Gesetze weder das Haftpflichtproblem langfristig gelöst noch die Hausgeburtshilfe gerettet wurde. Vielmehr wird der freiberuflichen Geburtshilfe massiv geschadet. Dabei geht es auch darum, zu zeigen, dass Hebammen keineswegs Qualitätsstandards ablehnen, sondern dass Hebammen verantwortungsbewusst und kompetent handeln. Ihnen dies abzusprechen und den Frauen die Wahlfreiheit zu nehmen, betrifft nicht nur die Hebammen, die im Augenblick Hausgeburtshilfe anbieten, sondern alle Hebammen. Denn die Geburtshilfe im häuslichen Umfeld liegt in der Kompetenz aller staatlich examinierten Hebammen.

Diese Botschaft zu vermitteln, erfordert Geduld und viel Überzeugungskraft.

Für wen gilt der Versorgungsvertrag?

Der Vertrag regelt den Anspruch an Hebammenhilfe, den Frauen und Kinder haben. Er regelt die Art und die Menge der Leistungen, die Krankenkassen den Müttern bezahlen.

Er regelt auch die Qualifikation der Hebammen, die diese Leistungen erbringen dürfen und er bestimmt, wie die Hebammen die Qualität der Leistungen sichern müssen, die sie den Frauen auf Kosten der Krankenkassen geben können.

Der Vertrag regelt nicht, was Hebammen dürfen. Das ist in den Berufsordnungen geregelt. Aber er bestimmt, welche Leistungen zu welchen Bedingungen aus der Hebammenarbeit die Krankenkassen den Frauen und Kindern bezahlen.

Was sind Ausschlusskriterien im Versorgungsvertrag der Hebammen?

Die Bedeutung lässt sich direkt aus dem Wort herleiten. Ein Vorliegen dieser Kriterien bedeutet, dass die Betreuungsleistung ausgeschlossen ist. Eine Geburt im häuslichen Umfeld wird von der Krankenkasse in der Regel bezahlt. Außer in den Fällen, in denen ein Ausschlusskriterium vorliegt. Die Ausschlusskriterien haben nicht zur Folge, dass Hebammen die Geburt nicht erbringen dürfen. Das regelt immer noch die Berufsordnung. Aber sie regeln, dass die Krankenkassen diese Leistung dann nicht mehr bezahlen. Weil zu dem jetzt festgesetzten Katalog allerdings Kriterien gehören, die anerkanntermaßen kein Risiko darstellen, jedoch häufig vorkommen, ist die Folge, dass Krankenkassen die Geburt im häuslichen Umfeld künftig häufig auch dann nicht bezahlen, wenn für die Frau zwar kein tatsächliches Risiko, aber eben ein Ausschlusskriterium vorliegt.

Was sind relative Ausschlusskriterien?

Neben den „absoluten“ Ausschlusskriterien, die in jedem Fall gelten, gibt es im Vertrag auch „relative“ Ausschlusskriterien. Eine Auflistung der Kriterien finden Sie hier. Die relativen Ausschlusskriterien bedeuten, dass die Risikoeinschätzung des Facharztes diese Ausschlusskriterien außer Kraft setzen kann. Wenn ein Facharzttermin stattgefunden hat und dort festgestellt wurde, dass kein Risiko vorliegt, dann ist die Geburt im häuslichen Umfeld kein Ausschluss mehr. Die Krankenkasse bezahlt die Leistung. Die Hebamme kann also direkt mit der Krankenkasse abrechnen.

Also: der Ausschluss bezieht sich auf die Bezahlung durch die Krankenkasse. Bei einem relativen Ausschluss kann der Arzt die Zahlungspflicht der Krankenkassen herbeiführen. Bei einem absoluten Ausschluss ist dies auch für einen Arzt nicht möglich.

Für Hebammen ist also auch ein relativer Ausschluss ein absoluter Ausschluss. Denn nur die Risikoeinschätzung des Facharztes macht die Kriterien relativ. Zu den relativen Ausschlusskriterien gehört z.B. die Überschreitung des errechneten Geburtstermins. Wenn der Arzt feststellt, dass dennoch kein Risiko besteht, ist die Überschreitung des Termins kein Ausschlusskriterium. Liegt eine solche Einschätzung nicht vor, ist die Überschreitung des Termins ein absolutes Ausschlusskriterium.

Was muss der Arzt machen, damit die Frau die Hausgeburt bezahlt bekommt?

Der Arzt muss die üblichen medizinischen Untersuchungen machen. Diese muss er – seiner üblichen Pflicht folgend – im Mutterpass dokumentieren. Er muss keine Bescheinigung ausstellen. Aber er muss einen Termin ermöglichen und er muss im Mutterpass dokumentieren, dass er keine pathologischen Befunde erhoben hat.

Was muss die Frau am Wochenende machen, wenn der Facharzt nicht zu sprechen ist?

Am Wochenende und an Feiertagen übernehmen die Krankenhäuser die Schwangerenvorsorge. Sie füllen einen Notfallschein aus, um diese abrechnen zu können.

Allerdings müssen hier Schwangere häufig mit erheblichen Wartezeiten rechnen, denn diese Tätigkeiten werden von den Kliniken zusätzlich zu ihrer originären Krankenhausleistung angeboten.

Voraussetzung ist natürlich, dass es in erreichbarer Nähe der Frau überhaupt eine Klinik gibt, die eine geburtshilfliche Versorgung anbietet.

Sollte es diese Möglichkeit nicht geben, ist die Hausgeburt aber dennoch keine Leistung der Krankenkasse, wenn ein Ausschlusskriterium vorliegt.

Warum sind die Ausschlusskriterien bei Hausgeburten problematisch im Vergleich zu den bereits angewandten Ausschlusskriterien in den Geburtshäusern?

Bei Hausgeburten gilt dieselbe Liste wie in den Geburtshäusern mit zwei Unterschieden. Der wesentliche Unterschied ist folgender:

Im Ergänzungsvertrag zur Betriebskostenpauschale der hebammengeleiteten Einrichtungen (HgE) bzw. Geburtshäuser ist ein Passus vorangestellt, der auf die fehlende Evidenzbasierung, d.h. fehlende wissenschaftliche Beweise hinweist und dieser dadurch Rechnung getragen wird, dass auf die Entscheidung der Frau und die Kompetenz der Hebammen verwiesen wird. Vorangestellt ist dort folgender Passus:

„Die Wünsche der Versicherten sind bei der Entscheidungsfindung einzubeziehen sowie die Patientenrechte zu wahren. [...] Qualität wird in erster Linie durch die Betreuungsformen und -inhalte bestimmt, sie kann nicht allein durch Ausschlusskriterien garantiert werden. Der folgende Kriterienkatalog gibt eine Orientierungshilfe in Richtung auf ein Versorgungskonzept, das die HgE hinsichtlich ihres Leistungsprofils in Analogie zur Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen in der jeweils aktuell geltenden Fassung beschreibt.“

Fragen und Antworten zum Schiedsbeschluss September 2015: Neufassung des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V



Durch diese vorangestellte Erklärung stellen die Ausschlusskriterien in den Geburtshäusern kein Problem dar. Im Versorgungsvertrag ist diese Textpassage nicht enthalten.

Der weitere, jedoch inhaltlich relativ unerhebliche Unterschied ist, dass bei den Ausschlusskriterien für Hausgeburten das Fachartzkonsil „erst“ ab ET+3 (40+3 SSW) benötigt wird und nicht schon ab „Überschreitung des Geburtstermins“.

Wie ist jetzt die Situation in den Geburtshäusern?

An den Rahmenbedingungen in den Geburtshäusern hat sich nichts geändert. Der Vertrag (Ergänzungsvertrag) gilt nach wie vor. Insgesamt ist er so formuliert, dass er zu Missverständnissen führen kann und benötigt dringend eine Überarbeitung. Darin sind sich Krankenkassen und Hebammenverbände einig. Allerdings haben wir auch hier unterschiedliche Interessen. Der GKV-SV möchte die Formulierung dort so klarstellen, wie nun im Rahmenvertrag zu den Hausgeburten. Wir möchten den Vertragstext dahingehend überarbeiten, dass es keine Missverständnisse über den Aussagewert dieser Befunde geben kann. Sie sind nicht evidenzgeprüft und dürfen deshalb nur empfehlenden und nicht ausschließenden Charakter haben.

Prüfen die Krankenkassen und die Hebammenverbände nicht gerade, inwieweit die Ausschlusskriterien evidenzbasiert sind? Was passiert, wenn hier Ergebnisse vorliegen?

Ja, in den Verhandlungen zum neuen Versorgungsvertrag haben sich die Hebammenverbände (DHV und BfHD) mit dem GKV-SV darauf verständigt, dass eine Überprüfung der internationalen Studien zu Ausschlusskriterien gemacht werden soll. Beauftragt hiermit ist der MDS (medizinische Dienst des Spitzenverbands der Krankenkassen) und QUAG e. V. (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe).

Dafür werden zunächst internationale Studien gesammelt, analysiert und verglichen. Anschließend soll eine vergleichende Auswertung der deutschen Daten erfolgen. Das Ergebnis wird vermutlich im Januar nächsten Jahres vorliegen. Sollte diese Analyse ergeben, dass die Ausschlusskriterien in den Versorgungsverträgen angepasst werden müssen, so wird dies dann zeitnah im Rahmen von Vertragsverhandlungen erfolgen. Wir hatten in den Verhandlungen angeregt, dass die Einführung von Ausschlusskriterien für die Hausgeburten aufgrund dieser Ergebnisse erfolgen kann.

Ab wann gelten die neuen Regelungen?

Der Beschluss der Schiedsstelle gilt mit Zustellung des Beschlusses und des Protokolls an die Vertragsparteien (GKV-SV, DHV und BfHD). Hebammen

müssen sich daran halten, sobald der neue Vertrag veröffentlicht wurde. Wir werden informieren, sobald dies geschehen ist.
Die Erhöhung der Vergütung gilt ab 25.09.2015 und wird von den Kassen im Augenblick „vorbehaltlich“ bezahlt.

Was passiert, wenn die Hebamme die Geburt trotz vorliegender Ausschlusskriterien abrechnet?

Anders als von Seiten des GKV-SV dargestellt wird, ist die Abrechnung einer solchen Geburt für die Hebamme nicht möglich. Wenn sie dies dennoch tut, begeht sie die Straftat des Abrechnungsbetruges. Sie kann vom GKV-SV mit einer Strafe in Höhe von 10.000 Euro bestraft werden. Aber sie kann auch aus dem Vertrag ausgeschlossen werden. Damit kann sie keine Hebammenleistung mehr mit den Krankenkassen abrechnen. Gleichzeitig wird in diesem Falle aber auch eine Strafermittlung eingeleitet werden. Die Hebamme riskiert dann eine Verurteilung wegen Betruges.

Wie dieser von den Richtern beurteilt wird, kann nur erahnt werden. Theoretisch aber ist – je nach Schwere der Schuld – auch mit einem Freiheitsentzug und mit dem Entzug der Berufserlaubnis zu rechnen.

Wir können deshalb nur davon abraten, in Fällen von vorliegenden Ausschlusskriterien - auch wenn diese noch so wenig Risiko darstellen - eine Abrechnung der geburtshilflichen Leistung über die Krankenkassen vorzunehmen!

Kann eine Hebamme trotz Ausschlusskriterien eine Hausgeburt durchführen, wenn die Frau privat bezahlt?

Dies ist möglich. Allerdings läuft die Hebamme Gefahr, dass im Falle eines Schadensereignisses die Durchführung der Geburt bei vorliegenden Ausschlusskriterien als „Verletzung der beruflichen Sorgfaltspflicht“ interpretiert werden. Die Hausgeburt darf von der Hebamme nur dann durchgeführt werden, wenn sie nach gründlicher Risikoanalyse zu der Auffassung gekommen ist, dass sie innerhalb ihrer beruflichen Kompetenz bleibt. Die Ausschlusskriterien also keine Risikogeburt nach sich ziehen.

Was kann eine Frau tun, die eine Hausgeburt bei Terminüberschreitung wünscht?

Ab einer Terminüberschreitung von drei Tagen sieht der Versorgungsvertrag mit Hebammenhilfe zwingend eine fachärztliche Untersuchung vor. Eine Frau kann dazu aber nicht gezwungen werden. Sie muss keine ärztliche Vorsorge in Anspruch nehmen. Allerdings sind die Krankenkassen dann nicht mehr verpflichtet, für die Leistungen zu zahlen. Eine Schwangere kann die geburtshilfliche Leistung selbst bezahlen. Sie kann gegen diese Einschränkung gerichtlich vorgehen. Im Falle einer Schwangerschaft ist

entsprechende Eile geboten, und es ist denkbar, dass sie hierfür ein eiliges Rechtsschutzbedürfnis bei Gericht durchsetzen kann.
Sie kann auch versuchen – allerdings ohne Anspruch auf Erstattung – die Rechnung bei der Krankenkasse einzureichen.

Was bedeutet der neue Ausgleich der Haftpflichtprämiensteigerung über den Sicherstellungszuschlag?

Beim Haftpflichtprämienausgleich wurde ein verändertes Vergütungssystem beschlossen. Der Ausgleich der Kosten der Haftpflichtversicherung erfolgt nicht mehr wie bisher über die einzelnen Vergütungspositionen, sondern ausschließlich über den sogenannten Sicherstellungszuschlag. Dieser war vom Gesetzgeber eigentlich nur für diejenigen Hebammen vorgesehen, die die Prämie mit dem bisherigen Ausgleich nicht selbst erwirtschaften konnten. Also für Hebammen, die wenige Geburten im Jahr betreuen. Es war vorgesehen, dass alle Hebammen die Kosten für die Haftpflichtversicherung ausgeglichen bekommen.

Was zeigt die Berechnung:

Im Durchschnitt haben in diesem Jahr Hebammen mehr Vergütung über den Sicherstellungszuschlag als sie es im alten Berechnungssystem über die Zulagen erhalten hätten.

Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass dennoch alle Hebammen zu den Verlierern des Systems gehören.

Denn:

1. Sie bekommen den Zuschlag nur dann, wenn sie die Mindestanzahl der geforderten geburtshilflichen Leistung innerhalb eines festgelegten Zeitraumes erbringen.
2. Sie bekommen den Zuschlag nur dann, wenn sie die Antragsformalitäten einhalten können.
3. Alle Hebammen haben fest definierte Abzüge von den Gesamtprämien, die ihnen gar nicht erstattet werden.
4. Die Abzüge sind auch nicht dadurch auszugleichen, dass Hebammen mehr geburtshilfliche Leistungen erbringen.

Das bedeutet: Die nun festgelegte Berechnungsgrundlage der Höhe des Sicherstellungszuschlages hat zur Folge, dass es keiner Hebamme möglich ist, die vollständige Prämie zu erwirtschaften. Die Abzüge, die berechnet werden, sind in Prozentwerten angegeben. Das hat zur Folge, dass mit steigenden Haftpflichtkosten die Abzüge ebenfalls prozentual ansteigen. Damit wird die Summe von Jahr zu Jahr höher, die den Hebammen nicht ausgeglichen werden wird.

Hebammen, die sehr wenige geburtshilfliche Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen können, bekommen nun überhaupt keinen

Fragen und Antworten zum Schiedsbeschluss September 2015: Neufassung des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V



Ausgleich mehr. Denn der Anspruch für diesen Sicherstellungszuschlag ist an die Bedingung geknüpft, dass mindestens eine geburtshilfliche Leistung pro Quartal abgerechnet werden kann. Wenn diese aber – beispielsweise wegen des Ausschlusskriteriums Terminüberschreitung – kurzfristig abgesagt werden, fällt der Ausgleich weg.

Und auch für die weiteren in der Geburtshilfe tätigen Hebammen bedeutet die neue Form des Ausgleichs in den meisten Fällen eine systematische Verschlechterung. Denn es ist künftig nicht möglich durch Mehrleistung zu einem vollständigen Ausgleich zu gelangen. Diesen Nachteil kann auch die Tatsache nicht aufwiegen, dass in diesem Jahr die „durchschnittliche Hebamme“ mehr Ausgleichszahlung bekommen kann.

Aus der bisherigen Vergütung werden alle bisher erfolgten Ausgleichszahlungen für die Haftpflicht herausgerechnet. Eine Hausgeburt beispielsweise wird nicht mehr mit 861,62 Euro wie bisher vergütet, sondern nur noch mit 675,12 Euro. Zudem wird nicht die vollständige Prämie von derzeit 6.274,32 Euro erstattet, sondern nur 4.340,03 Euro.

Abgezogen wird zum Beispiel 5 Prozent für Haftpflichtanteile der nicht geburtshilflichen Leistungen und eine 7,5-prozentige Pauschale für Selbstzahler. Mit letzterem rechnen die Krankenkassen die privat versicherten Patientinnen aus der Prämie heraus. Für diese haben Hebammen aber zuvor auch immer einen Ausgleich der Haftpflichtprämien über die Privatgebührenverordnung erhalten. Die prozentualen Abzüge bewirken, dass bei jeder weiteren Prämienhöhung der Betrag, den die Hebamme für die Haftpflichtkosten selbst leisten muss, weiter ansteigt. Die Summe der nicht vergüteten Haftpflichtkosten steigt damit jedes Jahr. Aus diesen Gründen hat der DHV gegen diese neue Form des Ausgleichs gestimmt.

Wie erfolgt die Auszahlung des Sicherstellungszuschlages?

Der Sicherstellungszuschlag wird in vier gleichen Teilen vierteljährlich berechnet und auf Antrag einmal im Jahr ausbezahlt, wenn mindestens eine geburtshilfliche Leistung pro Quartal abgerechnet wurde. Einmalig kann auch die geburtshilfliche Leistung durch eine abgesagte geburtshilfliche Betreuung ersetzt werden (Vorlage der Kopie des Behandlungsvertrages). Da es durch die Ausschlusskriterien vermutlich zu einer Vielzahl an spät abgesagten Betreuungen in der Hausgeburtshilfe kommen wird, bewertet der DHV diese Vorgabe als höchst problematisch.

Der Sicherstellungszuschlag kann beim GKV-SV beantragt werden, wenn das entsprechende Formular veröffentlicht wurde. Es ist eine Anlage des neuen

Versorgungsvertrages. Sobald dieser veröffentlicht wurde, werden wir unsere Mitglieder [auf der Mitgliederseite](#) informieren.

Die Umsetzung des Sicherstellungszuschlages im jetzigen Vertrag ist in der beschlossenen Form nicht umsetzbar. Dies hat auch der GKV-SV inzwischen erkannt. Wir arbeiten im Augenblick an einer Vereinbarung zur Umsetzung, die dann geschlossen werden muss, wenn der Schiedsspruch im Bereich des Sicherstellungszuschlages bestehen bleiben sollte.

Welche Probleme sieht der DHV durch die neuen Regelungen?

Die Ausschlusskriterien sind nicht wissenschaftlich erwiesen. Sie sind eine willkürliche Sammlung von Befunden und stellen in vielen Fällen kein Risiko für die Frauen dar. Als Ausschlusskriterien schließen sie jedoch dennoch die Geburt im häuslichen Umfeld aus. Bei Vorliegen von „relativen Ausschlusskriterien“ obliegt die Einschätzung, ob es sich um ein individuelles Risiko handelt, fortan dem Facharzt.

Es ist aber originäre Aufgabe der Hebamme, eine normal verlaufende Schwangerschaft und Geburt zu betreuen und es ist ihre berufliche Kompetenz zu entscheiden, ob ein Risiko vorliegt, das ärztliche Betreuung notwendig macht, oder ob die Betreuung der Mutter oder das Kind allein durch die Hebamme erfolgen kann. Damit ist die berufliche Kompetenz und der Aufgabenbereich der Hebamme massiv eingeschränkt.

Frauen sind nicht gesetzlich verpflichtet, ärztliche Schwangerschaftsvorsorge in Anspruch zu nehmen. Sie wären dies nicht einmal bei Vorliegen eines tatsächlichen medizinischen Risikos. Zukünftig ist das anders: Möchten sie eine Hausgeburt haben, so sind sie künftig verpflichtet, ärztliche Vorsorge in Anspruch zu nehmen. Hinzu kommt, dass die Möglichkeit einer solchen Vorsorge nicht flächendeckend gewährleistet ist. Diese Regelung raubt den Frauen die Möglichkeit selbst zu entscheiden, wie viele und welche Vorsorgeuntersuchungen sie wahrnehmen wollen.

Die willkürliche Ansammlung der Befunde der Ausschlusskriterien entspricht auch nicht dem Gebot der angemessenen Versorgung und damit der Wirtschaftlichkeit. Denn es kann nicht im Sinne der Gesundheitsvorsorge sein, wenn diese über das medizinische Maß hinausgeht. Kliniken sind gut und wichtig für alle krankhaften Schwangerschafts- und Geburtsverläufe. Routineuntersuchungen bei gesunden Schwangeren überlasten das klinische Versorgungssystem. Dies gilt nicht nur für die Vorsorge der Frauen, die eine Hausgeburt wünschen. Dieses Problem betrifft das System der Schwangerenvorsorge in Deutschland insgesamt.

Die Ausschlusskriterien pathologisieren Schwangere unnötig. Sie greifen in das Berufsrecht von Hebammen ein und es kriminalisiert die Hebammen, die ihrer beruflichen Verpflichtung nachkommen, allen Frauen, unabhängig von

ihrer Möglichkeit der Selbstzahlung die Hausgeburt zu ermöglichen. Sie bleiben zwar in ihrem originären Arbeitsbereich, begehen aber durch die Abrechnung der Leistung mit den Krankenkassen Abrechnungsbetrug. Sie sind in jedem Fall in einem Dilemma: Dem Dilemma zwischen ihrer beruflichen Verpflichtung, ihrer beruflichen Ethik und den vertraglichen Pflichten gegenüber den Krankenkassen.

Die Ausschlusskriterien machen es ihnen unmöglich, der eigenen Fachkompetenz zu folgen und, wenn sie erkannt haben, dass für die Frau kein Risiko besteht, die Leistung als reguläre Kassenleistung anzubieten.

Können Hebammen entscheiden, wann ein Risiko vorliegt?

Ja, Hebammen sind dazu ausgebildet und nach ihrem Berufsrecht befugt. Es ist originäre Aufgabe der Hebamme, eine normal verlaufende Schwangerschaft und Geburt zu betreuen und es ist ihre berufliche Kompetenz zu entscheiden, ob ein Risiko vorliegt, das ärztliche Betreuung notwendig macht, oder ob die Betreuung der Mutter oder das Kind allein durch die Hebamme erfolgen kann. Durch die Ausschlusskriterien sind die berufliche Kompetenz und der Aufgabenbereich der Hebamme massiv eingeschränkt.

Hebammen und dem Hebammenverband wird vorgeworfen gegen Qualitätskriterien zu sein. Stimmt das?

Nein, das stimmt nicht. Selbstverständlich wollen Hebammen ihre Arbeit in hoher Qualität erbringen und der DHV stellt ihnen dazu beispielsweise ein Qualitätsmanagementsystem und zahlreiche Fortbildungen zur Verfügung. Der DHV ist der Meinung, dass eine hohe Qualität bei Hausgeburten durch Fortbildungen, Notfalltrainings, das vom DHV unterstützte CIRLS (Fälle für alle e. V.), sowie durch eine Dokumentation der Geburtsverläufe beim unabhängigen Institut QUAG sichergestellt wird und nicht durch diese vertraglich definierten Ausschlusskriterien. Diese Ausschlusskriterien als Qualitätskriterien zu bezeichnen ist fachlich falsch.