

Maßnahmen zur Verbesserung der Hebammenversorgung und -vergütung

Hebammen leisten einen wichtigen und unverzichtbaren Beitrag bei der Versorgung von Schwangeren, Müttern und Familien. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe und der Erhalt der Geburtshilfe durch freiberuflich tätige Hebammen sind daher von besonderer Bedeutung. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit in dieser Legislaturperiode sehr intensiv daran gearbeitet, insbesondere die Lage der freiberuflichen Hebammen zu verbessern. Dabei wurden die im Rahmen der interministeriellen Arbeitsgruppe (IMAG) Hebammenhilfe im Jahr 2013 erörterten Themen und Probleme umfänglich aufgenommen.

Vergütung der freiberuflichen Hebammen

Die gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass die Einzelheiten der Versorgung mit Hebammenhilfe einschließlich der abrechnungsfähigen Leistungen, der Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der Vergütung von Hebammenleistungen vom GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen auf Bundesebene vertraglich vereinbart werden. Kommt eine Einigung nicht zustande, wird der Vertragsinhalt durch eine Schiedsstelle festgesetzt, die von jeder Vertragspartei angerufen werden kann.

In den vergangenen Jahren sind die Haftpflichtversicherungsprämien für Hebammen, die freiberufliche Geburtshilfe anbieten, erheblich angestiegen. Vor allem für Hebammen, die nur wenige Geburten im Jahr betreuen, stellte dies eine große finanzielle Belastung dar, da in diesem Fall die Kosten für die Haftpflichtprämie durch die Leistungsvergütung nur schwer erwirtschaftet werden konnten.

Um die Hebammen kurzfristig finanziell zu entlasten, wurden daher mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) im Jahr 2014 die Regelungen zur Hebammenvergütung weiterentwickelt. Damit wurden die gesetzlichen Grundlagen verbessert, um eine finanzielle Überforderung von Hebammen durch steigende Versicherungsprämien zu vermeiden.

Zusätzlich zu den ohnehin schon gesetzlich vorgesehenen Vergütungsanpassungen bei Prämien-erhöhungen wurde die Erhöhung der Haftpflichtprämien zum 1. Juli 2014 durch einen zusätzlichen Vergütungszuschlag auf Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen abgedeckt, bei denen typischerweise deutlich weniger Geburten als im Durchschnitt betreut werden können. Dies sind geburtshilfliche Beleghebammenleistungen mit 1:1-Betreuung ohne Schichtdienst sowie Geburtshilfeleistungen bei Hausgeburten oder in Geburtshäusern. Auf Grundlage der durch das GKV-

FQWG geänderten Rechtslage konnten sich der GKV-Spitzenverband und Hebammenverbände in der Folge auf eine deutliche Erhöhung der Leistungsvergütung einigen.

Für Geburtshilfeleistungen seit dem 1. Juli 2015 erhalten Hebammen, die die notwendigen Qualitätsanforderungen erfüllen, zudem auf Antrag einen Sicherstellungszuschlag (§ 134a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)). Er ist eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe. Durch den Sicherstellungszuschlag werden Prämiensteigerungen bei der Berufshaftpflichtversicherung ausgeglichen und freiberuflich tätige Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen, dauerhaft finanziell entlastet.

Der Sicherstellungszuschlag wird seit Januar 2016 ausgezahlt und wurde nach Information des GKV-Spitzenverbands (Stand: 11. August 2017) inzwischen von über 2.600 freiberuflichen Hebammen beantragt. Insgesamt wurden danach bereits rund 12,6 Mio. Euro an freiberufliche Hebammen ausgezahlt. Der Sicherstellungszuschlag ist so konzipiert, dass sich der Auszahlungsbetrag für die Hebamme, die Geburtshilfe anbieten, automatisch erhöht, wenn die Haftpflichtprämie des Versicherers für geburtshilflich tätige Hebammen erhöht wird. So wurde auch die letzte Prämienerrhöhung zum 1. Juli 2016 aufgefangen. Das Verfahren der Beantragung und Auszahlung der Sicherstellungszuschläge hat sich mittlerweile etabliert und wird gut von den Hebammen angenommen.

Insbesondere auch mit Blick auf den Sicherstellungszuschlag erkennt auch Frau Susanne Steppat, Präsidiumsmitglied des Deutschen Hebammenverbands (DHV) an, dass Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in dieser Legislaturperiode für die Geburtshilfe einiges herausgeholt habe (Sächsische Zeitung vom 8. September 2017).

Entscheidung der Schiedsstelle vom 5. September 2017

Nachdem die Schiedsstelle in ihrem Beschluss vom 24./25. September 2015 überwiegend Fragen des Sicherstellungszuschlags und der Qualitätssicherung entschieden hat, sollten die wesentlichen Vergütungsfragen zwischen GKV-Spitzenverband und Hebammenverbänden im Konsens gelöst werden. Da sich die Vertragsparteien auch nach langwierigen Verhandlungen nicht auf die Höhe der Vergütungsanhebungen und Änderungen in der Struktur der Vergütung der Beleghebammen einigen konnten, hat der GKV-Spitzenverband im Februar 2017 erneut die gemeinsame Schiedsstelle angerufen. Ziel war die Festsetzung der noch offenen Teile des Hebammenhilfvertrages durch die Schiedsstelle.

Die im Falle des Scheiterns von Vertragsverhandlungen für die Festsetzung des Hebammenhilfvertrages zuständige Schiedsstelle nach § 134a Absatz 4 SGB V setzt sich zusammen aus drei unparteiischen Mitgliedern (Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Jürgen Papier (Vorsitzender), Prof. Dr. Robert Francke und Birgitt Bender) sowie jeweils drei Vertretern der Hebammenverbände und des GKV-Spitzenverbandes. Die Entscheidung erfolgt mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder.

Nachdem zwei Verhandlungstermine vor der Schiedsstelle erfolglos blieben und auch ein erneuter Versuch, im Rahmen der Verhandlung am 5. September 2017 einen Konsens zu finden, gescheitert ist, hat die Schiedsstelle mehrheitlich für einen gemeinsamen Antrag des Bundes freiberuflicher Hebammen (BfHD) und des GKV-Spitzenverbandes gestimmt, so dass der Hebammenhilfvertrag nun in der von GKV-Spitzenverband und BfHD in ihrem Antrag enthaltenen Fassung Wirksamkeit erlangt.

Der Antrag sieht folgende Kernpunkte vor:

- Lineare Anhebung der Vergütungen für die im Vergütungsverzeichnis aufgeführten Leistungen um 17 % rückwirkend ab 15. Juli 2017
- Strukturelle Änderungen bei der Vergütung der Leistungen der Beleghebammen mit Wirkung ab 1. Januar 2018:
 - Differenzierung zwischen Dienst-Beleghebammen (Hebammen, die im Dienst- oder Schichtsystem arbeiten) und Begleit-Beleghebammen (Hebammen, die Schwangere zur geplanten Geburt ins Krankenhaus begleiten) mit unterschiedlichen Vergütungsregeln
 - Festlegung der 1:2-Betreuung als Regelfall bei Dienst-Beleghebammen (d.h. Dienst-Beleghebammen sollen Leistungen bei höchstens zwei Versicherten zur gleichen Zeit erbringen können). Unaufschiebbare Leistungen für eine weitere Versicherte können bis zum Eintreffen einer weiteren Hebamme (z. B. aus dem Bereitschaftsdienst) darüber hinaus längstens für eine Stunde abgerechnet werden.
 - Verkürzung des Zeitraums, der bei der Abrechnungsposition „Hilfe bei der Geburt eines Kindes im Krankenhaus“ pauschal abgegolten wird (Pauschale deckt statt bisher bis zu acht Stunden vor der Geburt nur den Zeitraum bis zu einer Stunde vor der Geburt ab, für die übrigen Stunden vor Geburt können nunmehr zusätzlich weitere Positionen abgerechnet werden, z. B. Hilfe bei Wehen, CTG-Messung, Abhören der Herztöne des Babys)
- Einführung neuer Leistungen (z. B. drittes Vorgespräch in der Schwangerschaft, Einzelunterweisung zur Geburtsvorbereitung (nicht nur Gruppenkurse))
- Laufzeit des Vertrages bis 1. Juli 2020.

Der DHV hat den gemeinsamen Antrag des BfHD und des GKV-Spitzenverbandes gegenüber der Schiedsstelle abgelehnt.

Naturgemäß wird die Entscheidung der Schiedsstelle von den Beteiligten unterschiedlich bewertet.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Entscheidung als gutes Ergebnis und betont besonders die deutliche Anhebung der Leistungsvergütung sowie die Möglichkeit der besseren und individuellen Betreuung der Schwangeren durch Beleghebammen, die durch die strukturellen Änderungen der Regelungen zu den Beleghebammen bewirkt werde. So führen die neuen Leistungen aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zusammen mit den Neustrukturierungsmaßnahmen für die persönlichere Betreuung in der klinischen Geburtshilfe zu weiteren Mehreinnahmen der Hebammen über die 17 prozentige Honorarerhöhung hinaus, die vom GKV-Spitzenverband auf bis zu 5 Prozent kalkuliert werden.

Der BfHD weist darauf hin, dass er sich am Machbaren orientiert und keine Utopien verfolgt habe und bewertet den Schiedsspruch insgesamt positiv. Er hebt hervor, dass alle Hebammen eine höhere Vergütung erhalten und das Recht der gebärenden Frauen, eine weitgehend individuelle Betreuung zu erfahren, gestärkt werde. Von der Vergütungserhöhung von 17% würden nicht nur die außerklinisch tätigen Hausgeburtshebammen und Hebammen in Geburtshäusern profitieren, sondern auch die Beleghebammen. Der BfHD geht davon aus, dass der Schiedsspruch durch die Vergütungserhöhung und die strukturellen Veränderungen mit der Möglichkeit, weitere Leistungen abzurechnen, insgesamt bei Beleghebammen deutliche Mehreinnahmen ermögliche.

Der DHV dagegen kritisiert die Entscheidung der Schiedsstelle, mit der aus seiner Sicht weitreichenden Einschnitte in die Berufsausübung von freiberuflichen Hebammen beschlossen worden seien und die gravierende Auswirkungen auf die geburtshilfliche Versorgung von Frauen haben werde. Aus Sicht des DHV hätten Beleghebammen ab 2018 Einschränkungen bei der Abrechnung von Leistungen hinzunehmen und es sei mit einem Ausstieg von Beleghebammen aus der Geburtshilfe und damit mit Engpässen bei der Versorgung zu rechnen. Auch sei die Grundvergütung von Hebammen bisher so gering, dass eine Erhöhung um 17% zu wenig Wirkung zeige.

Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass mit dem Schiedsspruch für viele Hebammen deutliche Vergütungserhöhungen erreicht werden können und eine individuelle Betreuung der schwangeren Frauen und Gebärenden befördert wird.

Haftpflichtversicherung der Hebammen

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) wurde im Juli 2015 neben den Verbesserungen der Hebammenvergütung auch geregelt, dass Kranken- und Pflegekassen in bestimmten Fällen keine Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen erheben können.

Das soll dazu beitragen, die Versicherungsprämien langfristig zu stabilisieren, einen weiteren Anstieg zu bremsen und Hebammen finanziell zu entlasten. Zugleich bleibt sichergestellt, dass ein durch einen Behandlungsfehler geschädigtes Kind und seine Familie weiterhin die erforderliche, angemessene Hilfe und Unterstützung erhalten.

Auf Basis der geänderten Gesetzeslage haben sich der DHV und das Versicherungskonsortium um die Versicherungskammer Bayern (VKB) im Juni 2017 auf eine vierjährige Verlängerung des Gruppenversicherungsvertrags bis Mitte 2021 zu guten Konditionen geeinigt. Die vereinbarten Prämiensteigerungen für Hebammen mit Geburtshilfe sind moderat (2018: 7 %, 2019: 6 %, 2020: 5 %) und es ist eine erhebliche Anhebung der Deckungssumme für Personenschäden auf insgesamt 10 Mio. Euro vorgesehen. Damit erhalten freiberuflich in der Geburtshilfe tätige Hebammen Planungssicherheit für die nächsten Jahre und werden hinsichtlich der Gefahr einer persönlichen Haftung entlastet.

Damit der Regressverzicht seine Wirkung zukünftig entfalten kann, ist insbesondere eine Verständigung zwischen Versicherungswirtschaft und Krankenkassen über die derzeit in der Abwicklung befindlichen Altfälle notwendig. Hier sind die weiteren Gespräche abzuwarten. Ein möglicher Vergleich böte die Chance einer erheblichen Entlastungswirkung auf die weitere Prämienentwicklung.

Hebammenversorgung in den Krankenhäusern

Im Hinblick auf das stationär-geburtshilfliche Versorgungsangebot ist hervorzuheben, dass die Sicherstellung der bedarfsgerechten stationären Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der Krankenhausplanung allein den Ländern obliegt. Diese haben die Versorgungsangebote im stationären Bereich unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Versorgungsbedarfs angemessen weiterzuentwickeln.

Im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag erteilt, bundeseinheitliche Kriterien für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser zu entwickeln (§ 136c Absatz 3 SBG V i. V. m. §17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)). Hiervon können auch stationär-geburtshilfliche Einrichtungen in strukturschwachen Gebieten profitieren. Sicherstellungszuschläge können für Krankenhäuser vereinbart werden, wenn die Vorhaltung der stationären Leistungen des gesamten Krankenhauses auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend finanzierbar ist, die Leistungen aber zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendig sind und nicht von einem anderen Krankenhaus in zumutbarer Entfernung ohne Zuschlag erbracht werden können. Auf der Grundlage des am 24. November 2016 gefassten Beschlusses des G-BA können seit 2017 Sicherstellungszuschläge von den Vertragsparteien vor Ort vereinbart werden. Hiervon werden voraussichtlich ca. 70 Krankenhäuser profitieren, sofern sie aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs ein Defizit aufweisen. Zusätzlich prüft eine Arbeitsgruppe beim G-BA, ob eine besondere Berücksichtigung von Geburtshilfeabteilungen beim Sicherstellungszuschlag angezeigt ist.

Die konkrete Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen in der stationären Hebammenversorgung ist originäre Aufgabe der Krankenhäuser, die auch für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für Hebammen Sorge zu tragen haben. Der Einsatz von Personal und die Personalplanung unterliegen der Organisationshoheit der einzelnen Krankenhäuser. Das BMG befindet sich in engem Austausch mit der DKG, um gemeinsam geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden und ausreichenden Hebammenversorgung in den Krankenhäusern zu prüfen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Anzahl an in den Krankenhäusern festangestellten Hebammen/Entbindungspflegern nach Angaben des Statistischen Bundesamtes seit dem Jahr 1991 stetig angestiegen ist, bei einem gleichzeitigen Rückgang der Geburtenzahlen. Erst seit 2011 können erfreulicherweise wieder steigende Geburtenzahlen verzeichnet werden. Somit entsprachen die 737.575 Geburten im Jahr 2015 in etwa dem Stand des Jahres 2001. Bei in etwa gleicher Geburtenzahl hat sich die Anzahl an festangestellten Hebammen von 7.843 im Jahr 2001 auf 9.081 im Jahr 2015 um

rund 16 Prozent erhöht. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich der Anteil an Teilzeitbeschäftigten deutlich erhöht hat (während im Jahr 2001 etwa 55 Prozent der festangestellten Hebammen in Teilzeit tätig waren, betraf dies im Jahr 2015 rund 72 Prozent). Im gleichen Zeitraum ist zudem die Anzahl an Beleghebammen von 1.663 auf 1.838 um rund 10,5 Prozent gestiegen. Die Anzahl der Vollzeitäquivalente der in den Kliniken beschäftigten Hebammen liegt seit 2012 konstant bei 6.000. Die Finanzierung von stationären Leistungen der Geburtshilfe erfolgt durch Fallpauschalen, wobei die Vergütungen auf Basis der von Krankenhäusern selbst gelieferten Kosten- und Leistungsdaten vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich neu kalkuliert und kontinuierlich weiter entwickelt werden. Die aufwandsgerechte Vergütung stationärer Leistungen der Geburtshilfe durch die pauschalierenden Entgelte wird dadurch stetig verbessert. Für die erfolgreiche Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems und zur Förderung von dessen Akzeptanz erfolgt beim InEK die Einbindung externen Sachverständigen in einem regelhaften Verfahren. In dem dazu eingerichteten Vorschlagsverfahren können alle Beteiligten entsprechende Vorschläge einreichen. Auch für den Entgeltkatalog für das Jahr 2017 hat das InEK Verbesserungen vorgenommen, so dass dieser für den Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 25 Fallpauschalen umfasst. Die Leistungen der in Krankenhäusern beschäftigten Hebammen sind darin enthalten.

Verbesserungen der Hebammenversorgung durch das Präventionsgesetz

Weitere Verbesserungen hinsichtlich der Hebammenversorgung wurden mit dem am 25. Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz erreicht. So ist im Präventionsgesetz geregelt, dass der Zeitraum der Hebammenhilfe für die Wochenbettbetreuung vier Wochen länger als bisher, also für zwölf Wochen, sichergestellt wird. Auf ärztliche Anordnung hin kann die Betreuung auch zusätzlich verlängert werden.

Datenlage hinsichtlich der Hebammenversorgung

Hinsichtlich der Datenlage zur Hebammenversorgung hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren verschiedene Aktivitäten unternommen, um die Situation zu verbessern.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat ein Gutachten zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der Hebammenhilfe in Auftrag gegeben, das im Mai 2012 veröffentlicht wurde. Es ermöglicht u.a. einen detaillierten Blick in die Versorgungslage mit Hebammenleistungen in Deutschland.

Im Rahmen der IMAG wurde eine Ausweitung der amtlichen Statistik (KG 2) zur Erfassung der Geburten nach dem Ort der Geburt vereinbart. In Umsetzung dieser Vereinbarung wird nun die außerklinische Geburt nach dem Ort der Geburt (Geburtshaus, Hausgeburt, ärztlich geleitete Einrichtung) statistisch erfasst.

Zur genaueren Erfassung des Geburtsorts wurde in der IMAG zudem eine Erweiterung der Bevölkerungsstatistik diskutiert. Diese Idee ist mangels ausreichender Informationen der Melde- und Personenstandsregister zum Geburtsort nicht realisierbar. Im Nachgang zur IMAG hat die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) geprüft, ob eine bundesweite Statistik zur Hebammentätigkeit (inklusive Leistungsspektrum, regionaler Einsatzort und freiberuflich angebotene Leistungen) erstellt werden kann. Dieses Vorhaben der AOLG konnte jedoch mangels Beteiligung aller Länder an der dazu durchgeführten Abfrage nicht realisiert werden.

Zusätzlich hat das Bundesministerium für Gesundheit ein Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflichen Hebammen betreuten Geburten in die Wege geleitet. Dieses Gutachten wird sicherlich wertvolle Erkenntnisse für die Qualitätssicherung in der Geburtshilfe liefern. Ergebnisse werden voraussichtlich Anfang des Jahres 2018 vorliegen.

Zudem wird darauf hingewiesen, dass seit dem Berichtsjahr 2011 durch den Mikrozensus Hebammen auch gesondert ausgewiesen werden. Damit ist eine Differenzierung der Beschäftigungsverhältnisse der Hebammen in Haupt- und Nebenerwerbstätigkeit sowie in selbständige und angestellte Tätigkeit und nach durchschnittlicher Wochenarbeitszeit (sowie Differenzierung nach Teilzeit/Vollzeit) möglich.

Leitlinienentwicklung im Bereich der Geburtshilfe

Im Rahmen der IMAG wurden u.a. auch verschiedene Forschungsbedarfe zum Themenbereich Geburtshilfe identifiziert. Im Rahmen des Begleitschreibens von Bundesminister Gröhe vom 29. April 2014 zur Veröffentlichung des Abschlussberichts der IMAG wurde zur Verbesserung der Qualitätssicherung insbesondere die Erarbeitung einer hochwertigen interdisziplinären Leitlinie zur Geburtshilfe durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) befürwortet und diesbezüglich eine Unterstützung durch das BMG zugesagt. Dabei wurde in der Konzeptionsphase deutlich, dass zwei getrennte Leitlinien erforderlich sind: Zur vaginalen Geburt sowie zum Kaiserschnitt.

Die aus dem Ministerschreiben hervorgegangenen konkreten vier Forschungsvorhaben zur Auswertung des aktuellen Forschungsstandes zu Kaiserschnitten hatten ein Auftragsvolumen von insgesamt 150.000 Euro und wurden Mitte Januar 2017 veröffentlicht. Die Ergebnisse der Studien fließen in eine interdisziplinäre S3-Leitlinie „Kaiserschnitte“ ein, die derzeit von den zuständigen Fachgesellschaften erarbeitet wird.

Eine den Fachgesellschaften in Aussicht gestellte Unterstützung des BMG hinsichtlich der Entwicklung einer interdisziplinären S3-Leitlinie zur natürlichen Geburt erfolgt durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das für zentrale Fragen der Leitlinie aktuell die Ergebnisse von vertieften Evidenzrecherchen aufbereitet. Die Ergebnisse des Vorhabens finden direkt Eingang in die Erstellung der interdisziplinären Leitlinie zur natürlichen Geburt durch

die AWMF. Das für 24 Monate geplante Projekt wurde im Oktober 2016 begonnen und wird mit Mitteln des BMG finanziert.