



BfHD e.V.
Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.

**Stellungnahme des
BfHD – Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.
zum Entwurf eines Gesetzes
zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten
(Patientenrechtegesetz)
vom 16. Januar 2012**

BfHD – Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.
Kasseler Straße 1a
60486 Frankfurt/M.
Tel.: 069/79534971
Mail: geschaeftsstelle@bfhd.de
Internet: www.bfhd.de

A. Einleitung

Der BfHD vertritt die wirtschaftlichen und berufspolitischen Interessen von über 1.000 freiberuflich tätigen Hebammen gegenüber Politik, Behörden, Gewerkschaften, Gerichten, anderen Verbänden und der Öffentlichkeit unter Wahrung parteipolitischer und konfessioneller Neutralität. Freiberufliche Hebammen arbeiten in eigener Praxis, als Beleg-Hebamme, im Geburtshaus oder als Familien-Hebamme. Der BfHD ist „maßgeblicher Berufsverband“ zur Versorgung mit Hebammenhilfe und zur Vergütungsfindung nach § 134a SGB V.

Der gemeinsame Gesetzentwurf von Bundesjustiz- und Bundesgesundheitsministerium verfolgt das Ziel, die Rechte von Patientinnen und Patienten zu stärken und in einem einheitlichen Gesetz zu bündeln. Der BfHD begrüßt dies im Grundsatz, vertritt jedoch die Auffassung, dass Hebammen aufgrund der Eigenart ihrer Leistungserbringung eine Sonderstellung im bundesdeutschen Gesundheitssystem inne haben und deshalb durch den vorliegenden Gesetzentwurf sachfremd und unverhältnismäßig belastet werden. Zu kritisieren ist ferner, dass der vorliegende Gesetzentwurf die Rechte von Patienten stärken soll, die einzufordernden Pflichten von Patienten, die hiermit in Sachzusammenhang stehen, jedoch nahezu unberührt lässt.

Bundesgesundheits- und Bundesjustizministerium argumentieren (und Verbraucherschützer kritisieren), der Gesetzgeber vollziehe im Wesentlichen nur nach, was seit Jahren gängige Rechtsprechungspraxis sei. Dies mag so sein. Verkannt wird jedoch, dass im Gesetz nach „Schema F“ geregelt werden soll, was im Gerichtsverfahren – aus gutem Grund - einer Betrachtung des individuellen Einzelfalls unterliegt. Gerade in Fragen der Berufshaftung liegen selten standardisierbare Sachverhalte vor, die pauschalierende Beurteilungen erlauben.

Für den Bereich der Hebammen stellt sich ferner die Frage, ob Hebammen überhaupt Leistungserbringer im Sinne eines Patientenrechtegesetzes sein können, da Schwangere im Wortsinn keine „Patienten“ sind. WIKIPEDIA definiert den Patient als *„eine Person, die an einer Krankheit oder an den Folgen eines Unfalls leidet und deshalb medizinisch behandelt wird.“* Eine Schwangerschaft ist aber gerade keine Krankheit. Hebammenleistungen sind daher auch keine Eingriffe im Sinne eines medizinischen Korrektivs, auf dem jedoch der Entwurf des Patientenrechtegesetzes basiert. Der BfHD bezweifelt daher, dass Hebammen Normadressaten des vorliegenden Gesetzentwurfes sein können.

B. Stellungnahme im Einzelnen

1. Behandlungsvertrag

Aktuell gibt es in Deutschland keine spezielle gesetzliche Grundlage für einen Behandlungsvertrag. Der jetzt vorgelegte Referentenentwurf sieht vor, das Dienstvertragsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) durch einen 2. Untertitel mit der Überschrift „Behandlungsvertrag“ zu ergänzen durch Einfügung der neuen §§ 630a bis 630h BGB. Im Wesentlichen wird hierdurch die aktuelle Rechtsprechung zum Behandlungsvertrag kodifiziert.

Der Ergänzungsvertrag zum Vertrag zur Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V sieht für die außerklinische Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung („Geburtshaus“) auf Betreiben des GKV-Spitzenverbandes schon heute den Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrages verbindlich vor. Der BfHD hält die nun auch vom Gesetzgeber geforderte Verschriftlichung allerdings für überzogen. Zumindest, wenn die Leistungserbringung einer freiberuflich tätigen Hebamme nicht klar abgegrenzt und definiert ist, was typischerweise bei der sog. „1:1-Betreuung“ der Fall ist, ggf. sogar vom Beginn der Schwangerschaft an bis zum Ende der nachgeburtlichen Betreuungszeit, sollte es für die Leistungsbereiche „Schwangerenvorsorge“ und „Wochenbettbetreuung“ dabei bleiben, dass eine übereinstimmende Willenserklärung dadurch zustande kommt, dass die Schwangere/Mutter Termine nachfragt, erhält und wahrnimmt.

Gegen einen all-umfassenden schriftlichen Behandlungsvertrag für jedwede Hebammenleistung spricht auch, dass im Vorhinein oft noch gar nicht absehbar ist, welche Leistungen im Laufe der Schwangerschaft und ggf. danach nachgefragt werden. Ein solcher schriftlicher Behandlungsvertrag wäre überaus intransparent und bürokratisch. Gleiches würde gelten, wollte man für jede nicht a priori geplante Einzelleistung sukzessive einen separaten schriftlichen Behandlungsvertrag fordern.

2. Aufklärungspflichten

Die Pflicht zur Aufklärung des Patienten, seine medizinische Behandlung betreffend, soll im neuen § 630e BGB geregelt werden und wird im Grundsatz vom BfHD begrüßt. Für das Tätigkeitsprofil von Hebammen trifft der Regelungsinhalt von § 630e BGB allerdings überwiegend nicht zu, da die Aufklärungspflicht des Leistungserbringers ausdrücklich auf dem Begriff des „Eingriffs“ fußt.

Schwangerschaftsvorsorge und Wochenbettbetreuung, dies dürfte unstrittig sein, stellen keinen medizinischen Eingriff im Sinne des Gesetzes dar, sollten daher auch nicht der Aufklärungspflicht unterliegen. Hierauf sollte in § 630e BGB ausdrücklich und einschränkend hingewiesen werden.

Aber auch die Geburtsbegleitung ist nach Auffassung des BfHD kein „Eingriff“ im Sinne eines medizinischen „Korrektivs“ auf das § 630e BGB abzielt. Die Geburt eines Menschen ist ein natürlicher physiologischer Vorgang und kein die Gesundheit wiederherstellender Eingriff nach Krankheit oder Unfall.

Eine umfassende Aufklärung über alle Eventualitäten und Konstellationen, die bei einer Geburt theoretisch auftreten können, sprengt nicht nur den Rahmen eines sinnvollen Aufklärungsgesprächs, es verunsichert auch in unnötiger Weise werdende Eltern.

Die Aufklärung nach § 630e Abs. 2 BGB muss durch einen an der Durchführung des Eingriffs Beteiligten erfolgen. Für freiberuflich in eigener Praxis tätige Hebammen in der Geburtshilfe und Beleg-Hebammen sollte diese Anforderung im Regelfall erfüllbar sein. In einem Geburtshaus, wie wohl auch in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen, dürfte diese Pflicht hingegen organisatorisch schwer umsetzbar sein.

3. Dokumentationspflichten

Erstmals sollen auch Dokumentationspflichten von Leistungserbringern im Gesundheitswesen gesetzlich kodifiziert werden. Die Pflicht zur Dokumentation ist im Grundsatz schon jetzt in allen 16 Landes-Berufsordnungen der Hebammen festgeschrieben. Zudem fordern auch die Haftpflichtversicherer seit Neuestem, dass die Schwangere rechtzeitig vor der Geburt in einem persönlichen Gespräch aufzuklären und die Aufklärung schriftlich zu dokumentieren ist. Für Aufklärung und Dokumentation ist ein vom BfHD erarbeiteter und vom Versicherer akzeptierter Aufklärungsbogen zu verwenden.

Die in § 630f BGB vorgesehenen Regelungen zur Dokumentation, dem Arztrecht entlehnt, werden deshalb vom BfHD für den Bereich der Hebammen für unnötig restriktiv erachtet.

Auch ist in der Praxis, insbesondere bei elektronisch geführten Patientenakten, schwer umsetzbar, diese so zu handhaben, dass eine frühere Eintragung später noch erkennbar ist. Dies macht die Patientenakte nicht nur unübersichtlich und bläht sie auf, der Leistungserbringer wird durch diesen „Mißtrauenspassus“ praktisch auch unter Generalverdacht gestellt.

Kritisch wird ferner gesehen, dass auch solche Maßnahmen und Ergebnisse zu dokumentieren sind, die für die künftige Behandlung von Bedeutung sind oder sein können. Dieses Erfordernis birgt gerade im Hebammenbereich aufgrund des schwer in allen Aspekten vorhersehbaren Schwangerschaftsverlaufs ganz erhebliche Risiken eines Dokumentationsfehlers bzw. führt dazu, dass frühere Eintragungen korrigiert werden müssen. Es kann hierdurch der fälschliche Eindruck entstehen, die Hebamme habe diagnostisch unzureichend agiert.

4. Qualitätsmanagement

Fehler in der ordnungsgemäßen Berufsausübung („Kunstfehler“) können gerade im Bereich der Geburtshilfe zu schwerwiegenden, teilweise irreversiblen gesundheitlichen Schäden bis hin zum Tod von Mutter und Kind führen. Nicht zuletzt die hohen und dynamisch weiter steigenden Prämien zur Berufshaftpflicht von in der Geburtshilfe tätigen Hebammen sind Ausfluss dessen. Anzumerken ist in diesem Kontext allerdings, dass zwar die Entschädigungssummen in den letzten Jahren (aufgrund von Umständen, die hier nicht zu erörtern sind) deutlich gestiegen sind, nicht jedoch die Anzahl haftungsrelevanter Schadensfälle.

Hebammen haben daher von sich heraus ein fundamentales Interesse an einer qualitativ herausragenden Leistungserbringung. Freiberufliche Hebammen in der außerklinischen Geburtshilfe stehen zudem in hartem Wettbewerb mit der klinischen Geburtshilfe, wobei Erstere, dies belegt z.B. eine wissenschaftliche Studie des GKV-Spitzenverbandes für den Bereich der Geburtshäuser, den qualitativen Wettbewerb mit Kliniken nicht zu scheuen brauchen. Dies ist u.a. auch ein Verdienst der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG), die 1999 von den nach § 134a SGB V maßgeblichen Hebammenverbänden gegründet wurde und verdienstvolle Arbeit leistet. Hinzu kommt, dass alle Landes-Berufsordnungen der Hebammen die Verpflichtung vorsehen, den Beruf entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Technik gewissenhaft auszuüben und sich beruflich fortzubilden.

Eines gesetzlich kodifizierten Qualitätsmanagements entsprechend des neuen § 137 Abs. 1c SGB V bedarf es daher, jedenfalls für den Bereich der Hebammen, nicht. Insbesondere ist zu kritisieren, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement auch für Hebammen Mindeststandards für Risikomanagement und Fehlervermeidungssysteme festlegen soll. Es steht zu befürchten, dass der Gemeinsame Bundesausschuss – traditionell humanmedizinisch dominiert – Richtlinien verfasst, die ungeachtet der inhomogenen Struktur der Leistungserbringung im Gesundheitswesen keine ausreichenden Spezifizierungen, beispielsweise für Hebammen, vorsehen. Diese Einschätzung erscheint insbesondere auch deshalb realistisch, weil - entgegen wiederholter Forderung seitens der Hebammenverbände - Hebammen nicht im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten sind. Es steht demnach zu befürchten, dass Hebammen ein Qualitätsmanagementsystem „übergestülpt“ werden soll, das in keiner Weise mit den Gegebenheiten und Besonderheiten dieses Berufszweiges korrespondiert.

Fehlern in der Geburtshilfe lässt sich nicht mit denselben Fehlermeldesystemen begegnen, wie sie in anderen Zweigen der Gesundheitsberufe, z.B. in der chirurgischen Medizin, angezeigt sind. Die Geburtshilfe lässt sich, anders als im medizinischen Bereich, im Regelfall nicht in von vornherein strukturierbare und planbare Einzelschritte separieren. Es ist im Hebammenbereich daher ein anderer Kriterienkatalog an Qualitätsindikatoren anzuwenden, der aufgrund der Sonderrolle im Gesundheitswesen für keinen anderen Leistungszweig passen dürfte.

Sollte der Gesetzgeber daran festhalten wollen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss auch für Hebammen Richtlinien für ein Qualitätsmanagementsystem erarbeitet, so hält es der BfHD für dringend erforderlich, dass die Hebammenverbände in die Erarbeitung derselben einbezogen werden. Der BfHD wiederholt an dieser Stelle nochmals seine Forderung, dass die Hebammenverbände Sitz und Stimme im Gemeinsamen Bundesausschuss erhalten. Es erscheint als erhebliche Schiefelage, wenn in diesem Gremium allein Gynäkologen die Geburtshilfe repräsentieren, obgleich sie im Rahmen der „normalen“ Geburt lediglich hinzuziehenden Charakter haben. Leiter der Geburt sind, so bestimmt es das Gesetz, exklusiv Hebammen.

5. Haftungsregelungen

In § 630h BGB sollen erstmals Regelungen zur Tragung der Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler gesetzlich festgeschrieben werden. Die vorgesehenen Kriterien, die die Vermutung begründen, dass ein grober Behandlungsfehler vorliegt bzw. die eine Beweislastumkehr bei weniger groben Behandlungsfehlern nach sich ziehen, entsprechen – bedauerlicherweise – weitgehend praktizierter Rechtsprechung zur Beweislastverteilung im Arztrecht. Damit wird eine aus Sicht des BfHD fragwürdige Rechtsauffassung auch für andere Gesundheitssparten „zementiert“, wonach bei einem Körperschaden nicht per se Derjenige beweispflichtig ist, der sich im Streitfall beschwert sieht. Geschuldet wird vom Leistungserbringer im Übrigen kein Behandlungserfolg, sondern lediglich sein Bemühen hierzu und eine fehlerfreie Behandlung.

Die vorgesehene Beweislastumkehr bei

Verwirklichung eines Behandlungsrisikos, das für den Leistungserbringer voll beherrschbar war

nicht eingeholter Einwilligung des Patienten zur Behandlung

nicht oder nicht ausreichender Aufklärung des Patienten mit der Folge einer vermuteten Nicht-Einwilligung

nicht oder nicht ordnungsgemäß geführter oder aufbewahrter Dokumentation in der Patientenakte

fehlender Eignung/Befähigung des Leistungserbringers

wird, wenngleich dies vielfach der Rechtsprechungspraxis entspricht, vom BfHD, jedenfalls für den Bereich der Leistungserbringung durch Hebammen, strikt abgelehnt. Eine Beweislastumkehr ist im Bereich der Geburtshilfe als Sonderfall im Gesundheitswesen nicht praktikabel, weil bei Neugeborenen nicht feststellbar ist, ob das Kind vor der Geburt gesund war oder ob nicht bereits im Mutterleib eine Schädigung vorlag. Damit ist die Beweisführung durch die Hebamme, dass ein Schadensfall **nicht** ursächlich war, schlechterdings eine Unmöglichkeit.

Problematisch erscheint auch die vorgesehene Regelung, dass bei groben Behandlungsfehlern stets die Vermutung eines Behandlungsfehlers gegeben sein soll, wenn dieser im Grundsatz auch nur „geeignet“ ist, den tatsächlich eingetretenen Schaden herbeizuführen. Selbst wenn die Rechtsprechung Grundsätze zur Abgrenzung eines groben von einem nicht groben Behandlungsfehler herausgearbeitet hat, ist allein durch den Streitpunkt „Geeignetheit“ eine Flut von Rechtsstreitigkeiten vorprogrammiert.

Die vom Gesetzgeber im neuen § 630h BGB genannten Sachgründe für die Tragung der Beweislast sollen, auch wenn eine Beweislastumkehr - jedenfalls für Hebammen - aus den o.g. Gründen abgelehnt wird, natürlich nicht sanktionslos bleiben. Schon heute sehen viele Versicherer im Bereich der Berufshaftpflicht, so auch im Bereich der Hebammen, zum Teil hohe Eigenbehalte vor, wenn die Leistungserbringung nicht ordnungsgemäß im Sinne der im vorliegenden Gesetzentwurf zu kodifizierenden Regelungen dokumentiert wird. Dies erscheint auch sachgerecht und verhältnismäßig. Nicht sachgerecht und verhältnismäßig ist es jedoch, wenn vom Gesetzgeber als „Strafe“ das Mittel der Beweislastumkehr herangezogen wird, zumal wenn, wie bei Hebammen, eine Beweisführung des korrekten Handelns aus der Natur der Sache heraus gar nicht möglich ist (siehe oben). Es ist sachlogisch nicht zu begründen, dass ein an sich nicht schuldhaftes Handeln des Leistungserbringers nur dadurch schuldhaft werden kann, weil er bestimmte administrative Formalien, die mit dem Schadensfall in keiner kausalen Beziehung stehen, nicht eingehalten hat.

Es ist evident, dass Derjenige, der in Ausübung seines Berufes schuldhaft einen Schaden verursacht, hierfür haften muss. Grundsätzlich gilt dies auch für Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die einen Körperschaden verursachen. Gleichwohl sollte bei solchen Gesundheitsberufen, die von der Eigenart ihrer Leistungserbringung her eine hohe Gefahrgeneigtheit aufweisen, eine differenzierte Betrachtung erfolgen: Bei Gesundheitsberufen, deren Aufgabenerfüllung im überragenden Interesse der Allgemeinheit liegt, sollte aus Gründen der Fairness auch die Allgemeinheit am Haftungsrisiko beteiligt werden. Oder anders gewendet: Der Chirurg oder die Hebamme sollte nicht durch exorbitant hohe Prämien zur Berufshaftpflicht dafür „bestraft“ werden, dass er/sie eine hoch verdienstvolle Leistung für die Gesellschaft erbringt.

Eine Möglichkeit, die Allgemeinheit am Haftungsrisiko zu beteiligen wäre, dass Angehörige bestimmter Gesundheitsberufe nur bis zu einer bestimmten Höhe das Haftungsrisiko alleine tragen, darüber hinaus sich jedoch der Staat an der Haftung beteiligt. Staatshaftungsfonds mit dieser Grundausrichtung gibt es z.B. in Skandinavien. Es ist sehr bedauerlich, dass der vorliegende Referentenentwurf diesen nicht nur von Hebammen seit Jahren geforderten Paradigmenwechsel in der Berufshaftung von Gesundheitsberufen nicht nur nicht aufgreift, sondern man – quasi vorbeugend – expressis verbis bedeutet, dass die ausschließlich persönliche Haftung für Körperschäden im Gesundheitsbereich nicht angetastet werden soll.

Ebenso bedauerlich ist, dass der Gesetzgeber die günstige Gelegenheit nicht aufgreift, den völlig überzogenen Maximal- Zeitraum der Anspruchserhebung für Haftungsfälle im Gesundheitswesen drastisch zu verkürzen. Der aktuelle Zeitraum von 30 (!) Jahren ist in höchstem Maße unverhältnismäßig. Die Praxis, nicht nur in der Geburtshilfe, zeigt, dass spätestens nach 15 Jahren kein Ursachenzusammenhang mehr zwischen Körperschaden und schuldhaftem Verhalten des Leistungserbringers herstellbar ist. Für den Hebammenbereich bedeutet dies, dass bis Einschulung des Kindes, spätestens aber bis zu Beginn der Pubertät, jeder Schadensfall aktenkundig ist. Befürworter der 30jährigen Frist könnten argumentieren, dass, wenn spätestens nach der Hälfte der 30-Jahres-Frist keine Ansprüche mehr gestellt werden, die darüber hinausreichende Frist doch für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen unschädlich sei. Dem ist nicht so, weil die extrem lange Frist zu einer gänzlich unnötigen Verteuerung der Versicherungsprämien zur Berufshaftpflicht führt. Grund: Den Versicherern dient die lange Frist als willkommener Vorwand, hohe Rückstellungen zu bilden, die natürlich in die Prämienkalkulation einfließen, de facto aber ungerechtfertigte „windfall profits“ darstellen.

Auch passt es nicht zusammen, dass der Zeitraum der Anspruchserhebung dreimal so lang sein soll wie der Zeitraum für die Aufbewahrungsfrist von Unterlagen (10 Jahre), die zur Aufklärung des Sachverhaltes entscheidend beitragen könnten.

gez. Susanne Schäfer
(Vorsitzende des BfHD)



Berlin, der 9. März 2012