

**Änderungsvorschlag zur Übernahme der Inhalte sowie Ergänzung  
der §§195 – 197 Reichsversicherungsordnung (RVO) ins Dritte Kapitel,  
Dritter Abschnitt des Sozialgesetzbuch V (SGB V)**



Bund  
Deutscher  
Hebammen e.V.



BfHD Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.



Netzwerk der Geburtshäuser



Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt  
Beratung und Koordination e.V.



<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
Einleitung	2
Zusammenfassung	3
Änderungsvorschlag	8
Begründung	18

## **Einleitung**

### **Hebammen und Eltern fordern ein zeitgemäßes Gesetz für Leistungen bei Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft**

Noch immer sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Versorgung während einer normalen Schwangerschaft und Geburt nicht im Sozialgesetzbuch (SGB V) festgeschrieben. Zuständig für diese Kernbereiche ist unverändert die veraltete Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911. Das bedeutet, dass im SGB V Schwangerschaft und Geburt als gesunde, physiologische Ereignisse nicht benannt sind und deshalb bei Gesetzesänderungen und neuen Gesetzen wie dem Präventionsgesetz oft keine Berücksichtigung finden.

Um diesen Missstand zu beheben, haben die Berufsverbände der Hebammen, das Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland und die Vernetzungsstelle der Berliner Geburtshäuser gemeinsam einen Antrag zur Gesetzesänderung beim Bundesministerium für Gesundheit eingereicht. Der Vorschlag zur Gesetzesänderung beinhaltet die Überführung der leistungsrechtlichen Regelungen zu Schwangerschaft und Geburt aus der Reichsversicherungsordnung in das Sozialgesetzbuch und eine Anpassung der Systematik von bereits vorhandenen Paragraphen an moderne Gegebenheiten, so auch die Regelungen zu Hebammenhilfe und hebammengeleiteten Geburtshäusern.

### **Schwangerschaft und Geburt sind keine Krankheiten**

Ausgangspunkt der Reformvorschläge ist der Bedeutungsverlust der gesunden Schwangerschaft und Geburt. Das zeigt sich daran, dass in den letzten Jahren vorwiegend solche Regelungen Anwendung fanden, die eigentlich für die Behandlung von Krankheiten konzipiert worden sind. Dadurch gerät der besondere Status von Schwangerschaft und Geburt als primär gesunder Vorgang im menschlichen Leben zunehmend aus dem Blickfeld. Die Vernachlässigung der normalen Schwangerschaft und Geburt spiegelt sich auch in der Vernachlässigung zeitgemäßer gesetzlicher Regelungen für Hebammen wieder.

Familien sind eine wichtige Grundlage für die künftige Entwicklung des Landes. Den Kinderwunsch zu fördern ist daher zentrales Ziel aktiver Politik. Die Politik ist bestrebt, strukturelle Barrieren und Benachteiligungen für Familien abzu-

bauen und Anreize für Menschen zu schaffen, sich für Kinder zu entscheiden. Unbestritten ist zwischenzeitlich, dass die Überalterung der Gesellschaft und der Bevölkerungs-Rückgang zu einer Überlastung der sozialen Sicherungssysteme und der sozialen Infrastruktur führen. Gerade in Zeiten des Geburtenrückgangs bedarf es optimaler Rahmenbedingungen für eine angemessene medizinische und psychosoziale Versorgung vor, während und nach der Geburt eines Kindes. Diese sollte sich an dem Leitgedanken von Gesundheitsförderung und Prävention ausrichten, wobei Frauen unabhängig von Gesundheit oder Krankheit einen Anspruch auf Hebammenhilfe und ärztliche Hilfe haben. Eine sorgfältige Gesetzgebung zu Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft korrespondiert mit der gesellschaftlichen Wertschätzung für Frauen bzw. Paare, die eine Familie gründen.

## **Zusammenfassung der Änderungsvorschläge**

Im Zentrum der angestrebten Reform steht der §24 SGB V.

Darin wird in Absatz 1 gefordert, dass sich die Zielsetzung der Maßnahmen bei Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft wesentlich von der Krankheitsbehandlung unterscheiden muss.

Im Wesentlichen werden folgende Paragraphen berücksichtigt:

- § 24 a Familienplanung und Empfängnisverhütung,
- § 24 b Schwangerenbetreuung,
- § 24 c Geburtshilfe,
- § 24 d Leistungen bei Mutterschaft,
- § 24 e Häusliche Pflege und Haushaltshilfe in der Schwangerschaft und nach der Geburt,
- § 24 f Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
- § 24 g Schwangerschaftsabbruch,
- § 24 h künstliche Befruchtung,
- § 24 i Mutterschaftsgeld,
- § 24 j Tertiäre medizinische Prävention für Mütter und Väter.

Darüber hinaus werden auch Änderungen bzw. Ergänzungen vorgeschlagen in

- § 91 Gemeinsamer Bundesausschuss,
- § 121 a Leistungen durch Beleghebammen,

- § 134 b Versorgung in Geburtshäusern und anderen von Hebammen geleiteten Einrichtungen,
- § 291 a Elektronische Gesundheitskarte und
- § 301 Abrechnung der Hebammen, Entbindungspfleger und von Hebammen geleiteten Einrichtungen.

## **Hebammen sind auch in der Familienplanung tätig**

Der neue § 24 b ersetzt den bisherigen § 24 a SGB V. In den bisherigen Regelungen wird nur der Anspruch auf Empfängnisverhütung durch Ärzte beschrieben. Der Begriff der Familienplanung geht aber darüber hinaus. Im SGB V wird bisher nur die künstliche Befruchtung und Behandlung abgedeckt. Entsprechend dem Grundsatz „Gesundheitsförderung vor Behandlung“ muss Aufklärung und Beratung im physiologischen Bereich der Fruchtbarkeit gerade auch am Übergang der Empfängnisverhütung zum Kinderwunsch als Bestandteil des Leistungsspektrums von Hebammen genannt werden. Laut EWG Richtlinie 2005/36/EG<sup>1</sup> tragen die Mitgliedstaaten dafür Sorge, dass Hebammen in der Familienplanung eigenverantwortlich tätig werden können. Bereits heute sind Hebammen im Rahmen der Wochenbettbetreuung, auf dem Gebiet der Familienplanung tätig.

In Absatz 2 wird der Anspruch junger Frauen auf empfängnisverhütende Mittel zur Vermeidung von Teenager-Schwangerschaften beschrieben. Dies ist sinnvoll, führt jedoch zu einer Einschränkung auf ärztlich verordnete Mittel, so dass hauptsächlich die „Pille“ verordnet wird. Problematisch erscheint hierbei, dass die Infektionsprophylaxe durch Kondome und die Verantwortungsübernahme des männlichen Partners für die Verhütung dabei in den Hintergrund tritt. Es ist wünschenswert, dass auch andere wirksame empfängnisverhütende Mittel – insbesondere Kondome – kostenlos abgegeben werden und dass Hebammen in eine, an der Lebenswelt junger Frauen und Männer orientierte Familienplanung einbezogen werden.

Da einige im Rahmen der Schwangerenvorsorge gemäß den Mutterschaftsrichtlinien vorgenommenen Untersuchungen für die Frauen weit reichende Konsequenzen und ethische Probleme nach sich ziehen können, soll ihnen die Möglichkeit gegeben werden, zusätzlich zur medizinischen Aufklärung eine unabhängige Beratung in Anspruch zu nehmen. Dieser Anspruch wird in § 24 b Abs. 2 Nr. 3 formuliert.

\* Früher 155/1980/EWG

## Freie Wahl des Geburtsortes

Der § 24 c befasst sich mit „anderen Einrichtungen“, in denen Frauen gebären können. Die RVO hatte 1911 insbesondere den, inzwischen selten gewordenen, Typus des Entbindungsheimes im Blick. In den zurückliegenden zwanzig Jahren sind in Deutschland zahlreiche Geburtshäuser und weitere von Hebammen geleitete Einrichtungen entstanden.

Bislang ist in der Rechtsprechung streitig geblieben, ob durch die Regelungen in der RVO eine ausreichende leistungsrechtliche Grundlage für die Übernahme der Betriebskosten in Geburtshäusern und anderen von Hebammen geleiteten Einrichtungen durch die Krankenkassen gegeben ist. Der Grundsatz der Gleichbehandlung muss hier zur Anwendung kommen, wenn Krankenhäuser im Rahmen der DRG - Regelung ihre Betriebskosten für eine ambulante Geburt zur Deckung bringen können, einem Geburtshaus oder einer anderen von Hebammen geleiteten Einrichtung jedoch keine Betriebskosten zugestanden werden.

Auch im Hinblick auf die Wahlfreiheit von Frauen bezüglich des Ortes, an dem sie ihr Kind zur Welt bringen möchten, ist es angezeigt, die Geburtshilfe für von Hebammen geleitete Einrichtungen leistungs- und vertragsrechtlich abzusichern. Am Ende der DRG - Einführung wird es sich als Kosten sparend, sicher und effektiv erweisen, wenn die teure Hochleistungsmedizin im Rahmen der Geburtshilfe vorrangig den Frauen zu Gute kommt, die sie aus medizinischem Grund benötigen. Gesunde Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf müssen zwischen einer Klinikgeburt und der Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung wählen können, ohne dass ihnen finanzielle Nachteile entstehen. Analog zu § 24 c muss auch das Leistungserbringungsrecht für diese Einrichtungen geregelt werden.

Entsprechend werden Regelungen in § 134 vorgesehen, in dem bereits das Leistungserbringungsrecht der Hebammen verankert ist. Geburtshäuser weisen einen hohen Qualitätsstandard auf. Neben dem jährlichen Qualitätsbericht zur außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland bestätigen auch andere Studien seit Jahren den hohen Sicherheitsstandard in der außerklinischen Geburtshilfe. Darüber hinaus wurde gemeinsam vom Netzwerk der Geburtshäuser, den Berufsverbänden und Krankenkassen ein Qualitätsmanagementsystem spezifisch für Geburtshäuser entwickelt. Dieses System wurde nach internationalen Anforderungen aufgebaut und geht weit über das bisher geforderte Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen hinaus.

## **Hebammenbetreuung auch für Pflege- und Adoptionskindern und bei spätem Schwangerschaftsabbruch**

Auch der § 24 d, Leistungen bei Mutterschaft, ist aus der RVO übernommen und präzisiert worden. Die Definition der Mutterschaft ist notwendig, damit Mütter und auch Väter mit in Pflege genommenen oder zur Adoption vorgesehenen Säuglingen sofortigen Anspruch auf Unterweisung in der Pflege und Ernährung des Säuglings erhalten und eine kontinuierliche Überwachung des Gesundheitszustandes des Säuglings im häuslichen Umfeld stattfinden kann.

Im § 24 g wurde in die Beratung der Frau vor einem medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Abs. 2 des StGB, der bis zum eigentlichen Geburtstermin möglich ist, die Hebamme einbezogen. Auch hier hat die Frau ein Anrecht auf Hebammenbetreuung vor, während und nach dem Eingriff.

## **Hohe Anforderungen erfordern bessere Vergütung**

In §121 wird bisher nur die Vergütung für die Belegärztliche Versorgung geregelt. Der Gesetzesentwurf schlägt eine Ergänzung für Beleghebammen vor. Im Rahmen der DRG-Einführung wird die geburtshilfliche Versorgung zunehmend durch Beleghebammen sichergestellt, deren Finanzierung und Kalkulation innerhalb der DRG jedoch nur unzureichend abgebildet wird. Die hohen Erwartungen an die Tätigkeit der Beleghebammen müssen mit der Vergütung in Einklang gebracht werden, um auch langfristig eine gute Versorgung in geburtshilflichen Abteilungen sicherstellen zu können.

## **Fazit**

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen am Beginn des Lebens werden mit diesen Änderungen auch in Deutschland in eine zeitgemäße Fassung gebracht und damit den modernen gesellschaftlichen Anforderungen entsprechen. Frauen und Kinder als Leistungsempfänger benötigen Unterstützung zur schnellen Umsetzung für diese Gesetzesinitiative.

Berlin, Frankfurt und Karlsruhe, Mai 2006



Bund Deutscher Hebammen e.V.  
Gartenstraße 26, 76133 Karlsruhe  
Tel. 0721 / 98189-0, Fax 0721 / 98189-20  
info@bdh.de  
www.bdh.de

Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.  
Kasseler Str. 1a, 60486 Frankfurt/M.  
Tel. 069/ 79534971, Fax 069/ 79534972  
geschaeftsstelle@bfhd.de  
www.bfhd.de

Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland e.V.  
Kasseler Str. 1a, 60486 Frankfurt/M.  
Tel. 069/ 71034475, Fax 069/ 71034476  
info@geburtshaus.de  
www.geburtshaus.de

Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt -  
Beratung und Koordination e.V.  
Schönfließerstr. 17, 10439 Berlin  
Tel. 030/ 32609038  
kontakt@berliner-geburtshaeuser.de  
www.berliner-geburtshaeuser.de

Gesetzentwurf und Begründung anschließend.

# **A. Änderungsvorschlag des Bundes Deutscher Hebammen, des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands, des Netzwerks der Geburtshäuser in Deutschland und der Koordinationsstelle der Berliner Geburtshäuser**

## **Übernahme der Inhalte sowie Ergänzungen der §§ 195-197 RVO ins Dritte Kapitel, Dritter Abschnitt SGB V**

### **§ 24 Leistungen bei Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft**

(1) Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nehmen im Gesundheitswesen eine besondere Stellung ein, da es sich bei dem betroffenen Personenkreis im Wesentlichen um Gesunde handelt. Daher sind neben kurativen Leistungen im besonderen Maße Leistungen der Gesundheitsförderung und zur primären und sekundären Prävention sowie zur Unterstützung der physiologischen Vorgänge Bestandteil des Leistungsspektrums. Die Maßnahmen im Zusammenhang mit Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft dienen dazu, die unabhängige Entscheidung über die Elternschaft zu unterstützen, physiologische Vorgänge zu fördern und Gefahren im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt vorzubeugen.

(2) Im Rahmen der Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft besteht Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe.

(3) Die Leistungen im Rahmen der Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft umfassen

- a) Familienplanung und Empfängnisverhütung,
- b) Schwangerenbetreuung,
- c) Geburtshilfe,
- d) Leistungen bei Mutterschaft,
- e) Häusliche Pflege und Haushaltshilfe in der Schwangerschaft und nach der Geburt,
- f) Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
- g) Schwangerschaftsabbruch,
- h) künstliche Befruchtung,
- i) Mutterschaftsgeld,
- j) tertiäre medizinische Prävention für Mütter und Väter.

## **§ 24 a Familienplanung und Empfängnisverhütung**

(1) Versicherte haben Anspruch auf angemessene Aufklärung und Beratung über Fragen der Familienplanung einschließlich der Empfängnisverhütung durch Ärzte oder Hebammen. Zur Beratung gehört auch die erforderliche Untersuchung und die Verordnung von empfängnisverhütenden Mitteln.

(2) Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr haben Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln. § 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.

## **§ 24 b Leistungen bei Schwangerschaft**

(1) Eine Schwangerschaft liegt vor, wenn mittels biochemischer oder klinischer Methoden eine Schwangerschaft nachgewiesen werden kann.

(2) Die Leistungen bei Schwangerschaft umfassen:

1. Hebammenhilfe unter Einschluss der

- a) Feststellung der Schwangerschaft,
- b) Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft und Durchführung der zur Beobachtung des Verlaufs einer normalen Schwangerschaft notwendigen Untersuchungen im Rahmen der primären und sekundären Prävention. Die Untersuchungen im Rahmen der primären und sekundären Prävention können auch bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf bei einer Hebamme in Anspruch genommen werden, wenn sie auf ärztliche Anordnung erfolgen oder wenn die Versicherte ärztliche Betreuung nicht in Anspruch nehmen möchte.
- c) Aufklärung über Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung eines regelwidrigen Schwangerschaftsverlaufs notwendig sind und ggf. Überweisung zu diesen Untersuchungen, sofern sie nicht von der Hebamme selbst durchgeführt werden können,
- d) Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Niederkunft einschließlich Beratung in Fragen der Hygiene, Ernährung, Lebensführung und Zahn- und Zahnbettgesundheit, sowie
- e) Betreuung in der Schwangerschaft;

## 2. ärztliche Betreuung unter Einschluss der

- a) Feststellung der Schwangerschaft,
- b) Leistungen zur primären und sekundären Prävention,
- c) Beratung der Schwangeren zur Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind und des Zusammenhangs zwischen Ernährung und Krankheitsrisiko, sowie
- d) der zahnärztlichen Untersuchung zur Einschätzung oder Bestimmung des Übertragungsrisikos von Karies und der Zahnbettgesundheit unter Einschluss professioneller Zahnreinigung

3. Die Versicherte hat Anspruch auf eine unabhängige, ergebnisoffene psychosoziale Beratung zu den Möglichkeiten und Grenzen der Pränataldiagnostik durch Ärzte, Hebammen oder Schwangerenberatungsstellen.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach Absatz 2.

## **§ 24 c Leistungen bei der Geburt**

(1) Die Leistungen bei der Geburt umfassen stationäre oder ambulante Geburtshilfe in einem Krankenhaus, einem Geburtshaus oder einer anderen von Ärzten oder Hebammen geleiteten Einrichtung und Hausgeburtshilfe.

(2) Bei Geburt in einem Krankenhaus, einem Geburtshaus oder einer anderen von Ärzten oder Hebammen geleiteten Einrichtung und Hausgeburtshilfe hat die Versicherte für sich und das Neugeborene Anspruch auch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung für die Zeit nach der Geburt, jedoch für längstens 6 Tage nach der Geburt (stationäre Geburtshilfe). Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. Entbindet die Versicherte ambulant, hat sie für sich und das Neugeborene auch Anspruch auf Pflege und Verpflegung. Der Anspruch auf Unterkunft beschränkt sich jedoch auf die Zeit der Geburt und bis zu 24 Stunden danach (ambulante Geburtshilfe). § 39 Abs. 2 findet keine Anwendung.

(3) Der Anspruch der Versicherten umfasst auch ärztliche Hilfe und Hebammenhilfe bei Fehlgeburten.

## **§ 24 d Leistungen bei Mutterschaft**

Als Mutterschaft gilt sowohl die leibliche Mutterschaft als auch die Mutterschaft durch Annahme eines Kindes zu Pflege oder Adoption. Die Leistungen bei Mutterschaft umfassen ärztliche Hilfe und Hebammenhilfe im Wochenbett einschließlich der dafür notwendigen Untersuchungen, Beratung und Anleitung zur Pflege und Ernährung des Säuglings, Rückbildungsgymnastik sowie Hilfe und Beratung bis zum Ende der Stillzeit. Wenn die Mutter verstorben oder nicht in der Lage ist, die Mutterschaft auszuüben, und eine männliche Person die Ernährung und Pflege des Neugeborenen übernimmt, oder wenn die Adoption durch einen Mann erfolgt, hat dieser Anspruch auf Beratung und Anleitung zur Pflege und Ernährung des Säuglings. § 24 b Abs. 3 gilt entsprechend.

## **§ 24 e Häusliche Pflege und Haushaltshilfe**

(1) Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Pflege, soweit diese im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt, Fehlgeburt oder Wochenbett erforderlich ist. § 37 Abs. 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Die Versicherte erhält Haushaltshilfe, soweit ihr im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt, Fehlgeburt oder Wochenbett die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. § 38 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

## **§ 24 f Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln**

(1) Die Versicherte hat im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt, Fehlgeburt und Wochenbett Anspruch auf die Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln.

(2) §§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 2 gelten nicht.

## **§ 24 b SGB V wird § 24 g Schwangerschaftsabbruch**

Absatz 3 wird wie folgt geändert:

Im Fall eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft haben Versicherte Anspruch auf die Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt oder eine Hebamme, die ärztliche Behandlung mit Ausnahme der Vornahme des Abbruchs und der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf, die Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln sowie auf Krankenhausbehandlung, falls und soweit die Maßnahmen dazu dienen,

1. die Gesundheit des Ungeborenen zu schützen, falls es nicht zum Abbruch kommt,
2. die Gesundheit der Kinder aus weiteren Schwangerschaften zu schützen oder
3. die Gesundheit der Mutter zu schützen, insbesondere zu erwartenden Komplikationen aus dem Abbruch der Schwangerschaft vorzubeugen oder eingetretene Komplikationen zu beseitigen.

Absatz 5 wird wie folgt eingefügt:

(5) Bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 des Strafgesetzbuches hat die Versicherte Anspruch auf eine unabhängige, ergebnisoffene Beratung über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft durch Arzt, Hebamme oder Schwangerenberatungsstellen. Wenn der Abbruch der Schwangerschaft im Wesen einer ausgelösten Geburt oder Fehlgeburt entspricht, hat die Versicherte auch Anspruch auf Hebammenhilfe während des ärztlicherseits durchgeführten Abbruchs sowie auf Betreuung im Wochenbett.

## **§ 27 SGB V wird § 24 h Künstliche Befruchtung**

## **§ 200 RVO wird § 24 i Mutterschaftsgeld**

Das Wort „Entbindung“ wird durch das Wort „Geburt“ ersetzt.

## **§ 24 SGB V wird § 24 j tertiäre medizinische Prävention für Mütter und Väter**

### **Ergänzungen in § 91 und § 92 Richtlinien der Bundesausschüsse**

§ 91 Abs. 3 Punkt 9 wird wie folgt gefasst:

(9) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 137b und zu Empfehlungen nach § 137f sind für die Versicherten, die Krankenkassen und für die an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und die zugelassenen Krankenhäuser verbindlich. Das Recht der Versicherten auf Selbstbestimmung bei Ablehnung einer Maßnahme, die durch einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses empfohlen wird, ist zu berücksichtigen.

In § 91 wird ein Abs. 6a eingefügt:

6a) Bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 4 wirken abweichend von Abs. 1 neben den unparteiischen Mitgliedern und den Vertretern der Krankenkassen vier Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sowie vier von den für die Wahrnehmung der Interessen der Hebammen und der von Hebammen geleiteten Einrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen bestellte Vertreter sowie ein Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung mit.

§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 wird wie folgt geändert:

4. ärztliche und hebammenhilfliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,

§ 92 Abs. 1b wird wie folgt gefasst:

Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 4 und 4a sind auf präventionsorientierte, die physiologischen Vorgänge, die Bindung von Mutter und Kind und die unabhängige Entscheidung in Fragen der Elternschaft fördernde Maßnahmen auszurichten.

## **§ 121 a Leistungen durch Beleghebammen**

(1) Beleghebammen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind nicht am Krankenhaus angestellte Hebammen, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel ambulant oder stationär zu betreuen, ohne für diese Betreuung vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

(3) Die Leistungen, die die Hebamme gegenüber der Versicherten erbringt, werden gemäß § 134a SGB V vergütet. Leistungen, die die Hebamme gegenüber dem Träger des Krankenhauses erbringt, werden durch den Träger des Krankenhauses vergütet und finden in den Budgetverhandlungen der Krankenhäuser im Rahmen der Kalkulation der Fallpauschalen Berücksichtigung. Hierzu zählen auch leistungsgerechte Entgelte für den Bereitschaftsdienst der Hebammen.

## **§ 134 b Versorgung in Geburtshäusern und anderen von Hebammen geleiteten Einrichtungen**

(1) Von Hebammen geleitete Einrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuches sind stationäre oder ambulante Einrichtungen,

1. die der Hebammenhilfe dienen,
  2. die unter ständiger fachlicher Leitung mindestens einer Hebamme stehen,
  3. die über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende sächliche Möglichkeiten zur Hebammenhilfe verfügen,
  4. die mit Hilfe von jederzeit verfügbaren Hebammen darauf eingerichtet sind, Hebammenhilfe zu leisten,
  5. in denen Versicherte gepflegt, gepflegt, hebammenhilflich versorgt und mindestens für die Zeit der Geburt untergebracht werden und
  6. die eine wirtschaftliche Leistungserbringung sicherstellen.
- Entbindungspfleger stehen Hebammen gleich.

(2) Von Hebammen geleitete Einrichtungen sind verpflichtet,

1. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen und weiterzuentwickeln,
2. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung insbesondere mit dem Ziel der Verbesserung der Ergebnisqualität zu beteiligen.



(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Geburtshäuser und anderen von Hebammen geleiteten Einrichtungen gebildeten Spitzenorganisationen auf Bundesebene erstmalig bis zum 1.1.2007 einen unmittelbar verbindlichen Rahmenvertrag über die Geburtshilfe in von Hebammen geleiteten Einrichtungen. Der Rahmenvertrag regelt insbesondere

1. die Definition des Leistungsspektrums unter Berücksichtigung des Berufsrechtes der Hebamme,
2. die personellen und sächlichen Voraussetzungen für Geburtshilfe in von Hebammen geleiteten Einrichtungen,
3. die Anforderungen an Maßnahmen gemäß Abs. 2,
4. Inhalt und Umfang eines alle zwei Jahre zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts, der auch Art und Anzahl der Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen beinhaltet,
5. Umfang und Inhalt der Zusammenarbeit der von Hebammen geleiteten Einrichtungen mit Erbringern von Krankentransportleistungen, Krankenhäusern und Vertragsärzten,
6. Grundsätze zu Vergütungsabschlägen und zum Ausschluss von der Leistungserbringung der von Hebammen geleiteten Einrichtungen, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten, sowie
7. die für die Abrechnung im Wege elektronischer Datenabrechnung mit den Krankenkassen erforderlichen Angaben.

(4) Der Rahmenvertrag nach Abs. 3 ist für eine von Hebammen geleitete Einrichtung verbindlich, wenn sie einer Spitzenorganisation auf Bundesebene angehört, deren Satzung vorsieht, dass die von der Spitzenorganisation nach Abs. 3 abgeschlossenen Verträge Rechtswirkung für den ihr angehörenden Träger haben, oder einem nach Abs. 3 geschlossenen Vertrag beitrifft.

(5) Kommt ein Rahmenvertrag nach Abs. 3 innerhalb von sechs Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 134 a Abs. 7 festgesetzt.

(6) Die Krankenkassen dürfen Geburtshilfe nur durch solche von Hebammen geleitete Einrichtungen erbringen lassen, mit denen die Spitzenverbände der Krankenkassen Versorgungsverträge geschlossen haben (zugelassene von Hebammen geleitete Einrichtungen). Die von Hebammen geleiteten Einrichtungen können sich beim Abschluss der Versorgungsverträge von den für die Wahrnehmung der Interessen von durch Hebammen geleitete Einrichtungen

maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vertreten lassen. Die Versorgungsverträge regeln insbesondere das Nähere zu Inhalt, Art und Umfang der Leistungen sowie der leistungsgerechten Vergütung für Leistungen der Pflege, Unterkunft und Verpflegung unter Einschluss der Betriebskosten der Geburtshäuser. Sie bedürfen der Schriftform. Die Vergütung für Leistungen nach § 134 a SGB V bleibt von den Versorgungsverträgen unberührt. §§ 108 und 109 finden keine Anwendung.

(7) Soweit sich Vertragsparteien eines Versorgungsvertrages nicht über die Vertragsinhalte einigen, legt eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson die streitigen Vertragsinhalte fest. Einigen sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen.

## **§ 301a Hebammen, Entbindungspfleger und von Hebammen geleitete Einrichtungen**

§ 301a SGB V wird wie folgt geändert:

Freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger sowie von Hebammen geleitete Einrichtungen sind verpflichtet, den Krankenkassen die gemäß der nach § 134 a Abs. 1 und § 134 b Abs. 3 geschlossenen Verträge für die Abrechnung vorgeschriebenen Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.

## **§ 291a Elektronische Gesundheitskarte**

§ 291a Abs.3 Satz 6 wird wie folgt ergänzt:

Spätestens bei der Versendung der Karte hat die Krankenkasse die Versicherten umfassend und in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der auf ihr oder durch sie zu erhebenden, zu verarbeitenden oder zu nutzenden personenbezogenen Daten zu informieren. Mit dem Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten der Versicherten nach diesem Absatz darf erst begonnen werden, wenn die Versicherten jeweils gegenüber dem Arzt, Zahnarzt, Psychotherapeuten, Apotheker und den Hebammen dazu ihre Einwilligung erklärt haben. Die Einwilligung ist bei erster Verwendung der Karte vom Leistungserbringer auf der Karte zu dokumentieren; die Einwilligung ist jederzeit widerruflich und kann auf einzelne Anwendungen nach diesem Absatz beschränkt werden. § 6c des Bundesdatenschutzgesetzes findet Anwendung.

Absatz 4 wird wie folgt geändert:

(4) Zum Zwecke des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens mittels der elektronischen Gesundheitskarte dürfen, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist, auf Daten:

1. nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ausschließlich

- a) Ärzte,
- b) Zahnärzte,
- c) Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten,
- d) Personen, die
  - aa) bei den unter Buchstabe a bis c Genannten oder
  - bb) in einem Krankenhaus als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist, und der Zugriff unter Aufsicht der in Buchstabe a bis c Genannten erfolgt,
- e) sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen sowie Hebammen,

2. nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 bis 5 ausschließlich

- a) Ärzte,
  - b) Zahnärzte,
  - c) Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten,
  - d) Hebammen,
  - e) Personen, die
    - aa) bei den unter Buchstabe a bis c Genannten oder
    - bb) in einem Krankenhaus als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist, und der Zugriff unter Aufsicht der in Buchstabe a bis d Genannten erfolgt,
  - f) nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 in Notfällen auch Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
  - g) Psychotherapeuten
- zugreifen. Die Versicherten haben das Recht, auf die Daten nach Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 zuzugreifen.

## B. Begründung

### Allgemein

Überführung der Leistungsrechtlichen Bestimmungen zu Schwangerschaft und Geburt von RVO ins SGB V

Die Regelungen zu Schwangerschaft und Geburt sind die einzigen leistungsrechtlichen Bestimmungen, die noch nicht ins SGB überführt worden sind. Aus Sicht der Versicherten erweckt die Lektüre des Fünften Buches Sozialgesetzbuch den Eindruck, im Zusammenhang mit der Fortpflanzung ginge es lediglich um Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und künstliche Befruchtung. Betroffene Frauen dürften im Allgemeinen nicht vermuten, dass die Regelungen zu normaler Schwangerschaft und Geburt statt im immerhin inzwischen 30 Jahre alten Sozialgesetzbuch noch in nahezu unveränderter Form in der Reichsversicherungsordnung von 1911 zu finden sind. Selbst auf den Internetseiten des BMGS und BMJ finden sich nicht die entsprechenden Texte, aus denen sich der leistungsrechtliche Anspruch bei normal entstandener, gewünschter Schwangerschaft herleiten ließe. Auch bei neueren Gesetzen und Entwürfen (z.B. Präventionsgesetz, § 11 SGB V) wird regelmäßig vergessen, Bezug auf Regelungen zu nehmen, die noch in der RVO enthalten sind. Ebenfalls steht noch die Umsetzung der EU- Richtlinie 155/1980 EWG zur Hebammenbetreuung aus, die durch die neue Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen bestätigt wurde.

Auf Schwangerschaft und Geburt finden in der Folge zunehmend Regelungen Anwendung, die eigentlich für die Behandlung von Krankheiten konzipiert wurden. Der besondere Status von Schwangerschaft und Geburt als primär gesunder Vorgang im menschlichen Leben gerät zunehmend aus dem Blickfeld. Es wird immer seltener daran gedacht, die Betreuung gesunder Frauen und Neugeborener in der Krankenversicherung zu berücksichtigen. Die Vernachlässigung der gesunden Schwangerschaft und Mutterschaft spiegelt sich in der Vernachlässigung zeitgemäßer gesetzlicher Regelungen für Hebammen wieder. Dies führt dazu, dass die Rechtsprechung Gesetzeslücken füllen muss. Dadurch entsteht teilweise eine Rechtsgrundlage, die dem Sinn des Anspruchs der Frau auf Hebammenhilfe widerspricht. Beispiele hierzu folgen an den betreffenden Stellen in der Begründung zu § 24 g Abs. 3 und § 24 c.

Bei der Definition des leistungsrechtlichen Betreuungsumfangs durch Hebammen wurde in der Vergangenheit hilfsweise auf die vom Gesetzgeber erlassene

Hebammengebührenverordnung zurückgegriffen. Mit deren Abschaffung durch den neuen § 134 SGB V, der im Rahmen des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes gültig wurde, entsteht dringender Bedarf, nun auch die leistungsrechtliche Seite der Betreuung durch Hebammen ins SGB V zu überführen. Der vorliegende Änderungsvorschlag beinhaltet sowohl die Überführung der Bestimmungen der RVO, als auch eine Anpassung der Systematik von Paragraphen, die schon jetzt im SGB V enthalten sind.

Familien sind eine wichtige Grundlage für die künftige Entwicklung des Landes. Die Wünsche von Frauen und Männern nach Kindern zu fördern, ist daher zentrales Ziel aktiver Politik. Die Politik ist bestrebt, strukturelle Barrieren und Benachteiligungen für Familien abzubauen und Anreize für Menschen zu schaffen, die sich für Kinder entscheiden. Unbestritten ist zwischenzeitlich, dass die Überalterung der Gesellschaft und der Bevölkerungsrückgang zu einer Überlastung der sozialen Sicherungssysteme und der sozialen Infrastruktur führen. Deshalb muss im Mittelpunkt die Förderung der Familienplanung stehen und damit Schwangerschaft und Mutterschaft als natürliche Prozesse in der Lebensphase einer Frau, die es gilt, so wenig wie möglich zu stören, jedoch kompetent zu begleiten. In der Schwangerschaft und den ersten Lebensmonaten werden Weichen gestellt für ein gesundes Leben. Hebammen haben durch ihre aufsuchende Betreuungsarbeit in der Zeit der Familiengründung die Möglichkeit, sehr früh mit Familien in Verbindung zu treten. Ihre Arbeit geht über die medizinische und pflegerische Betreuung hinaus. Im Vordergrund stehen vielmehr die Gedanken der Gesundheitsförderung und Prävention. Jedoch auch bei bestehenden Krankheiten gilt es, das Gesunde und Normale, das mit jedem Kinderwunsch verbunden ist, zu fördern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Frauen unabhängig von Gesundheit oder Krankheit einen Anspruch auf Hebammenhilfe haben.

Eine sorgfältige Gesetzgebung zu Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft drückt die gesellschaftliche Wertschätzung des Kinderwunsches aus, die gerade in Zeiten, in denen die Förderung von Familien zunehmend dringlich in den Vordergrund rückt, optimale Rahmenbedingungen erfahren sollte.

## **Zu § 24**

Abs. 1: In den letzten Jahren ist zu beobachten, dass Aspekte der Gesundheitsförderung gegenüber der Medikalisierung des Fortpflanzungsprozesses immer deutlicher zurücktreten. Da sich die Zielsetzung der Maßnahmen bei Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft wesentlich von der der Krankheitsbehandlung

unterscheidet, ist eine explizite Nennung der abweichenden Ziele sinnvoll, wie es auch schon im derzeitigen § 24 b Abs.3 in der bisherigen Fassung zum Schwangerschaftsabbruch der Fall ist .

Abs. 3: § 24 Abs.3 ersetzt § 195 RVO. Er gibt eine Übersicht über alle Regelungen, die in Zusammenhang mit der Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft bestehen und bisher an unterschiedlichen Stellen des SGB V und RVO geregelt waren.

## **Zu § 24 a**

Abs. 1: der neue § 24 a ersetzt den bisherigen § 24a SGB V. In den bisherigen Regelungen wird nur der Anspruch auf Empfängnisverhütung durch Ärzte beschrieben. Der Begriff der Familienplanung geht darüber hinaus, wird jedoch im SGB V nur mit künstlicher Befruchtung und Behandlung abgedeckt. Entsprechend dem Grundsatz „Gesundheitsförderung vor Behandlung“ muss Aufklärung und Beratung im physiologischen Bereich der Fruchtbarkeit gerade auch am Übergang der Empfängnisverhütung zum Kinderwunsch als Bestandteil des Leistungsspektrums genannt werden. Laut EWG Richtlinie 2005/36/EG tragen die Mitgliedstaaten dafür Sorge, dass Hebammen in der Familienplanung eigenverantwortlich tätig werden können. Hebammen sind bereits jetzt in der postpartalen Beratung im Rahmen der Wochenbettbetreuung zur weiteren Familienplanung tätig.

Abs. 2: Der Anspruch junger Frauen auf empfängnisverhütende Mittel ist zur Vermeidung von Teenager-Schwangerschaften sinnvoll. Die Einschränkung auf ärztlich verordnete Mittel führt jedoch dazu, dass hauptsächlich die „Pille“ verordnet wird. Problematisch erscheint hierbei, dass die Infektionsprophylaxe (insbesondere gegen AIDS) durch Kondome dabei in den Hintergrund tritt. Es ist außerdem die Tendenz zu beobachten, dass Mädchen und junge Frauen hormonelle Verhütungsmittel nicht nur zur Empfängnisverhütung, sondern auch aus anderen Motiven anwenden<sup>1</sup>. Es stellt sich die Frage, ob die jahrelange Einnahme der „Pille“ in einem Alter, in dem die hormonellen Körperfunktionen noch nicht ausgereift sind, Fruchtbarkeitsstörungen hervorrufen und zu späterer ungewollter Kinderlosigkeit führen kann. Zu diesem Thema liegen kaum Studien vor, jedoch erscheint es auf dem Hintergrund der oben skizzierten Problematiken

1) Auf Seiten der Eltern besteht die Hoffnung, die schwierige Pubertät einfacher zu gestalten oder möglichen Leistungsabfällen in Schule und Sport vorzubeugen. Junge Mädchen sehen die hormonelle Einflussnahme als Reifebestätigung und erhoffen sich eine größere Brust oder schönere Haut. Es entsteht ein nicht unerheblicher Gruppendruck.

wünschenswert, dass neben der „Pille“ auch andere wirksame empfängnisverhütende Mittel – insbesondere Kondome – kostenlos abgegeben werden und dass eine, an der Lebenswelt junger Frauen und Männer orientierte Aufklärung und praktische Unterweisung durch Hebammen angeboten wird.

## **Zu § 24 b**

§ 24 b wird insgesamt neu gefasst; der bisherige § 24 b geht in § 24 g auf.

Abs. 1: Bevor die Schwangerenvorsorge gemäß Mutterschaftsrichtlinie für die ärztliche Vorsorge zur Anwendung kommt, eröffnet das ärztliche Abrechnungssystem die Möglichkeit der kurativen Abrechnung, solange nicht sämtliche Merkmale bei Mutter und Kind identifiziert werden können. In der Folge werden in der Frühschwangerschaft bereits zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, deren Sinn als umstritten gelten kann. Nicht selten werden auf Grund der Vermutung einer nicht intakten Schwangerschaft oder unklarer Terminlage in kurzen Abständen zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, die keinerlei medizinische Konsequenz haben, jedoch die Frauen sehr stark verunsichern. Eine Beziehungsaufnahme zum Kind wird nachhaltig gestört. Stattdessen werden Zweifel an der eigenen Fähigkeit, ein Kind auszutragen und der Integrität dieses Kindes gefördert. Für den frühen Nachweis der Schwangerschaft sollte daher der Nachweis der Schwangerschaft durch biochemische oder klinische Methoden ausreichend sein. Die Befreiung von der Praxisgebühr nach § 28 Abs.4 sollte für den gesamten Zeitraum der Schwangerschaft, unabhängig von der ohnehin immer erfolgenden Abrechnung kurativer Leistungen, gewährleistet werden.

Abs. 2: § 24 b entspricht inhaltlich den Bestimmungen des §196 RVO. In der Neuformulierung wurde der Anspruch der Frau während der Schwangerschaft präzisiert. Die Schwerpunktverschiebung von Behandlung zu primärer und sekundärer Prävention in der Schwangerschaft entspricht einer sinnvollen Prozessgestaltung unter qualitativen und ökonomischen Aspekten. Für die Schwangerenvorsorge durch Hebammen ist die Möglichkeit einer Überweisung für die Inanspruchnahme von ärztlichen und Klinikleistungen im Bedarfsfall vorzusehen, wie es die Richtlinie 2005/36/EG zur Hebammenbetreuung vorsieht.

Abs. 2 Nr. 1 d und Nr. 2 d: Da Zahnbetterkrankungen an der Entstehung von Frühgeburten einen wesentlichen Anteil haben, ist die Ergänzung der Aufklärung um diesen Punkt sinnvoll zur Vermeidung von Frühgeburten. Die kostenlose zahn-

ärztliche Untersuchung am Beginn der Schwangerschaft und die Übernahme der Kosten für eine einmalige professionelle Zahnreinigung sowie die Behandlung eventuell vorhandener Zahnbetterkrankungen sollten daher Bestandteil des Leistungskatalogs bei Schwangerschaft sein.

Die im Rahmen der Schwangerenvorsorge gemäß den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 4 SGB V vorgenommenen Untersuchungen können für die Frau weitreichende Konsequenzen und ethische Probleme aufweisen, wenn sie dazu dienen, mögliche Fehlbildungen beim Kind zu erkennen oder zufällig Abweichungen festgestellt werden, die unter den Bedingungen des § 218a Abs. 2 STGB die Voraussetzung für einen Schwangerschaftsabbruch erfüllen können. Die Einwilligung zur Durchführung solcher Untersuchungen bedingt daher die Kenntnis von Möglichkeiten, Grenzen, Risiken und Konsequenzen der Untersuchungen unter Einbeziehung ethischer Fragestellungen. Die medizinische Aufklärung vor der Maßnahme wird dadurch nicht ersetzt, sie ist jedoch weder ausreichend noch unabhängig. Der Frau ist die Möglichkeit zu geben, eine unabhängige Beratung in Anspruch zu nehmen. Diese Beratung kann sowohl vor als auch nach solchen Untersuchungen notwendig sein, insbesondere wenn sie zu Konfliktsituationen führen oder psychische Probleme auftreten. Bereits jetzt wird Hebammenhilfe von Frauen und Paaren in diesem Zusammenhang in Anspruch genommen.

## **Zu § 24 c**

wurde sinngemäß aus § 197 RVO übernommen und präzisiert.

Zu Abs. 1: In § 197 RVO sind – neben Krankenhäusern – „andere Einrichtungen“ genannt, in denen der Sachleistungsanspruch der Versicherten erfüllt werden kann. Die RVO nennt keine Definition dieses Begriffes. Dies hat in der Vergangenheit zu mehreren Rechtsstreitigkeiten geführt. Der Begriff ist dennoch bis heute nicht abschließend geklärt. Klar ist lediglich, dass es sich um Geburtshäuser und andere von Hebammen geleitete Einrichtungen handelt. Die RVO hatte dabei vor allem den inzwischen zahlenmäßig seltenen Typus des Entbindungsheimes im Blick. Aufgrund der bestehenden Unsicherheiten ist es angezeigt, moderne Formen der von Hebammen geleiteten Einrichtungen in das Leistungsrecht des SGB V zu integrieren.

Bislang ist in der Rechtssprechung streitig geblieben, ob § 197 RVO eine ausreichende leistungsrechtliche Grundlage für die Übernahme der Betriebskosten in



Geburtshäusern und anderen von Hebammen geleiteten Einrichtungen durch die Krankenkassen gegenüber der Versicherten bietet. Nach Urteilen des 1. Senats des Bundessozialgerichts (Az.: B 1 KR 15/00 R und B 1 KR 1/01 R vom 9.10.2001) muss eine Einrichtung grundsätzlich in der Lage sein, die Versicherten stationär aufzunehmen, dem gemäß also nur ein Entbindungsheim eine Einrichtung i.S.d. § 197 RVO darstellt. Dieses antiquierte Verständnis „stationär vor ambulant“ ist gesundheitspolitisch und wirtschaftlich unzweckmäßig. Darüber hinaus wird hier der Grundsatz der Gleichbehandlung (Art. 3 Abs. 1 GG) missachtet, wenn Krankenhäuser im Rahmen der DRG - Regelung auch ihre Betriebskosten für eine ambulante Geburt zur Deckung bringen können, einem Geburtshaus oder einer anderen von Hebammen geleiteten Einrichtung jedoch keine Betriebskosten zugestanden werden. Daher ist es angezeigt, auch die ambulante Geburtshilfe für von Hebammen geleitete Einrichtungen leistungs- und vertragsrechtlich abzusichern. Mit dem strukturellen Wandel im Zuge der DRG - Einführung geht eine verstärkte Umstellung ins Belegsystem an den Kliniken einher. Auch hier findet eine Rückbesinnung zur Hebammen geleiteten Geburtshilfe statt.

Am Ende der DRG - Einführung wird es sich als kostensparend, sicher und effektiv erweisen, wenn die teure Hochleistungsmedizin im Rahmen der Geburtshilfe denjenigen zu Gute kommt, die sie benötigen, und Alternativen für diejenigen zur Verfügung stehen, denen die „Übersorgung“ eher schadet. In diesem Sinne müssen auch moderne Formen der von Hebammen geleiteten Einrichtungen neben Krankenhäusern abgesichert werden, in Rückbesinnung auf den besonderen Status von Schwangerschaft und Geburt als primär gesundem Vorgang, der nicht per se in einem Krankenhaus betreut werden muss.

Zu Abs. 2: Hier wird der Anspruch der Versicherten auf Übernahme der im Rahmen ihrer ambulanten Geburt anfallenden Kosten in den Geburtshäusern und anderen von Hebammen geleiteten Einrichtungen sichergestellt. Eine derartige Regelung ist erforderlich, weil die HebGV nach § 134 a SGB V lediglich die reine Hebammenleistung, nicht aber die Betriebskosten des Geburtshauses (hier auch Teile der investiven Kosten) abdeckt. Aufgrund der bisher fehlenden eindeutigen Regelungen wird derzeit in Einzelfallentscheidungen von den Krankenkassen meist nur ein geringer Betrag für die Betriebskosten bei einer Geburt in von Hebammen geleiteten Einrichtungen übernommen. Die Versicherten sind jedoch damit in der Regel durch erhebliche Zuzahlungen belastet, was das Selbstbestimmungsrecht für die Wahl des Geburtsortes für viele Versicherte unmöglich macht und dem Anspruch der Versicherten auf Hebammenhilfe widerspricht.

## **Zu § 24 d**

Die Inhalte wurden sinngemäß aus § 196 RVO übernommen und präzisiert. Die Definition der Mutterschaft ist notwendig, damit auch Mütter und Väter mit in Pflege genommenen oder zur Adoption vorgesehenen Säuglingen Anspruch auf Unterweisung in der Pflege und Ernährung des Säuglings erhalten und eine kontinuierliche Überwachung des Gesundheitszustandes des Säuglings im häuslichen Umfeld stattfinden kann. Diese Leistung muss auch Männern zustehen können, wenn sie die Rolle der Mutter übernehmen. Die Nennung ist notwendig, weil Hebammenhilfe nicht durch den Säugling selbst in Anspruch genommen wird. Vielmehr wird die Betreuung des Säuglings immer über die (leibliche) Mutter gewährleistet. Zwar tritt die Mutterschaft bei rechtsgültiger Adoption automatisch ein, dieser Zeitpunkt liegt aber zeitlich immer nach der Notwendigkeit der Hebammenhilfe.

## **Zu § 24 e**

Wurde sinngemäß aus § 198 und § 199 RVO übernommen und präzisiert.

## **Zu § 24 f**

Wurde neu eingefügt, keine inhaltliche Änderung zu § 196 RVO.

## **Zu § 24 g**

§ 24 g entspricht im Wesentlichen dem derzeitigen § 24 b SGB V.

Zu Abs. 3: § 24 g entspricht im Wesentlichen dem derzeitigen § 24 b SGB V. Allerdings ist die Aufnahme der Hebammenhilfe in Abs. 3 aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 15.1.1986, Az.: 3RK45/84) erforderlich. Da die Vorschrift des § 200f RVO (heute 24b SGB V) alle Ansprüche der Frau anlässlich eines Schwangerschaftsabbruchs abschließend regelt, die Hebammenhilfe darin aber nicht aufgeführt werde, stehe der Frau auch kein Anspruch auf die Hilfe, Überwachung und Fürsorge durch eine Hebamme zu. Dies gelte auch dann, wenn der Schwangerschaftsabbruch (wie in dem zu entscheidenden Fall) medikamentös durch Einleitung von (zum Teil sehr lang andauernden) Wehen herbeigeführt werde.

Eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft nach § 218a Abs.2 des Strafgesetzbuches bedeutet für jede Frau ein Geburtserlebnis mit weit reichenden seelischen und körperlichen Auswirkungen. Die Begleitung solcher Geburten erfordert auch von der Hebamme eine (zum Teil verstärkte) aktive Präsenz. Die psychosoziale Erstversorgung, die Hebammen bei der Begleitung dieser Geburten, sowie anschließend im Wochenbett leisten, trägt entscheidend zur Bewältigung des traumatischen Ereignisses und damit zur Gesunderhaltung der Frau bei. Gleichzeitig hat die Qualität dieser Erstversorgung maßgeblichen Einfluss auf die weitere Entwicklung der Frau sowie ihrer Familie und damit auch auf die zukünftige Familienplanung.

Es ist widersinnig, wenn einerseits der Abbruch durchgeführt wird, „um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“<sup>2)</sup>, der Frau jedoch andererseits die ihr zustehende Hebammenhilfe versagt wird. Ein Abbruch nach § 218a Abs.2 STGB ist nicht an eine Frist gebunden. Demzufolge ist es häufig erforderlich, dass in einer oft mehrtägigen Prozedur eine vorzeitige Geburt eingeleitet wird. In der Klinik gibt es keine andere adäquate Möglichkeit als die Betreuung im Kreißaal durch eine Hebamme. Die DRG - Abrechnung sieht in dem Fall die Abrechnung einer Geburt oder Fehlgeburt vor (abhängig davon ob das Kind lebend oder tot geboren wurde und vom Geburtsgewicht des Kindes). Da in den letzten Jahren im Zuge der DRG - Einführung auch große Kliniken (an denen solche Abbrüche vorwiegend stattfinden) auf Hebammen-Belegsystem umstellen, besteht die zwingende Notwendigkeit, die Grundlage für die Vergütung der freiberuflichen Hebamme in diesem Zusammenhang zu schaffen.

In der Regel ist den Frauen nach dem Abbruch nicht zuzumuten, länger als unbedingt erforderlich auf einer geburtshilflichen Station unter Müttern mit Säuglingen zu verweilen. Eine frühzeitige Entlassung ist daher die Regel. Dies erfordert die Betreuung im Wochenbett durch eine Hebamme, um gesundheitlichen Gefahren vorzubeugen und der Frau die Möglichkeit der Verarbeitung des belastenden Erlebnisses zu geben.

Zu Abs. 5: Häufig wird ein Eingriff nach § 218a Abs.2 STGB nach Ergebnissen durchgeführt, die aus der Pränataldiagnostik hervorgehen. Frauen, die zum Teil schon vorher in Hebammenbetreuung waren, haben das Bedürfnis, die daraus resultierende Konfliktlage mit einer Hebamme zu erörtern, da ihnen neben der

2) §218a Abs. 2 StGB

medizinischen Sichtweise vor allem ethische und psychosoziale Fragen wichtig sind und zur Hebamme oft ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht.

Es besteht sowohl Beratungsbedarf vor Durchführung der Pränataldiagnostik als auch bei Ergebnissen, die eine Konfliktsituation auslösen. Die Beratung vor Pränataldiagnostik ist in § 24 b Abs. 2 Satz 3 vorgesehen.

## **Zu §24 h**

§ 24 i entspricht dem bisherigen § 27 a SGB V.

## **Zu § 24 i**

§ 24 i entspricht dem bisherigen § 200 RVO. Das Wort „Entbindung“ wurde durch das zeitgemäßere Wort „Geburt“ ersetzt.

## **Zu § 24 j**

§ 24 j wurde unverändert aus dem derzeitigen § 24 SGB V übernommen. Der in der Vergangenheit oft fehl interpretierte Begriff „Vorsorge“ wurde durch die präzisere Bezeichnung „tertiäre Prävention“ ersetzt.

## **Zu § 91 Abs. 3 Punkt 9**

In der Anwendung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses ist zu beobachten, dass die Abrechenbarkeit einer Leistung häufig an die vollständige Leistungserbringung entsprechend der Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses gekoppelt wird. Die Patientenrechte auf Ablehnung einer Leistung oder Teilleistung werden durch die Formulierung der „Verbindlichkeit“ für die Versicherten nicht berücksichtigt. Bei den Untersuchungen zu den Mutterschaftsrichtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 ist zu beobachten, dass den Versicherten gegenüber der Eindruck geweckt wird, sie seien verpflichtet, alle Teile eines Leistungskomplexes in Anspruch zu nehmen.

## **Zu § 91 Abs. 6a**

Da das Leistungsrecht bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowohl ärztliche als auch Leistungen durch Hebammen umschließt, sind diese – insbesondere auch zur Vermeidung von Doppelleistungen – gleichermaßen durch Richtlinien zu konkretisieren. Damit die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ihre Bindungswirkung gegenüber den Adressaten entfalten können, bedarf es einer Legitimation sowohl gegenüber den Vertragsärzten als auch den Hebammen. Deshalb ist eine auf Seiten der Leistungserbringer paritätische Verfahrensteilnahme beider Gruppen angezeigt.

## **Zu § 92 Abs. 1**

Zu Abs. 1 Satz 2 Nr. 4: Entsprechend verändert ist § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4; die Richtlinien sollen sowohl die ärztlichen als auch die Leistungen durch Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft i.S.d. §§ 24 a, 24 c konkretisieren.

## **Zu § 92 Abs. 1 b:**

Die bisherige Fassung des § 92 Abs. 1 b ist wegen Wegfalls der Vorschrift des § 134 Abs. 2 und der Entscheidungsbeteiligung der Hebammen im Gemeinsamen Bundesausschuss zu streichen.

§ 92 Abs. 1b muss wegen Wegfalls der Vorschrift des § 134 Abs. 2 ohnehin neu gefasst werden. Die Mutterschaftsrichtlinien, die durch den gemeinsamen Bundesausschuss herausgegeben werden, regeln die Inhalte der Schwangerenvorsorge. Hebammen sind zur Erbringung dieser Leistung in eigener Verantwortung befugt, wie auch zu Leistungen während der Mutterschaft. Antragsrecht und Stimmrecht bei Beschlussfassung sind notwendig, da bisher trotz umfangreicher Stellungnahmen gemäß dem Anhörungsrecht in § 92 Abs. 1b kein Vorschlag der Berufsvertretung der Hebammen Gehör fand, und Regelungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebammen in der Betreuung einseitig ohne Berücksichtigung des Berufsrechts der Hebamme oder des Wahlrechts der Frau zu Gunsten der Ärzte formuliert wurden.

Die Konkretisierung der Ausrichtung in § 92 Abs. 1b ist notwendig, da die bisherigen Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Schwangerschaft und Geburt einseitig auf pathologische Zustände und deren Vermeidung ausgerich-

tet sind. Wie oben bereits ausgeführt, handelt es sich bei den Leistungsbereichen rund um die Fortpflanzung jedoch um physiologische Prozesse, die es in ihrer Normalität unter Berücksichtigung von wirtschaftlichen und bevölkerungspolitischen Aspekten ausdrücklich zu fördern gilt.

## **Zu § 121a**

Bisher ist in § 121 nur die Leistung und Bezahlung belegärztlicher Tätigkeit geregelt. Eine Übertragung der dortigen Regelungen auf Beleghebammen ist nicht möglich, da Hebammen nicht über die kassenärztliche Vereinigung vergütet werden. Gerade auch vor dem Hintergrund anhaltender Umwandlungen geburtshilflicher Abteilungen mit angestellten Hebammen in Beleghebammen-Abteilungen ist eine gesetzliche Regelung unumgänglich, da in der Kalkulation der Fallpauschalen erhebliche Unsicherheit besteht in welcher Kostenträgerschaft z.B. der Bereitschaftsdienst der Beleghebamme vergütet werden kann.

Organisatorische Leistungen im Rahmen der Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung werden im Rahmen der DRG - Kalkulation dem Krankenhaus erstattet. In Belegkrankenhäusern wird ein Teil dieser Leistungen durch die Beleghebamme erbracht, diese Leistungen sind jedoch nicht in der Vergütung der Hebamme nach Hebammengebührenverordnung enthalten. Für Krankenhäuser mit Hebammenbelegsystem werden Art und Umfang dieser Leistung weder erfasst<sup>3)</sup> noch besteht eine Regelung, wie diese an die Hebamme vergütet wird.

## **Zu § 134 b**

Analog zu den vorgesehenen leistungsrechtlichen Regelungen für Geburtshäuser und andere von Hebammen geleitete Einrichtungen in § 24 c des vorliegenden Änderungsvorschlages muss auch das Leistungserbringungsrecht für diese Einrichtungen geregelt werden. Entsprechend erfolgt in § 134 b Abs. 1 eine Legaldefinition dieser Einrichtungen; es werden die Grundvoraussetzungen für die Einordnung in diesen Typus beschrieben. Die RVO enthält bislang für solche „anderen Einrichtungen“ kein eigenständiges Leistungserbringungsrecht. Folge sind auch hier mehrere anhaltende Rechtsstreitigkeiten, in welchen es insbesondere darum geht, wie das Sachleistungsprinzip in solchen Einrichtungen zu realisieren ist. § 2 Abs. 2 SGB V benennt als Mittel zur Umsetzung des Sachleistungsprinzips den Vertrag mit dem

3) INEK (Hrsg.), Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern

Leistungserbringer. Für alle Typen von Leistungserbringern schafft das SGB V den Rahmen des Leistungserbringungsrechts. Somit ist es notwendig, auch für solche Einrichtungen einen Rahmen für das Leistungserbringungsrecht zu schaffen.

Abs. 2 beschreibt hierzu die Verpflichtung zur Qualitätssicherung und die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystems als grundlegende Voraussetzung für den Vertragsschluss des Einrichtungsträgers mit den Krankenkassen. Dies entspricht der modernen Systematik, wie sie auch für andere Bereiche des Leistungserbringungsrechts geschaffen wurde. Geburtshäuser und andere von Hebammen geleitete Einrichtungen können einen hohen Qualitätsstandard im Sinne dieser modernen Systematik nachweisen – u.a. durch die Beteiligung an der bundesweiten Untersuchung zur außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland. Neben dem jährlichen Qualitätsbericht zu dieser Untersuchung<sup>4)</sup> bestätigen auch andere Studien seit Jahren den hohen Sicherheitsstandard in der außerklinischen Geburtshilfe<sup>5)</sup>. Geburtshäuser erreichen dies u.a. durch sorgfältige Auswahl der Klientinnen und durch eine nicht-invasive Geburtshilfe (z.B. Dammschnitttrate 6,1 %, Kaiserschnitttrate 4,8 % ) bei gleichzeitig sehr guter Ergebnisqualität bei Mutter und Kind. Darüber hinaus haben viele Geburtshäuser ein umfassendes internes Qualitätsmanagementsystem entwickelt, das bereits weit über die bisherige Praxis in geburtshilflichen Einrichtungen hinausgeht<sup>6)</sup>.

Die wesentlichen Grundsätze der Leistungserbringung sollen – auch dies entspricht der Systematik aus anderen Bereichen – durch einen auf Bundesebene zu vereinbarenden Rahmenvertrag gemäß Abs. 3 geregelt werden. Es ist davon auszugehen, dass die wichtigsten Voraussetzungen an Qualität, Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern und Einzelheiten der Abrechnung am besten in gemeinsamer Selbstverwaltung zwischen den für die Vertretung der Einrichtung maßgeblichen Spitzenorganisationen und den Spitzenverbänden der Kranken-

4) Siehe Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (Hrsg), Qualitätsbericht 2004. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland.

5) Siehe z.B. Dangel-Vogelsang, E. Holthaus, B. Kollek und J. Korporal, Außerklinische Geburtshilfe in Hessen, Hamburg 1977. Diese Studie wurde von der AOK Hessen und dem hessischen Gesundheitsministerium gefördert.

Des weiteren sei genannt: M. David, H. Kraker von Schwarzenfeld, H. Kenterich, Geburtshausentbindung – eine sichere Alternative zur Klinikgeburt? Perinataldaten im Vergleich. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 58 (1988), S 208-215

6) Hier sei z.B. das Qualitäts-Management-System des Netzwerks der Geburtshäuser genannt, das in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden der Hebammen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, der AOK Hessen, dem VDAK und der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe entwickelt wurde.

kassen geregelt werden. Ein bundesweit geltender Rahmenvertrag gewährleistet dabei, dass die Leistungs- und Qualitätsstandards nicht zu Lasten der Versicherten in erheblichem Umfang voneinander abweichen. Gleichzeitig lässt er Spielräume für individuelle Entscheidungen innerhalb dieses Rahmens.

Durch Abs. 4 wird die Umsetzung des Rahmenvertrages für den einzelnen Einrichtungsträger geregelt. Legitimationsprobleme entstehen insbesondere wegen des sehr hohen Organisationsgrades der Einrichtungen in den maßgeblichen Verbänden nicht.

Kommt ein Rahmenvertrag gemäß Abs. 3 nicht binnen sechs Monaten zustande, werden die streitig gebliebenen Inhalte nach bekanntem Vorbild durch eine Schiedsstelle festgesetzt (Abs. 5).

Abs. 6 bestimmt, dass die Krankenkassen Geburtshilfe nur in solchen von Hebammen geleiteten Einrichtungen erbringen lassen dürfen, mit denen die Spitzenverbände der Krankenkassen Versorgungsverträge geschlossen haben. Nur auf diese Weise kann die konsequente Umsetzung des Sachleistungsprinzips entsprechend § 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V gewährleistet werden. Die Versorgungsverträge konkretisieren die durch den Rahmenvertrag gem. Abs. 3 vorgegebenen rechtlichen Bedingungen für die Leistungserbringung hinsichtlich des Inhaltes und Umfanges sowie der Qualität der Leistungen. Aufgabe der Partner der einzelnen Versorgungsverträge ist auch die Ausgestaltung der Vergütung für die Leistungen, welche nicht Gegenstand der Hebammenvergütung nach § 134 a SGB V neuer Fassung sind. Um die Erfüllung des Sachleistungsanspruchs in solchen Einrichtungen zu sichern, ist es auch erforderlich, deren Betriebskosten bei der Vergütung zu berücksichtigen, zumal diese Einrichtungen keine staatliche Förderung wie Krankenhäuser nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den jeweiligen Landeskrankenhausesetzen erhalten. Klarzustellen ist, dass dementsprechend das System der Krankenhausbedarfsplanung keine Anwendung auf diese Einrichtungen findet.

Zur Wahrung der Parität bei Verhandlung der Versorgungsverträge ist – entsprechend der Konzeption des Gesetzgebers zu den Verträgen nach § 132 a Abs. 2 SGB V – eine Schiedsperson zu berufen, die im Falle fehlender Einigung über einzelne Inhalte des Versorgungsvertrages eine Leistungsbestimmung trifft (Abs. 7).



## **Zu § 291a elektronische Gesundheitskarte**

Die derzeitige Formulierung würde es Hebammen nach Abs.4 Nr. 2 d) nur in Notfällen erlauben, die zukünftig vorgesehene Gesundheitskarte einzulesen, da sie nicht zu Abs. 4 Nr.1 e) „sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen“ zu zählen sind, sondern auch ohne Verordnung tätig werden können. Damit wären Hebammen die einzige im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppe, die sich bei der Verwendung der Gesundheitskarte strafbar machen würde. Bei gleichzeitiger Forderung nach elektronischer Abrechnung ist dies nicht zumutbar und unter dem Gesichtspunkt der mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte beabsichtigten Ziele auch nicht sinnvoll.

## **Zu § 301a**

Die Vorschrift nimmt die Berufsgruppe der Hebammen bzw. die von Hebammen geleiteten Einrichtungen in die Reihe der Leistungserbringer auf, die im Wege des elektronischen Datenträgeraustausches mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen.

Für Ihre Notizen



