

Qualitätsanforderungen versus Wahlfreiheit bei Hausgeburten

CLAUDIA KÖTTER,
ELKE MAßING

Claudia Kötter und Elke Maßing sind Referentinnen in der Abteilung Ambulante Versorgung beim GKV-Spitzenverband in Berlin

Aufgrund massiver Forderungen von Hebammenseite gibt es seit einigen Jahren viele gesetzgeberische Neuerungen: Von der Regressbeschränkung der Krankenkassen bis hin zu einem Sicherstellungszuschlag sind Regelungen zugunsten der Hebammen geschaffen worden. Bei den Qualitätsanforderungen ist jedoch die Notwendigkeit von verbindlichen Ausschlusskriterien für Hausgeburten strittig. Der Beitrag beleuchtet das Thema Ausschlusskriterien für außerklinische Geburten. Neben der Entstehungsgeschichte, der Evidenz, Vergleichen mit anderen geburtshilflichen Versorgungsbereichen wird insbesondere zu den aktuellen Themen „Einschränkung der Wahlfreiheit der Frau“ sowie „Einschränkung der Berufsfreiheit von Hebammen“ Stellung bezogen und perspektivisch Lösungsansätze aufgezeigt.

1. Qualitätsanforderungen in der Hebammenversorgung – Status quo

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) und dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) hat der Gesetzgeber in § 134a Abs. 1a SGB V die Vertragspartner (Hebammenverbände: Deutscher Hebammenverband e. V. – DHV, Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. – BfHD und GKV-Spitzenverband) verpflichtet, erstmals auch für die Leistungen der Hebammenhilfe und somit auch für Hausgeburten qualitätssichernde Maßnahmen zu vereinbaren. Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sollten bis zum 31. Dezember 2014 vereinbart sein. Gesetzgeberisches Ziel ist es, dass die strukturellen und prozessualen qualitätssichernden Maßnahmen auch bei Hausgeburten greifen. Nach Auffassung der Kassenseite

zählen hierzu auch die so genannten Ausschlusskriterien als Bestandteil der Prozessqualität.

Im Vorgriff auf eine Vereinbarung über Leistungsbeschreibungen und Qualitätsstandards hatte die Schiedsstelle nach § 134a Abs. 3 SGB V bereits im Januar 2013 eine Vergütungserhöhung von 5% festgelegt. Eine weitere Erhöhung um 5% sollte nach Abschluss der Vereinbarung erfolgen, so die Entscheidung der Schiedsstelle damals.

Zusätzlich waren die Vertragspartner gehalten, bis zum Sommer 2015 vertragliche Regelungen zur Auszahlung eines so genannten Sicherstellungszuschlages für geburtshilflich tätige Hebammen zu vereinbaren, um damit ihre hohen Berufshaftpflichtversicherungskosten (seit 1. Juli 2015 über 6.200 Euro) zu kompensieren. Die Auszahlung ist daran geknüpft, dass die vertraglich festgelegten Qualitätsanforderungen erfüllt werden.

Die Hebammenverbände waren in den Verhandlungen zu den Qualitätsanforderungen nicht bereit, verbindliche Ausschlusskriterien für Hausgeburten zu konsentieren. Diese sollten zum Schutz von Mutter und Kind vereinbart werden, so dass nur „normale“ Geburten zu Hause stattfinden und typischerweise risikobehaftete Verläufe in die Kliniken verwiesen werden (absolute Ausschlusskriterien: z. B. Blutgruppen-Inkompatibilität). Beim Vorliegen relativer Ausschlusskriterien, z. B. Gerinnungsstörungen, sollte eine weitere Abklärung, z. B. durch ein fachärztliches Konsil erforderlich sein, um die Geburt dennoch zu Hause durchführen zu können.

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) hatte im Juni 2015 die Schiedsstelle nach § 134a Abs. 3 SGB V angerufen, weil eine Einigung mit den Verbänden der Hebammen nicht erreicht werden konnte. Diese hat am 24. und 25. September 2015 nunmehr weitgehend die bereits im Ergänzungsvertrag für Geburtshäuser seit vielen Jahren geregelten Ausschlusskriterien übernommen und damit eine Angleichung dieser Qualitätsmaßnahme für alle außerklinischen Entbindungen festgelegt. Somit gelten die Ausschlusskriterien für Geburtshäuser fast 1:1 nun auch für Hausgeburten, sodass die oben erwähnte weitere fünfprozentige Vergütungserhöhung ab diesem Zeitpunkt gilt.¹

Der DHV hat im Dezember 2015 den kompletten Schiedsspruch (zu den Ausschlusskriterien und auch zum Sicherstellungszuschlag) in Frage gestellt und sowohl Klage beim Sozialgericht Berlin eingereicht als auch einstweiligen Rechtsschutz beantragt. Der BfHD hat ebenfalls eine Klage gegen den Schiedsspruch erhoben die aber auf die Festsetzung der Ausschlusskriterien beschränkt. Ein vom DHV gestellter Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ist vom Sozialgericht Berlin zwischenzeitlich abgelehnt worden. Gegen diesen Beschluss ist eine Beschwerde des DHV beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg anhängig.

2. Entstehung der Ausschlusskriterien für außerklinische Geburten

Die von der Schiedsstelle festgelegten Ausschlusskriterien orientieren sich an dem seit dem Jahr 2008 in dem Ergänzungsvertrag über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in

Geburtshäusern nach § 134a SGB V vereinbarten Ausschlusskriterien. Diese resultieren aus Berichten zum Aufbau eines Qualitätsmanagement-Systems für Geburtshäuser (2000). Es existierte seinerzeit eine sogenannte Lenkungsgruppe mit Vertretern der Hebammenverbände (Vertreterinnen des DHV, des BfHD, des Netzwerkes der Geburtshäuser, Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe – QUAG e.V. und weitere Hebammenexpertinnen/Systemauditorinnen mit ein bis zwei Vertretern des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen – MDK). Diese Lenkungsgruppe hatte sich mit den Risiken beschäftigt, die eine Geburt im Geburtshaus ausschließen, sowie die Kriterien diskutiert, die eine Geburt im Geburtshaus unter bestimmten Bedingungen ermöglichen. In 2002 gab es einen Abschlussbericht der Lenkungsgruppe. Die in diesem Bericht aufgeführten Kriterien waren die Grundlage der im Jahr 2008 im Ergänzungsvertrag über Betriebskostenpauschalen für Geburtshäuser festgelegten Ausschlusskriterien für Geburtshäuser.

Diese Ausschlusskriterien sind mit einer Ausnahme identisch mit den im Rahmen der Schiedsstelle festgesetzten Ausschlusskriterien für Hausgeburten. Bei dem relativen Ausschlusskriterium Überschreitung des geplanten Entbindungstermins sieht der Ergänzungsvertrag bei Überschreitung der 40 Schwangerschaftswochen (SSW) (also 40 SSW + 0 Tage) ein Facharztkonsil verbindlich vor, bei geplanten Geburten in häuslicher Umgebung bei 40 SSW + 3 Tage.

Einigkeit bestand auf beiden Seiten seit einigen Jahren darüber, dass die Vertragsparteien an dem Ausschlusskriterien-Katalog weiterarbeiten müssen. Die Vertragspartner haben sich bereits Anfang 2015 für eine Studie zur Überprüfung der Evidenz der Ausschlusskriterien ausgesprochen. Die vorbereitenden Maßnahmen dafür sind in vollem Gange. Erwartet wird das Ergebnis frühestens für Herbst 2016.

3. Verweis an Kliniken bei bestimmten Risiken

Der Grundsatz in der außerklinischen Geburtshilfe muss sein, dass die außerklinisch tätige Hebamme bei einem bestimmten Risiko-/Befundprofil die Schwangere/das Kind an eine entsprechend hierfür sachlich und personell ausgestattete Klinik verweist, sofern die Komplexität des

Falles, spezielle Leistungsinhalte und/oder einzelne Maßnahmen (z. B. genetische Beratungen und Ultraschalluntersuchungen) nicht in den Kompetenzbereich der Hebammen fallen.

Dieser Grundsatz ist auch im Rahmen der Leistungsbeschreibung im neuen Vertrag nach § 134a SGB V bereits zwischen den Vertragsparteien an mehreren Stellen vorab konsentiert gewesen und durch den Schiedsspruch festgesetzt worden. Insbesondere befinden sich an drei Stellen Verweise an die Kliniken entsprechend ihrer Level-Einteilung nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene QFR-RL³:

- Die Hebamme hat die Versicherte an einen anderen Leistungserbringer (z. B. entsprechende Fachärzte und/oder zuständige Einrichtungen und klinische Versorgungslevel) zu verweisen.
- Informationen zu Möglichkeiten und Grenzen des gewünschten Geburtsortes unter Berücksichtigung der individuellen Befunde (u. a. Perinatallevel) sind von der Hebamme an die Versicherte weiterzugeben (im Rahmen eines Vorgesprächs). Die Hebamme hat ggf. eine Verlegung in eine höhere, situationsangepasste Versorgungsstufe (z. B. Kreißsaal → OP, außerklinisch → klinisch, Level) von Frau und/oder Kind inkl. Durchführung organisatorischer und pflegerischer Maßnahmen unter Berücksichtigung des besonderen psychischen Betreuungsbedarfs von Mutter/Kind (bei der vollendeten als auch nicht vollendeten Geburtsbetreuung) zu gewährleisten.

Die vertraglich jetzt festgesetzten Ausschlusskriterien dienen auch zur Umsetzung dieser Vorgaben.

1 vgl. hierzu Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe in der Fassung nach Schiedsspruch 2015; https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen/hebammenhilfevertrag/hebammenhilfevertrag.jsp

2 vgl. hierzu Ergänzungsvertrag über Betriebskostenpauschalen ...; https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/geburtshaeuser/betriebskostenvertrag/betriebskostenvertrag.jsp

3 vgl. hierzu Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL vom 20. November 2014 <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/>

4. Ausschlusskriterien in anderen geburtshilflichen Versorgungsbereichen

Auch die Regelung zur Qualitätssicherung im Krankenhaus sehen vor, dass – trotz der grundsätzlich bestehenden freien Krankenhauswahl – zur Optimierung der perinatalogischen Versorgung, die Zuweisungen von Schwangeren nur in eine Einrichtung erfolgen darf, die die für das entsprechende Risikoprofil der jeweiligen Schwangeren oder des Kindes definierten personellen und sachlichen Voraussetzungen erfüllt. Die Krankenhäuser müssen also die Anforderungen für die jeweilige Versorgungsstufe erfüllen, um die entsprechenden Geburten betreuen und somit die Leistungen erbringen zu dürfen.

Nach Auffassung der Kassenseite, sollte der Wunsch der Versicherten so lange wie möglich respektiert werden – er endet jedoch dort, wo es Kriterien/Befunde gibt, die die Wunschbehandlung zum Sicherheitsrisiko für das ungeborene Kind und/oder die Mutter werden lassen. Das gilt bei Schwangeren z. B. auch für die Wunschklinik. Gibt es im Laufe der Schwangerschaft bestimmte Risiken, für die die Wunschklinik nicht ausgestattet ist, wird die Schwangere an eine andere Klinik verwiesen.⁴

Daneben gibt es Ausschlusskriterien auch in den zehn bestehenden **Hebammenkreißsälen** in Deutschland. Das sind Kreißsäle, in denen den Hebammen die fachliche Leitung obliegt. Eine Entbin-

Die Wunschbehandlung der Versicherten muss ihre Grenzen finden, wenn sie zum Sicherheitsrisiko für Kind und Mutter wird.

dung in einem Hebammenkreißsaal ist nur für gesunde Frauen mit keiner bzw. niedriger Risikoeinstufung möglich. Es handelt sich hierbei um ein Betreuungsmodell in der Klinik, welches zusätzlich zum klassischen ärztlich geleiteten Kreißsaal angeboten wird. Ausschlusskriterien „dienen der Überprüfung und Einschätzung zu unterschiedlichen Zeitpunkten während der Schwangerschaft und unter der Geburt, ob die Schwangere bzw. Gebärende den „low-

risk“-Kriterien entspricht und somit im Hebammenkreißsaal betreut werden kann“⁵. Das Handbuch wurde ideell und finanziell vom DHV unterstützt und von Hebammen/-wissenschaftlerinnen⁶ und Ärzten gemeinsam erarbeitet. Die darin enthaltenen Ausschlusskriterien, wonach von Seiten der Hebammen eine Weiterleitung in den ärztlich geleiteten Kreißsaal initiiert werden muss, werden wie folgt katalogisiert:

- A: Anamnese und allgemeine Befunde: z. B. Blutungs-/Thromboseneigung, Diabetes mellitus, Kleinwuchs unter 1,50 m, Komplikationen bei vorangegangener/en Geburt/en usw.
- B: Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf: z.B. Abusus von Drogen oder Alkohol, Plazenta praevia (Fehllage der Plazenta/des Mutterkuchens), Mehrlingschwangerschaft, Hydramnion (überdurchschnittlich große Menge Fruchtwasser), Beckenendlage, Hypertonie usw.
- C: Geburtsrisiken: z.B. uterine Blutungen, Fieber unter der Geburt, Querlage/Schräglage, hoher Gradstand, Schulterdystokie usw.
- D u. E: Postpartale Krankheiten/Störungen von Mutter oder/und Neugeborenem

Dass bei einer Versorgungsform, bei der im Notfall ein wesentlich schnelleres Eingreifen von Ärzteseite möglich ist, z. T. umfassendere bzw. weitergehende Ausschlusskriterien vorliegen als bei Geburten im häuslichen Umfeld, wo die Verlegungszeit i. d. R. wesentlich länger sein wird, zeigt ebenfalls auf, dass es sinnvoll ist, mindestens – bis zum Vorliegen neuer Erkenntnisse im Rahmen der bereits initiierten Studie – die Ausschlusskriterien des Geburtshausvertrages bei allen außerklinischen Geburten anzuwenden.

5. Vertragliche Regelungen seit 2008

Die Hebammenverbände haben in den vergangenen Monaten eingewandt, dass die vertraglichen Regelungen zu den absoluten und relativen Ausschlusskriterien im Ergänzungsvertrag (Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in

von Hebammen geleiteten Einrichtungen nach § 134a SGB V, vgl. FN 3) von 2008 immer schon so ausgelegt worden wären, dass sich die Frau bzw. die Hebamme auch beim Vorliegen von Ausschlusskriterien „auf Wunsch“ für eine Entbindung im Geburtshaus entscheiden könne.

Diese Auffassung ist aber angesichts des klaren Wortlauts der Regelungen in § 9 Abs. 1 und 2 der Anlage 1 – Qualitätsvereinbarung zum Ergänzungsvertrag nicht haltbar. Bereits der Begriff „Ausschlusskriterien“ schließt es aus, dass diese zur Disposition des Geburtshauses stehen. Zudem heißt es in den entsprechenden vertraglichen Regelungen wörtlich: „Kriterien, die eine Geburt in einer HgE (Hebammen geleitete Einrichtung) im Sinne des Ergänzungsvertrages ausschließen“, und „Kriterien, die eine Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung im Sinne des Ergänzungsvertrages nach gründlicher Abklärung durch weitere Diagnostik, fachärztliches Konsil und Teamentscheidung sowie nach spezieller Risikoauflärung nicht ausschließen.“ Diese Regelungen sind eindeutig und unmissverständlich. Eine Auslegung dahingehend, dass diese Kriterien zur Disposition der werdenden Mutter oder des Geburtshauses stehen, ist weder mit dem Wortlaut noch mit dem Sinn und Zweck der Regelungen vereinbar.

Vielmehr – das ergab eine Abfrage bei mehreren Geburtshäusern – sehen diese die vertraglich festgelegten Ausschlusskriterien als Mindeststandard an und haben darüber hinaus beispielsweise „BMI über 25“ oder „Allergien“ als zusätzliches Kriterium, eine Geburt **nicht** in der Einrichtung zu betreuen, für ihr Geburtshaus festgeschrieben.

Um die Dimension des Problems beurteilen zu können, sind in der nachfolgenden Tabelle die relevanten Größen, insbesondere zu den außerklinischen Geburtsbetreuungen, ausgewiesen.

Bei den in der Tabelle aufgeführten „Hebammen mit Geburtshilfe“ handelt es sich ausschließlich um freiberuflich tätige Hebammen im Sinne des

4 ebenda

5 vgl. S. 63 Handbuch Hebammenkreißsaal – Von der Idee zur Umsetzung; Verbund Hebammenforschung; Fachhochschule Osnabrück gefördert vom BMBF im Januar 2007

6 Anmerkung: (wissenschaftliche Leitung hatte Frau Prof. Dr. P.H. Friederike zu Sayn-Wittgenstein)

Tabelle: Statistische Größen zur Hebammenversorgung

	Anzahl Hebammen mit Geburtshilfe	Anzahl Hausgeburten	Anzahl Geburtshäuserentbindungen	Verlegungsquote von außerklinisch in Klinik in %	Ausgaben für Hebammenleistungen in Mio. €
2010	4.939	3.709	6.982	15,60	431,10
2014	5.018	3.862	7.295	16,70	529,90

Quelle: Vertragspartnerlisten des GKV-Spitzenverbandes und QUAG e.V. sowie Amtliche Statistiken KJ1

Vertrages nach § 134a SGB V (gem. Vertragspartnerliste beim GKV-Spitzenverband), die sowohl außerklinische (ca. 11.000) als auch klinische Geburten (ca. 120.000 p.a. als Beleggeburten) begleiten dürfen. Bei der ausgewiesenen Anzahl der Hausgeburten beträgt der Erfassungsgrad allerdings nur ca. 80 %. Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass sich in dem Vergleichszeitraum die Anzahl der Geburtshäuser nach § 134a SGB V von 139 auf 129 reduziert hat. Die Ausgaben für Hebammenleistungen beziehen sich auf Leistungen von allen freiberuflich tätigen Hebammen in Deutschland (ca. 18.000 mit und ohne Geburtshilfe) und sind in dem Zeitraum um fast 23 % gestiegen.

Bezogen auf die Geburtenanzahl in Deutschland insgesamt im Jahr 2014 in Höhe von 717.524 haben Hausgeburten lediglich einen Anteil von 0,5 %, Geburtshäuserentbindungen von 1 %. Davon wird fast jede fünfte abgebrochen und muss in der Klinik beendet werden.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass sämtliche Zahlen im Zeitablauf gestiegen sind (Anzahl geburtshilflich tätiger Hebammen, Anzahl Hausgeburten und Geburtshäuserentbindungen); nur der Anteil der außerklinischen Geburten an allen Geburten in Deutschland liegt konstant bei 1,5 %.

6. Evidenzen von Ausschlusskriterien

Ein oft auch in den Medien wiederholtes Argument gegen eine Übernahme der Ausschlusskriterien des Geburtsausvertrages auch für Hausgeburten war, dass es an einer Evidenzbasierung der vereinbarten Ausschlusskriterien für außerklinische Geburten fehle. Dies ist jedoch tatsächlich nicht der Fall. Denn eine Evidenzbasierung ist nicht auf randomisierte, kontrollierte Studien beschränkt. So differenziert z. B. die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)⁷ zwischen den folgenden Evidenzstufen für therapeutische Studien:

- I a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b
- I b Randomisierte klinische Studien
- II a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b
- II b Prospektive vergleichende Kohortenstudien
- III Retrospektive vergleichende Studien
- IV Fallserien und andere nicht vergleichende Studien
- V Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, u. ä.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen.

Die Ausschlusskriterien zum Geburtsausvertrag wurden von einer sogenannten Lenkungsgruppe zur Erstellung eines Leitfadens zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für Geburtshäuser erstellt. Die erarbeiteten Ausschlusskriterien sind daher der Evidenzstufe V zuzuordnen.

Auch das Stufenklassifikationssystem der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) berücksichtigt bei der Erstellung einer Leitlinie eine Einteilung in Stufe S1 (Empfehlungen nach informellem Konsens einer repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe) bis S3 (evidenzbasiert)⁸. Die Stufe S1 entspricht dem Expertinnenstandard, der bei der Erarbeitung der Ausschlusskriterien vorhanden war.

Zudem bestimmt in der Geburtshilfe (z. B. bei den Mutterschaftsrichtlinien) sogenanntes Erfahrungsexpertinnenwissen, das auch schon als Evidenzbasierung anzusehen ist, welche Schwangerschaften/Geburten als risikobehaftet einzustufen sind. Hieraus ergibt sich ein Standard, der für alle geburtshilflich tätigen Gynäkologen/Kliniken verbindlich ist. „Geburtshilfe ist ja eigentlich keine Wissenschaft, sondern Erfahrungsheilkunde“⁹. Das bedeutet, dass die Geburts-

hilfe von der Erfahrung/Erkenntnis im Vorfeld zu differenzieren lebt, damit nicht unvorbereitet Notfälle in der außerklinischen Geburtshilfe produziert werden, die aufgrund von zu langen Verlegungszeiten von zu Hause in die Klinik zu Schäden bei Mutter und/oder Kind führen können.

7. Wahlfreiheit der Versicherten

Kritiker von Ausschlusskriterien bei außerklinischen Geburten vertreten die Auffassung, dass es ein übergeordnetes Recht zur freien Wahl des Geburtsortes gebe. Demzufolge sei eine geburtshilfliche Leistungserbringung im häuslichen Umfeld auch bei vorliegenden Ausschlusskriterien auf Kosten der Versicherungsgemeinschaft zuzulassen, wenn dies dem ausdrücklichen Wunsch der Versicherten entspricht.

Diese Auffassung ist jedoch nicht haltbar. Mit dem PNG wurden die vorher in der Reichsversicherungsordnung (RVO) verordneten Vorschriften zur Hebammenhilfe in das SGB V eingefügt. § 24f Satz 1 SGB V regelt, dass die Versicherte Anspruch auf ambulante oder stationäre Entbindung hat. Eine ambulante Entbindung kann dabei in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung oder im Rahmen einer Hausgeburt erfolgen (§ 24f Satz 2 SGB V). Die Regelungen zum Leistungserbringerrecht verweisen in § 134a Abs. 1 Satz 2 SGB V auf diesen leistungsrechtlichen Anspruch. Dieser Verweis auf § 24f Satz 2 SGB V

7 vgl. Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (abrufbar unter www.g-ba.de) in § 11 Abs. 3 des 2 Kapitels

8 vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) e.V., Düsseldorf

9 AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit): Geburtshilfe in Deutschland – Was läuft hier falsch? Interview mit Dr. Katharina Lüdemann, Chefarztin der Frauenklinik am St. Josef-Stift, Delmenhorst, Juni 2015

kann jedoch nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die gesetzliche Krankenversicherung die ambulante Geburt auch dann im Rahmen des Sachleistungsanspruches zur Verfügung zu stellen hat, wenn die Durchführung der ambulanten Geburt für die Mutter oder das Kind bei typisierender Betrachtungsweise mit einer gesundheitlichen Gefahr oder einem hohen Risiko verbunden ist.

Ein solcher Ansatz ist mit den Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vereinbar. Nach § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V müssen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Das heißt, dass eine Leistung (ambulante Entbindung), die im Vergleich zu einer anderen Leistung (stationäre Entbindung) zu einem (hohen) gesundheitlichen Risiko für Mutter oder Kind führt, weder zweckmäßig noch notwendig und von daher von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu erbringen ist.

Eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung zum Schutz von Kind und Mutter überwiegt dem Interesse der Hebammen an uneingeschränkter Leistungserbringung.

Die im SGB V grundsätzlich gewährleistete Wahlfreiheit endet nach Auffassung der Kassenseite dort, wo es Kriterien gibt, die die Wunschbehandlung zum Risiko für das ungeborene Kind und/oder die Mutter werden lassen. Dies gilt vor allem dann, wenn die gesetzliche Krankenversicherung eine wesentlich risikoärmere Leistung (stationäre Entbindung) zur Verfügung stellt.

Selbst eine Broschüre der Hebammenverbände aus dem Jahr 2002 sieht vor, dass eine „Freie Wahl des Geburtsortes nicht möglich ...“ ist, bzw. bedingt/eingeschränkt nur möglich ist¹⁰. Warum hiervon nun nach Ansicht der Hebammenverbände gravierend abgewichen werden soll, erschließt sich nicht.

8. Berufsfreiheit von Hebammen

Von Hebammenseite wird argumentiert, dass es sich bei den Ausschlusskriterien für Geburten im häuslichen Umfeld um einen (unzulässigen) Eingriff in die Berufsfreiheit der Hebammen handele. Zunächst ist klarzustellen, dass die von den Hebammenverbänden geforderte Regelung nicht in das Recht der Berufswahl eingreift. Denn die Regelung betrifft nicht den Zugang zum Hebammenberuf, sondern nur die Durchführung von Geburten im häuslichen Umfeld und dies auch nur beim Hinzutreten bestimmter Kriterien. Betroffen ist damit nur ein Teilbereich der Berufsausübung.

Die Festlegung verbindlicher Ausschlusskriterien stellt sich für Hebammen als eine Berufsausübungsregelung dar. Ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit ist aufgrund eines Gesetzes möglich. Eine solche gesetzliche Regelung stellt § 134a Abs. 1 Satz 1 i.V.m. Abs. 1a SGB V dar, der die Vertragsparteien sogar ausdrücklich beauftragt, Regelungen zur Qualität zu vereinbaren. Darüber hinaus muss ein Eingriff in die Berufsausübung durch hinreichende Gründe des

Gemeinwohls gerechtfertigt sein. Die Steigerung und Sicherung der Qualität dient dem Schutz der Versicherten und deren Kinder. Gerade bei der Geburtshilfe können Mängel bei der Leistungserbringung zu schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen führen. Das Interesse an einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung zum Schutz der Kinder und/

oder der Mutter überwiegt das Interesse der Hebammen an einer – in diesem Bereich – uneingeschränkten Leistungserbringung.

Auch in anderen Bereichen hat das Bundessozialgericht mehrfach entschieden, dass der Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit gerechtfertigt ist und deswegen das Grundrecht nicht verletzt ist. So hat das Gericht z.B. für den Bereich der Mindestmengen im Krankenhaus zuletzt in einer Entscheidung vom 27. November 2014¹¹ ausdrücklich die Auffassung vertreten, dass eine Abwägung der Bedeutung der Interessen der Krankenhäuser, uneingeschränkt bestimmte Leistungen

zu erbringen, mit dem Interesse an einer besseren Versorgungsqualität für Patienten einen Vorrang der Qualitätssicherung zugunsten der hiervon betroffenen Individual- und Gemeinwohlbelange ergebe. Patientenschutz habe hier Vorrang vor Erwerbsschutz.

9. Konsequenzen bei Missachtung der Ausschlusskriterien

Solange eine physiologisch normale Schwangerschaft besteht, kann die Schwangere wählen, ob die Geburt z. B. als Hausgeburt, im Geburtshaus oder einem Krankenhaus durchgeführt werden soll. Der neue Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe enthält einen Passus, der eine partizipative Entscheidungsfindung mit der Versicherten regelt. Dies gilt für alle Hebammenleistungen und nicht nur für die außerklinischen Geburten. Trotzdem gelten selbstverständlich die festgelegten Ausschlusskriterien.

Erfolgt die Entbindung mit Hilfe der freiberuflichen Hebamme im häuslichen Umfeld trotz eines pathologischen Facharztbefundes oder dem Fehlen des notwendigen Konsils bei den relativen Ausschlusskriterien, ist dies ein Vertragsverstoß der freiberuflichen Hebamme im Sinne des Vertrages zur Hebammenhilfe. Ist dieser Verstoß nachweisbar, kann der GKV-SV wegen des Vertragsverstoßes gegen die Hebamme vorgehen. Daneben haben auch die einzelnen Krankenkassen ein Prüfrecht. Ergibt sich zusätzlich ein Schadensfall, dann wird geprüft, ob beispielsweise grobe Fahrlässigkeit vorliegt und ob die Krankenkassen sich die Kosten vom Verursacher erstatten lassen können.

Zudem können die Hebammen bei Nichteinhaltung der vertraglich vereinbarten Ausschlusskriterien gegen das Berufsrecht verstoßen. Die eventuellen Sanktionen ergeben sich aus den jeweiligen Berufsordnungen der Länder.

¹⁰ Auszug aus Broschüre DHV: Hebammengeleitete Geburtshilfe – Empfehlungen und Auswahlkriterien für die Wahl des Geburtsortes; Hrsg.: Bund Deutscher Hebammen e.V., Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V., Netzwerk zur Förderung der Idee der Geburtshäuser in Deutschland e.V., Karlsruhe 2002

¹¹ vgl. B 3 KR 1/13 R, juris Rn. 44

10. Lösungsansätze

Vertragspartner im Rahmen der Selbstverwaltung können sich zu Qualitätsanforderungen auseinandersetzen und Kompromisse aushandeln, z. B. hinsichtlich der Anzahl der Fortbildungsstunden, Erhebungssitem bei der Ergebnisqualität und vielen mehr. Aber die Festlegung von Ausschlusskriterien für außerklinische Geburten ist nur schwierig verhandelbar, müssen diese doch in einen unmittelbaren Zusammenhang mit den geburtshilflichen Outcome Mutter und/oder Kind bei einer Hausgeburt gesehen werden.

Dass solch ein brisantes und wichtiges Thema den Vertragspartnern auf Bundesebene überlassen wurde und nicht z. B. der Gemeinsamen Bundesausschuss – (G-BA), der ja bereits für Früh- und Neugeborene klare Regelungen zur Aufnahme in das jeweils entsprechend notwendige Krankenhaus – je nachdem mit welchem Risiko die Schwangere belastet ist – mit der Erstellung von Kriterien auch für den außerklinischen Bereich beauftragt wurde, ist zu hin-

Hätte es in der Vergangenheit verbindliche Ausschlusskriterien gegeben, wären die massiven Steigerung der Haftpflichtprämien vielleicht nicht eingetreten.

terfragen. Der GKV-SV hat bereits vor vielen Jahren im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens dazu aufgefordert, insbesondere die Ergebnisqualität für die außerklinische Geburtshilfe im G-BA zu platzieren. Hintergrund hierfür war u. a., dass die Bevölkerung weder die Anzahl noch die Ursachen der Schadensfälle von außerklinischen Geburtsfällen kennt. Dies erscheint aber unumgänglich, um die Konsequenzen des Fehlens bzw. den Nutzen von (weiteren) Kriterien abschätzen zu können. Jedes Kind, das bei einer außerklinischen Geburt aufgrund der Intransparenz und dem Fehlen klarer Festlegungen in diesem sensiblen Bereich verstirbt, ist ein Kind zu viel. Auch die häufig von Hebammen hervorgehobene Auswertung der Ergebnisqualität von Hausgebur-

ten durch die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe – QUAG e. V. spiegelte in der Vergangenheit das tatsächliche Geburtsgeschehen nicht vollständig wieder. Denn dort waren die Hausgeburten höchstens zu 80 % erfasst. Gerade aber die kritischen Fälle haben viele Hebammen in der Vergangenheit – auch nachweisbar – nicht „freiwillig“ gemeldet. Zumindest dies ist mit dem neuen Vertrag künftig über eine eindeutige Verpflichtung zur Bereitstellung von statistischen Erhebungsbögen gegeben.

Die Verbindlichkeit von Ausschlusskriterien ist nach Auffassung der Kassenseite auch mit Blick auf den Haftpflichtkostenanstieg der Hebammen in den vergangenen 10 Jahren nicht zu vernachlässigen. Hätte es für alle außerklinischen Geburten verbindliche Ausschlusskriterien gegeben, wären die Steigerung der Haftpflichtversicherungsprämien bzw. die Kündigung von Haftpflichtversicherungen, die aus der Anzahl von Schadensfällen, Schadenshäufigkeit und Schadenshöhe resultieren, möglicherweise nicht in der massiven Form eingetreten. Fakt ist auch, dass jedes Ergebnis, der von den Vertragspartnern initiierten Studie zu einzelnen „Ausschlusskriterien bei Hausgeburten“, eine strittige Diskussion auch für Geburtshausentbindungen nach sich ziehen wird. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Hebammenverbände im Rahmen des Schiedsverfahrens nur

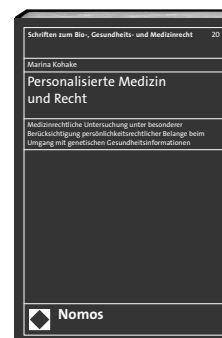
noch von „Abgrenzungsbefunden“ sprachen und diese sogar bei der Aufklärung der Versicherten durch die Hebammen nicht einmal genannt haben wollten, zeigt den grundsätzlichen Dissens der Vertragspartner auf.

Zusätzlich sollte deswegen auch über die Möglichkeit nachgedacht werden, das Thema Ausschlusskriterien für außerklinische Entbindungen an die Leitlinie „Physiologisch normale Geburt“, die zurzeit erarbeitet wird, anzudocken.

11. Fazit

Transparenz der Schadensfälle in Form einer verpflichtenden anonymisierten Schadensstatistik getrennt nach dem jeweiligen Geburtsorten inklusive vorliegender Befunde in der Schwanger-

schaft und zu Beginn einer Geburt ist ein wesentlicher Punkt, den es künftig zu schaffen gilt. Ein gesetzgeberisches Handeln erscheint unumgänglich. Ausschlusskriterien sollten nicht nur wissenschaftlich fundiert sein, es wäre auch einfacher und weniger konfliktbeladen, könnten diese von Seiten des G-BA festgesetzt werden. Ein vertraglicher Kompromiss wird aufgrund der oft konträren Ansichten zu Kompetenzen und Befugnissen von freiberuflich außerklinisch tätigen Hebammen einerseits und der bestmöglichen Versorgung von Müttern und Kindern andererseits nur schwer zu finden sein. ■



Personalisierte Medizin und Recht

Medizinrechtliche Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung persönlichkeitsrechtlicher Belange beim Umgang mit genetischen Gesundheitsinformationen

Von Dr. Marina Kohake

2016, 257 S., brosch., 69,- €

ISBN 978-3-8487-2925-8

eISBN 978-3-8452-7314-3

(Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht, Bd. 20)

nomos-shop.de/26914

Das Werk führt die unterschiedlichen rechtlichen Problemdimensionen der personalisierten Medizin zusammen und arbeitet die gemeinsamen Grundprinzipien ihrer verfassungs-, zivil-, straf- und sozialrechtlichen Bezüge heraus.