

**Inanspruchnahme von Leistungen der Hebammenhilfe durch
GEK-versicherte Schwangere 2008-2009**

**Eine explorative Analyse von Routinedaten einer gesetzlichen
Krankenkasse**

Masterarbeit

im Studiengang Public Health / Pflegewissenschaft

Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften



Vorgelegt von: Konstanze Angelescu
Studiengang: Public Health / Pflegewissenschaft
Matrikelnummer: 2045813
Erstgutachter: Prof. Dr. Gerd Glaeske
Zweitgutachterin: Prof Dr. Petra Kolip
Datum: 30.06.2012

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meinen Dank an diejenigen Personen aussprechen, die mich beim Schreiben dieser Arbeit unterstützt haben.

Mein Dank gilt an erster Stelle Herrn Prof. Glaeske und Frau Prof. Kolip für ihre gute Betreuung, ihre konstruktive Kritik und das Interesse an meiner Arbeit.

Bei den MitarbeiterInnen vom Zentrum für Sozialpolitik bedanke ich mich für den zur Verfügung gestellten Arbeitsplatz, die freundliche Aufnahme während der Zeit der Datenauswertung und ihre Expertise.

Anja Götz und Anne Kathrin Rigley möchte ich für ihre vielen hilfreichen Hinweise und Korrekturen meinen Dank aussprechen.

Meinem Ehemann Manu danke ich von ganzem Herzen für seine moralische Unterstützung während des gesamten Masterstudiums.

Nicht zuletzt gilt mein Dank ganz besonders meinen Eltern und Schwiegereltern für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Betreuung meiner Kinder. Sie haben einen großen Teil dazu beigetragen, dass ich mein Masterstudium und die Masterarbeit zu Ende bringen konnte.

Abstract (deutsch)

In dieser Arbeit wird die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Hebammenhilfe mithilfe von Abrechnungsdaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) analysiert. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, die Versorgungssituation von Frauen rund um die Geburt umfassend zu beschreiben. Die Analyse zielt darauf ab, Inanspruchnahmeraten der Hebammenhilfe zu ermitteln sowie die Leistungen der Hebammenhilfe und deren Kosten zu beziffern.

In die Analyse gingen Daten von 18.104 GEK-versicherten Frauen aus den Jahren 2008 und 2009 ein. Es zeigt sich, dass 81,3% der Leistungsberechtigten Hebammenhilfe nutzen, mit einer durchschnittlichen Betreuungsfrequenz von 22,5 Kontakten. Der überwiegende Teil der Frauen nutzt Hebammenleistungen bereits während der Schwangerschaft. Die meisten Leistungen werden nach der Geburt in Anspruch genommen. Leistungen der Geburtshilfe machen nur 0,65% aller abgerechneten Leistungen aus. Die individuellen Kosten für Hebammenhilfe liegen bei durchschnittlich 716 €. Bei der Inanspruchnahme zeigen sich deutliche regionale Differenzen. Sowohl die sehr jungen, als auch die älteren Frauen weisen geringere Inanspruchnahmeraten auf als Frauen aus mittleren Altersgruppen. Diese Ergebnisse können auf Über- bzw. Unterversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen hinweisen. Die Möglichkeiten der umfassenden Betreuung durch Hebammen werden derzeit nicht ausgeschöpft.

Abstract (english)

Utilization of midwifery care by GEK-insured pregnant women in 2008-2009. An exploratory analysis of routine data of a statutory health insurance fund

This study analyses the utilization of midwifery services using health insurance data of Gmünder Ersatzkasse (GEK), a German statutory health insurance fund. The results will help to draw a detailed picture of care in reproductive health. The analysis aims to determine utilization rates and to quantify the amount of midwifery services as well as their costs.

Data of 18.104 eligible women insured by GEK in 2008 and 2009 were included. The analysis shows that 81,3% of the beneficiaries make use of midwifery services with an average contact rate of 22,5. Most women use midwifery services already during pregnancy. Postnatal care is most frequently used. The individual costs for midwifery care amount to 716 €. There are considerable regional differences in utilization patterns. Both the very young and the older women show lower utilization rates as the middle aged groups. These findings may indicate either oversupply or undersupply of certain population groups. The full potential of comprehensive care provided by midwives is currently not exploited.

Inhaltsverzeichnis

Abstract (deutsch)	III
Abstract (english)	IV
Inhaltsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
Abkürzungsverzeichnis	X
1 Einleitung	1
2 Geburtshilfe im Spannungsfeld zwischen Humanisierung und Technisierung	4
2.1 Ausgewählte geschichtliche Aspekte der Geburtshilfe	4
2.2 Probleme in der modernen Geburtsmedizin	7
2.2.1 Über-, Unter- und Fehlversorgung.....	7
2.2.2 Ursachen	10
2.2.3 Folgen.....	11
2.2.4 Ausgewählte Beispiele der geburtshilflichen Versorgung in anderen Ländern.....	13
2.2.5 Das Verhältnis von Hebammen und ÄrztInnen	13
3 Hebammenarbeit im deutschen Gesundheitssystem	14
3.1 Was ist eine Hebamme?.....	14
3.2 Anzahl der Hebammen	15
3.3 Rechtliche Grundlagen.....	15
3.4 Leistungsspektrum	18
3.4.1 Hebammenhilfe-Leistungen der GKV	18
3.4.2 Zeitraum der Leistungsberechtigung.....	19
3.4.3 Tätigkeiten laut Hebammen-Berufsordnungen	19
3.4.4 Leistungen von Familienhebammen	20
3.4.5 Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsbildung	20
3.5 Merkmale der Hebammenarbeit.....	21
3.6 Ausgewählte Aspekte der Hebammenausbildung	22

3.7	Finanzierung und Vergütung	22
3.8	GKV-Ausgaben für Hebammenhilfe	24
3.9	Betreuungskonzepte	26
3.9.1	Konventionelle Betreuung	26
3.9.2	Schwangerenbetreuung und –vorsorge durch Hebammen ...	28
3.9.3	Außerklinische Geburtshilfe	28
3.9.4	Hebammenkreißaal	29
3.9.5	Integrierte Versorgung	29
3.10	Arbeitsformen	30
3.11	Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen	30
4	Stand der Forschung	32
5	Fragestellung: wie ist die Inanspruchnahme von Leistungen der Hebammenhilfe durch GEK-versicherte Schwangere?	35
6	Methodik	36
6.1	Forschungsdesign und Grundgesamtheit	36
6.2	Operationalisierung	37
6.3	Untersuchungszeitraum	41
6.4	Validität, Vollständigkeit, Plausibilität	43
6.5	Repräsentativität	46
7	Ergebnisse	47
7.1	Merkmale der Grundgesamtheit	47
7.2	Häufigste Leistungen	48
7.3	Inanspruchnahme von Hebammenhilfe	50
7.4	Inanspruchnahme nach Leistungsgruppen	51
7.5	Inanspruchnahme der Einzelleistungen	52
7.6	Leistungen pro Kopf	55
7.7	Regionale Verteilung	56
7.8	Geburtshilfe durch freiberufliche Hebammen	58
7.9	Ausgaben für Hebammenhilfe in der GEK	60
8	Diskussion	63
9	Schlussfolgerung	69
10	Ausblick	74

Literaturverzeichnis	76
Anhang	85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: GKV-Kosten für Hebammenhilfe von 2000 bis 2010 in Mio. €.....	25
Abbildung 2: Anzahl der erfassten Abrechnungspositionen für Hebammenhilfe (GEK)	42
Abbildung 3: Schematische Darstellung des Untersuchungsdesigns ...	43
Abbildung 4: Abgerechnete Leistungen nach Leistungsgruppen	49
Abbildung 5: Inanspruchnahme von Hebammenhilfe nach Alter	51
Abbildung 6: Geburtshilfe durch freiberufliche Hebammen (n=9.937) ..	59
Abbildung 7: Inanspruchnahme von Geburtshilfe durch freiberufliche Hebammen (n=18.104)	60
Abbildung 8: Verteilung der Kosten für Hebammenhilfe auf die Leistungsbereiche	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Grundgesamtheit nach Altersklassen	47
Tabelle 2: Regionale Repräsentativität der GEK.....	48
Tabelle 3: Die zehn häufigsten Einzelleistungen.....	50
Tabelle 4: Inanspruchnahme der Leistungsgruppen	52
Tabelle 5: Die zwanzig am häufigsten in Anspruch genommenen Leistungen	54
Tabelle 6: Durchschnittliches Inanspruchnahme-Profil einer Leistungsversicherten	55
Tabelle 7: Anzahl der Hebammenleistungen und -Kontakte nach KV-Region	57
Tabelle 8: Kaiserschnittraten und Anzahl der Hebammenleistungen nach Bundesland.....	58
Tabelle 9: Vergütung von Geburten nach DRG (Durchschnittswerte)...	62
Tabelle 10: Einzelleistungen nach Häufigkeit.....	86
Tabelle 11: Inanspruchnahme der Einzelleistungen.....	87

Abkürzungsverzeichnis

APN	Abrechnungspositionsnummer
BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CTG	Kardiotokografie
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis related groups – Diagnosebezogene Fallgruppen
EU	Europäische Union
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HebAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
HebG	Hebammengesetz
HebGV	Hebammenhilfe-Gebührenverordnung
ICD	International Classification of Diseases
QUAG	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LV	LeistungsversicherteR
ICM	International Confederation of Midwives
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PKV	Private Krankenversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
U1	Erste Kindervorsorgeuntersuchung
WHO	World Health Organization - Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Im Jahr 2010 wurden in Deutschland 677.947 Kinder geboren (Statistisches Bundesamt, 2011c). Nahezu alle Neugeborenen und deren Mütter nutzen aus diesem Anlass Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Schwangerschaft und Geburt gehören zu den häufigsten Behandlungsanlässen im Gesundheitswesen überhaupt, und die Geburt ist der häufigste Grund für einen stationären Aufenthalt (Bitzer, Grobe, Neusser, Mieth, & Schwartz, 2011; InEK, 2012). Gut 5% der vollstationären Behandlungskosten und 5,5% der Krankenhaustage von Frauen, die über die Barmer-GEK krankenversichert sind, entfallen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Bitzer et al., 2011). Das ökonomische Gewicht der Gesundheitsversorgung rund um die Geburt erklärt jedoch nicht allein die Relevanz des Themas für die Gesundheitswissenschaften. Denn diese nicht unwesentlichen Ressourcen werden für zumeist völlig gesunde Menschen in einer physiologischen Übergangsphase ohne eigentlichen Krankheitswert aufgewendet. Die Geburtshilfe und Schwangerenbetreuung gilt daher als das wohl deutlichste Beispiel für die Medikalisierung normaler Lebensabläufe (Brockman & Reichard, 2000; Kolip, 2000).

Ein weiterer Umstand macht dieses Thema aus Public-Health-Sicht interessant: Die Phase rund um die Geburt birgt ein erhebliches gesundheitsförderndes und präventives Potenzial für Mutter, Kind und Familie. Sei es, weil die Bereitschaft für Verhaltensänderungen in dieser Phase besonders groß ist (Schäfers, 2011), sei es, weil bereits kleine Hilfen eine große gesundheitliche Wirkung entfalten können, wie zum Beispiel die Unterstützung beim Stillen. Die Medizin erkennt zwar das Präventionspotenzial, nimmt es aber vor allem als Risikopotenzial wahr und reagiert mit überbordendem Technikeinsatz für Diagnostik und Interventionen. Mittlerweile ist ein Maß an Eingriffen erreicht, dass die Entscheidung, ob der Nutzen die Risiken rechtfertigt, nicht immer leicht fällt. Dem Ansatz der Gesundheitsförderung wirkt diese Technisierung in jedem Fall entgegen.

In der Versorgung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett kommt den Hebammen¹ eine Schlüsselrolle zu (WHO, 2000). Hebammen sind laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Betreuung normaler Schwangerschaften und Geburten am besten geeignet und daher ärztlichen GeburtshelferInnen vorzuziehen (WHO, 1996). Ein Blick auf die Versorgungsrealität in Deutschland zeigt, dass Hebammen nicht den Stellenwert haben, der ihnen im Interesse einer optimalen Betreuung beigemessen werden sollte. Die öffentliche Diskussion um gestiegene Haftpflichtprämien in der Geburtshilfe, die durch Hebammenproteste und eine Petition im Deutschen Bundestag ausgelöst wurde, offenbarte eklatante Wissenslücken bezüglich der Hebammenarbeit - und diente damit als Ideengeber für diese Arbeit.

Hebammen, die eigentlich die zentralen Akteurinnen in der Versorgung von gesunden Frauen rund um die Geburt sein sollten, fristen sowohl in der Praxis als auch in den Wissenschaften ein gewisses Schattendasein. Welchen Beitrag sie tatsächlich zur Versorgung leisten ist in Deutschland weitgehend unbekannt. Zielsetzung und Zweck dieser Arbeit ist es daher, die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen zu quantifizieren, um damit die Versorgungssituation von Frauen in der Zeit rund um die Geburt besser beurteilen zu können. Die Erkenntnisse sollen einen Beitrag zum gesundheitspolitischen Diskurs liefern, als Grundlage für weitere Forschung dienen und gegebenenfalls politischen Handlungsbedarf aufzeigen.

Um die Hebammenarbeit darzustellen, ist es sinnvoll, den Fokus auf die freiberuflich erbrachten ambulanten und stationären Dienstleistungen der Hebammen zu richten. Denn die vor- und nachgeburtliche Betreuung wird nahezu ausschließlich als freiberufliche Tätigkeit

¹In dieser Arbeit werden *Hebammen und Entbindungspfleger*, wie die korrekte geschlechtsneutrale Berufsbezeichnung lautet, unter dem Begriff *Hebammen* subsumiert. Wie kaum ein anderer ist dieser Beruf weiblich geprägt. Im Hinblick auf die bessere Lesbarkeit wird daher die Bezeichnung Hebamme verwendet, dabei sind männliche Entbindungspfleger natürlich eingeschlossen.

geleistet. Darüber hinaus existiert die Hebammengeburtshilfe als eigenverantwortliche Tätigkeit (fast) nur in der Freiberuflichkeit.

In dieser Arbeit wird die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen mithilfe von Abrechnungsdaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK), einer gesetzlichen Krankenkasse, analysiert. Da es bislang an grundlegenden Daten zum Leistungsgeschehen mangelt, ist die vorliegende Datenanalyse explorativ konzipiert und fokussiert auf die Deskription der Inanspruchnahmestrukturen, insbesondere solche, die auf Über- und Unterversorgung hinweisen, sowie auf die Verteilung der Leistungsmengen und Kosten. Eingebettet ist die Datenanalyse in eine Beschreibung des gesundheitspolitischen Kontextes. Mögliche Erklärungen und die Diskussion kausaler Zusammenhänge werden am Schluss der Arbeit thematisiert.

Die Arbeit beginnt mit der Darstellung von Hintergründen und Bedingungen der Versorgung in der generativen Lebensphase² (Kap. 2). Im Kapitel 3 wird der Gegenstand der Datenanalyse, also die Arbeit der (freiberuflichen) Hebammen beschrieben. Kapitel 4 gibt einen Überblick über den Stand der Forschung zum Thema Hebammen und Versorgung von Frauen in der generativen Lebensphase. Es folgt der empirische Teil der Arbeit mit der Ausarbeitung der Fragestellung (Kap. 5), der Darstellung der Methodik (Kap. 6) und der Ergebnisse (Kap. 7). Den Abschluss bilden Kapitel 8 mit der Diskussion der Ergebnisse, Kapitel 9 mit den Schlussfolgerungen, die daraus gezogen werden können und ein Ausblick auf weitere Forschungsfragen, die sich aus den Resultaten ergeben (Kap. 10).

² Die Begriffe *generative Lebensphase* und *Geburtshilfe* im erweiterten Sinn werden oft synonym verwendet (Sayn-Wittgenstein, 2011; Schücking, 2002). Sie umschreiben „die gesamte Lebensphase im Übergang zur Mutterschaft bzw. Elternschaft“ (Sayn-Wittgenstein, 2011, S. 292), also Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. In der Hebammen-Vergütungsvereinbarung, auf die im weiteren Verlauf dieser Arbeit zurückgegriffen wird, wird der Begriff *Geburtshilfe* im engeren Sinn verwendet und meint nur die Geburtsbetreuung. Um Verwirrung zu vermeiden, wird daher hier *Geburtshilfe* nur im engeren Sinne verwendet und andernfalls der umfassendere Begriff *generative Lebensphase* oder *generative Phase* gebraucht.

2 Geburtshilfe im Spannungsfeld zwischen Humanisierung und Technisierung

2.1 Ausgewählte geschichtliche Aspekte der Geburtshilfe

Um zu verstehen, wie die heutigen Strukturen in der geburtshilflichen Versorgung entstanden sind, hilft ein Blick zurück in die Geschichte der Geburtshilfe.

In der Geburtshilfe treffen mit ÄrztInnen und Hebammen zwei Berufsgruppen mit einer jeweils eigenen Geschichte und Sozialisation aufeinander. Der Hebammenberuf entwickelte sich aus der nachbarschaftlichen Hilfe der Frauen einer Dorfgemeinschaft (Brockman & Reichard, 2000). Hebammen erhielten ihre Qualifikation durch eigene Geburtserfahrung und praktische Ausbildung durch erfahrene Hebammen (Tew, 2007). Neben der praktischen Geburtshilfe nach heutigem Verständnis übernahm die Hebamme in der frühen Neuzeit auch wichtige rituelle und religiöse Aufgaben wie zum Beispiel die Sicherstellung der Taufe (Wahrig, 2011). Aus bevölkerungspolitischen Gründen wurden ab dem 18. Jahrhundert gewisse Mindeststandards in der Hebammenausbildung etabliert, die auch anatomische Kenntnisse umfassten. Den Anatomieunterricht durften allerdings ausschließlich Ärzte durchführen (Kolip, 2000). Der Einstieg der Ärzte in die Hebammenausbildung stellt einen wichtigen Schritt in der Übernahme der Definitionsmacht der Ärzte in der Geburtshilfe dar.

Über Jahrhunderte waren in die Geburtshilfe ausschließlich Frauen involviert (Kolip, 2000). Männer erlangten den Zugang zur praktischen Geburtshilfe durch die Entwicklung operativer Geburtstechniken wie der Zangengeburt ab dem 17. Jahrhundert (Tew, 2007). Der Einstieg der Ärzte in die Geburtshilfe erfolgte also zum einen durch die Entwicklung der operativen Geburtshilfe, zum anderen durch ihre Beteiligung an der Hebammenausbildung.

Ärzte waren zu der damaligen Zeit ausschließlich Männer, zumeist aus höhergestellten, bürgerlichen Familien, sie waren gebildet und hoch angesehen. Hebammen hatten dagegen normalerweise eine geringe

Schulbildung und stammten eher aus unteren sozialen Schichten. Die Machtverhältnisse zwischen beiden Berufsgruppen waren damit vorgegeben, selbst wenn eine Hebamme jahrzehntelange Erfahrung in der Geburtshilfe vorweisen konnte (Loytved, 1997).

Im 18. Jahrhundert wurden so genannte Accouchieranstalten geschaffen, in denen mittellose Frauen kostenlos und unter meist ärztlicher Betreuung gebären konnten. Teilweise dienten diese Einrichtungen mehr der medizinischen Ausbildung als dem Wohl der Schwangeren, an denen neue geburtshilfliche Interventionen erprobt wurden (Brockman & Reichard, 2000; Kolip, 2000; Tew, 2007). Der schlechte Gesundheitszustand der dort betreuten Frauen und nicht selten die Interventionen selbst führten zu hohen Mortalitätsraten. Ärzte erlangten also ihre ersten geburtshilflichen Erfahrungen zum einen aus operativen Geburten, zum anderen an einer armutsbedingt mit hohen Geburtsrisiken behafteten Klientel. Nach Tew (2007) waren es diese Bedingungen, die die ärztliche Auffassung von Geburten als ein hoch riskantes Geschehen maßgeblich prägten.

Mit der zunehmenden Verbreitung von Narkosemitteln im 19. Jahrhundert konnten Ärzte ihr geburtshilfliches Angebot um die schmerzlose Geburt erweitern und erschlossen sich damit eine zahlungskräftige Klientel. Ärztliche Geburtshilfe kam in Mode. Mit zunehmender Professionalisierung gelang es den Ärzten, die Hebammen so weit zu verdrängen, dass diese lediglich für komplikationslose Geburten, oder aber weniger zahlungskräftige Bevölkerungsschichten zuständig waren (Kolip, 2000; Tew, 2007). Die Deutungshoheit, welche Geburten als riskant eingestuft werden und der ärztlichen Unterstützung bedürfen, lag bei den Ärzten selbst.

Lange Zeit unterschied sich ärztliche Geburtshilfe nur wenig von Hebammengeburtshilfe, denn beides fand in der Regel bei der Gebärenden zu Hause statt und bestand überwiegend aus Beobachten und Abwarten, von den wenigen in der häuslichen Umgebung möglichen Interventionen abgesehen (Tew, 2007). In den 50er Jahren begann schließlich der rasante Aufstieg der Klinikgeburtshilfe, um die

technischen Errungenschaften der Medizin in ihrer gesamten Breite verfügbar zu machen und so die Sterblichkeit von Müttern und Neugeborenen zu reduzieren. Tatsächlich sank die Sterblichkeit von Müttern und Säuglingen im gleichen Zeitraum deutlich. Tew (2007) vertritt jedoch die These, der Rückgang der Müttersterblichkeit sei vor allem auf den besseren Gesundheitszustand der Mütter zurückzuführen.

Binnen kurzer Zeit stieg der Anteil der Klinikgeburten in Deutschland von 48,9% im Jahr 1953 auf 96,2% im Jahr 1971 (Uebe, 2000). Seit den 70er Jahren finden Geburten nahezu ausschließlich im Krankenhaus statt. Den Einzug der Geburten ins klinische Setting kann man als Ende der freien Hebammengeburtshilfe betrachten. Hebammen sind und waren zwar grundsätzlich auch im Krankenhaus berechtigt, Geburten eigenständig zu leiten. In der Klinikhierarchie sind sie jedoch der ärztlichen Leitung unterstellt und damit praktisch weisungsgebunden (vgl. Kap. 3.3).

Nicht nur die Geburtshilfe, auch die Betreuung der Schwangeren ging schließlich mit Einführung der ärztlichen Schwangerenvorsorge im Jahr 1966 in die Hände der FrauenärztInnen über (zu Sayn-Wittgenstein, 2007). Die Schwangerenvorsorge basiert auf den im Jahr 1966 erlassenen Mutterschaftsrichtlinien, die von Beginn an rein auf die ärztliche Betreuung ausgerichtet waren. Hebammen fanden darin keine Erwähnung und werden an ihrer Erstellung bis heute nicht maßgeblich beteiligt, abgesehen von der Möglichkeit der Stellungnahme durch die Hebammenverbände seit 2003 (zu Sayn-Wittgenstein, 2007). Die Einführung der Ultraschallscreenings in der Schwangerenvorsorge im Jahr 1980 (McNay & Fleming, 1999), eine den ÄrztInnen vorbehaltene Tätigkeit, zementierte die Verdrängung von Hebammen aus der Schwangerenbetreuung.

In den 80ern entstanden im Zuge der Frauenbewegung alternative Gesundheitsangebote wie beispielsweise Frauengesundheitszentren (Kolip, 2000). Althergebrachte Strukturen im Gesundheitssystem, auch in der geburtshilflichen Betreuung, wurden auf den Prüfstand gestellt. Die Hausgeburt wurde als Möglichkeit zur selbstbestimmten, natürlichen

Geburt wiederentdeckt (Kolip, 2000). Im gleichen Jahrzehnt wurden die ersten Geburtshäuser gegründet (Sayn-Wittgenstein, 2007). Trotz heftiger Gegenwehr durch ärztliche Berufsverbände existiert seitdem in einer kleinen Nische der geburtshilflichen Versorgung ein alternatives Angebot einer umfassenden, nutzerinnenorientierten außerklinischen Geburtshilfe aus Hebammenhand (vgl. Kap. 3.9).

2.2 Probleme in der modernen Geburtsmedizin

2.2.1 Über-, Unter- und Fehlversorgung

Mit der Verlagerung der Geburten ins klinische Setting eröffnete sich die Möglichkeit für den breiten Einsatz geburtshilflicher Interventionen. Heute gebären in Deutschland etwa 30% der Frauen mittels Kaiserschnitt (OECD, 2011). Fast alle OECD-Staaten liegen über der von der WHO empfohlenen Kaiserschnitttrate von maximal 10-15% (WHO, 1985). In anderen Ländern liegen die Zahlen sogar weit darüber. China hat derzeit mit 46% die weltweit höchste Kaiserschnitttrate (Lumbiganon et al., 2010). Mittlerweile erleben nur noch wenige Frauen eine Geburt ohne medizinische Eingriffe. Selbst bei Frauen ohne geburtshilfliche Risiken beträgt der Anteil der interventionslosen Geburten lediglich 8,2% (Bauer, Kehrbach, Krahl, Rahden, & Sayn-Wittgenstein, 2007). Angesichts der Tatsache, dass dies die Versorgung physiologischer Vorgänge bei überwiegend gesunden Menschen beschreibt, ist nicht zu übersehen, dass es sich hier um eine Überversorgung³ bzw. Fehlversorgung⁴ handelt.

Der großzügige Technikeinsatz beginnt schon während der Schwangerschaft. Viele Untersuchungen werden ohne oder sogar entgegen wissenschaftlicher Evidenz durchgeführt (Ensel, 2005; Herbst, 2007). Die Kardiotokographie⁵ beispielsweise wird von vielen

³ Überversorgung ist definiert als eine „Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus“ (SVR Gesundheit, 2002, S. 31).

⁴ Fehlversorgung bezeichnet die „Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht“ (SVR Gesundheit, 2002, S. 32). Beispielsweise Schmerzen, Mobilitätseinschränkung und Stillprobleme nach einem Kaiserschnitt ohne ausreichende Indikation können einen solchen vermeidbaren Schaden darstellen.

⁵ Kardiotokographie (CTG): Ableitung und Aufzeichnung der fetalen Herzfrequenz und Wehentätigkeit (Hildebrandt & Pschyrembel, 1998).

Hebammen und ÄrztInnen routinemäßig bei allen Schwangeren eingesetzt, entgegen den Vorgaben der Mutterschaftsrichtlinien und anderer Leitlinien (Schäfers, 2011). 70% der Frauen erhalten mehr als die in den Mutterschaftsrichtlinien festgelegten drei Ultraschallscreenings, und nur 15% nehmen gar keine pränataldiagnostischen Untersuchungen⁶ in Anspruch (BZgA, 2006). Pränataldiagnostik wird bereits von vielen Frauen als normaler Teil des Vorsorgeprogramms betrachtet und daher kaum hinterfragt (BZgA, 2006). Doch mit dem breiten Einsatz diagnostischer Möglichkeiten geht eine starke Risikofokussierung einher. Mittlerweile gelten 73% (2010) der Frauen gemäß Risikokatalog des Mutterpasses als so genannte Risikoschwangere (AQUA, 2011) - und das, obwohl der Anteil Schwangerer mit komplikationslosen Geburten auf etwa 90% geschätzt wird (DGGG, 2006). Dieser Risikobegriff ist aus mehreren Gründen problematisch. Der Risikostatus kann Geburtskomplikationen nur schlecht vorhersagen und hat daher eine beschränkte Aussagekraft (Brockman & Reichard, 2000; Enkin, Keirse, Renfrew, & Neilson, 1998; Schäfers, 2011). Denn viele der Risikofaktoren weisen lediglich eine statistische Erhöhung des Risikos auf, hängen aber nicht kausal mit unerwünschten Outcomes zusammen (Enkin et al., 1998). Die Etikettierung als „Risikoschwangere“ kann außerdem zu Verunsicherung führen und erhöht die Gefahr, unnötigen Interventionen ausgesetzt zu werden (ebd.). Darüber hinaus existieren verschiedene Risikokataloge, was je nach zugrundeliegendem Katalog zu unterschiedlichen Anteilen von Risikoschwangerschaften führt (Schwarz & Stahl, 2005).

Parallel zur zunehmenden Technisierung und Pathologisierung zeichneten sich in den vergangenen Jahren auch gegenläufige Tendenzen einer Humanisierung der Versorgung ab (Kolip & v. Rahden, 2007). Die Forderung nach mehr Frauenorientierung (vgl. Kap. 2.1) hatte auch auf die klinische Geburtshilfe einen gewissen Einfluss. So

⁶ Ultraschalluntersuchungen, die über die drei in den Mutterschaftsrichtlinien festgelegten Screenings hinausgehen, werden von den AutorInnen zur Pränataldiagnostik gezählt.

wurden in den letzten Jahren Klinikkreißsäle wohnlicher gestaltet. Das Rooming-In, also die gemeinsame Unterbringung von Mutter und Kind, gehört mittlerweile zum Standard, und viele Kliniken erweitern ihr Angebot um alternativmedizinische Ansätze wie Aromatherapien oder Akupunktur. Die Tendenz zu immer mehr Interventionen blieb davon jedoch unbeeinflusst. Es entsteht der Eindruck, dass die Veränderungen in den Kreißsälen kaum mehr als Kosmetik sind und die unverändert starke Risikofokussierung und Technikorientierung lediglich verschleiern sollen.

Es bleibt festzustellen, dass die weiterhin steigende Zahl der Interventionen in letzter Zeit nicht mehr zu einer Verbesserung der Outcomes geführt hat (Schäfers, 2011). Verringerungen der Mortalitätsraten geschehen, wenn überhaupt, nur noch im Promillebereich (Braun, 2006). Die Erfolge der Geburtsmedizin bei der Rettung von Menschenleben stehen außer Zweifel. Es scheint jedoch mittlerweile ein Punkt erreicht zu sein, an dem ihr leichtfertiger Gebrauch mitunter mehr schadet als nützt (Schäfers, 2011).

Aber nicht nur Überversorgung charakterisiert die Betreuung während der generativen Phase. Braun (2006) kritisiert die Überversorgung von Frauen ohne Schwangerschaftsrisiken bei gleichzeitiger Unterversorgung⁷ tatsächlicher Risikoschwangerer. So weisen mehrere AutorInnen auf eine Unterversorgung von psychosozial belasteten Schwangeren hin (Enkin et al., 1998; Simoes, Kunz, Bosing-Schwenkglens, & Schmahl, 2004; Zoege, 2004). Der Mangel an Zuwendung betrifft nicht nur vorbelastete Frauen. Generell wird in der ärztlichen Schwangerenvorsorge das Bedürfnis nach psychosozialer Betreuung nicht ausreichend berücksichtigt, wie von Rahden und Kolleginnen feststellen (v. Rahden, Ayerle, & Lohmann, 2005). Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie kritisiert den Mangel an „sprechender Medizin“

⁷ Unterversorgung ist definiert als „die teilweise oder gänzliche Verweigerung einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs obwohl an sich Leistungen (...) zur Verfügung stehen“ (SVR Gesundheit, 2002, S. 31).

(DGPF, o.J., S. 7). Viel zu wenig beachtet wird die kulturelle Bedeutung, die die Schwangerenvorsorge für viele Frauen hat. Denn sie ist über ihre medizinische Funktion hinaus für Schwangere in der Übergangsphase zur Mutterschaft ein wichtiges Übergangsritual (Rahden et al., 2005). Die Medizin erfüllt dabei ein „kulturelles Vakuum“ (ebd., S. 17), das durch die gelockerten Bindungen innerhalb des sozialen Netzes und der Familie entstanden ist. Auf die kulturellen und emotionalen Bedürfnisse reagiert die Medizin allzu häufig mit technischer Überwachung. Tews These, mit dem Einsatz medizinischer Technik werde versucht, einen Mangel an Zuwendung zu kompensieren (Tew, 2007), erscheint vor diesem Hintergrund plausibel.

2.2.2 Ursachen

Die Ursachen dieser Entwicklungen sind vielschichtig und sollen hier nur angerissen werden.

Ökonomische Anreize begünstigen an verschiedenen Stellen den Einsatz von Eingriffen und Untersuchungen. Viele Untersuchungen während der Schwangerschaft werden als so genannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) nicht von der GKV übernommen, sondern von der Schwangeren selbst bezahlt und sind daher für GynäkologInnen lukrativ (Braun, 2006; Herbst, 2007). Wirtschaftliche Gründe spielen auch in der stationären Versorgung eine Rolle. So steigt der Punktwert der Fallpauschalen für Geburten deutlich mit der Anzahl der Geburtskomplikationen und dem Grad der Invasivität der Interventionen. So werden Kaiserschnittgeburten nicht nur höher vergütet, sie sind darüber hinaus besser planbar und oft von kürzerer Dauer als eine vaginale Geburt und schonen so personelle und räumliche Ressourcen.

Auch gesellschaftliche Bedingungen beeinflussen die Entscheidungen der AkteurInnen. Schäfers beschreibt, es werde „grundsätzlich das Handeln gesellschaftlich höher bewertet als das Abwarten. Eine Risikominimierung scheint nur durch geplantes Handeln gewährleistet zu sein und ein gekanntes Abwarten wird schnell als Unterlassung interpretiert.“ (Schäfers, 2011, S. 81). Die Angst vor haftungsrechtlichen

Konsequenzen bei Unterlassung begünstigt vorschnelles Handeln zusätzlich (Braun, 2006).

Doch was ist mit den Frauen selbst? Ein in der Literatur häufig genannter Grund, warum Frauen scheinbar unkritisch das Angebot der medizinischen Schwangerenvorsorge, Pränataldiagnostik und später der technischen Geburtshilfe annehmen, liegt in unzureichender Information über Risiken von Untersuchungen und Interventionen sowie deren Alternativen (BDH, 2006; Braun, 2006; Lumbiganon et al., 2010; Schäfers, 2011). Alternative Informationsangebote sind nicht für alle Frauen zugänglich (Kuhlmann & Kolip, 2005). Doch selbst informierten Frauen fällt es mitunter schwer, sich der Technisierung entgegenzustellen (Rahden et al., 2005). Bereits das Wissen um die zur Verfügung stehenden diagnostischen und interventionellen Möglichkeiten beeinflusst das Schwangerschaftsempfinden (Brockman & Reichard, 2000). Gerade bei der Pränataldiagnostik sind werdende Eltern einem gewissen Gesellschaftsdruck ausgesetzt, die Untersuchungen wahrzunehmen, um sich im Falle einer Behinderung des Kindes nicht dem Vorwurf auszusetzen, selbst die Schuld daran zu tragen (Ensel, 2005). Die Frauen sind jedoch nicht nur passiv den medizinischen und gesellschaftlichen Einflüssen ausgesetzt, wie Kolip (2000) feststellt, sondern selbst aktiv an der Medikalisierung beteiligt. Die Gründe dafür benennt Kolip mit dem Bedürfnis nach Ritualen und Sicherheit, sowie dem Unwillen, das verinnerlichte Hierarchiegefälle der gewohnten Arzt-Patientinnen-Beziehung infrage zu stellen und damit selbst die Verantwortung für sich zu übernehmen.

2.2.3 Folgen

Die Medikalisierung und Technisierung in der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe haben einen großen Einfluss auf das Erleben und die Entscheidungen der Nutzerinnen und ihrer Familie. Als erstes tragen die Frauen natürlich alle Risiken und Nebenwirkungen der Eingriffe und Untersuchungen, die bei Brockman und Reichard (2000) sowie Enkin et al. (1998) ausführlich beschrieben werden. Neben den körperlichen Auswirkungen sind es besonders die psychische Folgen, mit denen

Frauen mitunter jahrelang zu kämpfen haben. Falsch-positive Befunde schüren oft unnötige Ängste und ziehen weitere Untersuchungen und Interventionen nach sich (BZgA, 2006; Ensel, 2005). Der eigene Körper wird als kontrollbedürftig empfunden, und es entsteht eine gewisse Abhängigkeit von Medizintechnik (Rahden et al., 2005). Wie bereits beschrieben, geraten werdende Eltern durch die Verfügbarkeit und breite Akzeptanz der diagnostischen und geburtshilflichen Möglichkeiten unter Zugzwang (BZgA, 2006; Ensel, 2005). Pränataldiagnostik suggeriert die Machbarkeit eines gesunden Kindes, dabei wird jedoch oft übersehen, dass die Therapiemöglichkeiten, sollte eine Erkrankung festgestellt werden, sehr begrenzt sind (Ensel, 2005; Tew, 2007). Interventionen wie Kaiserschnitte werden von ÄrztInnen und medizinischen Laien als Routineeingriff aufgefasst und die Risiken banalisiert bzw. unterschätzt (Braun, 2006; Lumbiganon et al., 2010; Schäfers, 2011). Gleichzeitig werden die Risiken des Verzichts auf Eingriffe dramatisiert. Eine freie Entscheidungsfindung wird auf diese Weise erschwert, es droht der Verlust von Kontrolle und Autonomie der Schwangeren über die medizinischen Abläufe.

Für die Versichertengemeinschaft bedeuten die großzügige Indikationsstellung bei Interventionen, die Versorgung auf Facharzniveau, obwohl eine Primärversorgung möglich wäre sowie die Folgen durch höhere kindliche und mütterliche Morbidität nach Eingriffen vor allem höhere Kosten. Diesen Mehrkosten steht jedoch eine allenfalls geringe Verbesserung der Outcomes gegenüber.

Aus Sicht von Public Health gibt nicht nur die beschriebene Ineffizienz der Versorgung Anlass zur Kritik. Auch die Unterversorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen, eine zu geringe Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz und mangelnde Nutzerinnenorientierung sind zu kritisieren. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass wesentliche Qualitätsmerkmale wie Nutzerinnenorientierung, Effizienz und Evidenzbasierung in der Versorgung von Frauen in der generativen Lebensphase nur unzureichend erfüllt werden.

2.2.4 Ausgewählte Beispiele der geburtshilflichen Versorgung in anderen Ländern

Dass eine weniger aufwändige Geburtshilfe mit vergleichbaren Outcomes möglich ist, zeigen Beispiele aus dem Ausland. In den Niederlanden liegt die Hausgeburtsrate mit rund 23% im Jahr 2008 für europäische Verhältnisse außergewöhnlich hoch (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011). In Finnland lag die Kaiserschnitttrate 2009 bei etwa 16% und ist damit im Vergleich zu den Vorjahren sogar leicht gesunken (OECD, 2011). Trotzdem weisen diese Staaten mit Deutschland vergleichbare geburtshilfliche Outcomes auf. Darüber hinaus liegt in beiden Ländern die Betreuung von gesunden Frauen in der generativen Phase überwiegend in den Händen von Hebammen (Declercq, DeVries, Viisainen, Salvesen, & Wrede, 2001). Gerade weil es Staaten gibt, die auch mit weniger Interventionen sehr niedrige Mortalitätsraten aufweisen, hält die WHO eine Kaiserschnitttrate von mehr als 10 bis 15% für nicht gerechtfertigt (WHO, 1985). Trotz einiger Positivbeispiele sind die Trends in der Geburtshilfe - Überversorgung, Technisierung, Risikofokussierung, Pathologisierung – jedoch global und betreffen hochentwickelte Staaten genauso wie aufstrebende Länder (DeVries, 2001; Khunpradit et al., 2011).

2.2.5 Das Verhältnis von Hebammen und ÄrztInnen

Wie sich in den vorangegangenen Kapiteln bereits abzeichnet, könnte den Hebammen eine Schlüsselrolle zukommen, wenn es darum geht, die Fehlentwicklungen in der geburtshilflichen und Schwangerenbetreuung zu korrigieren. Neben der Regelversorgung mit den beschriebenen Problemen hat sich eine kleine Zahl alternativer Angebote mit Betreuung durch Hebammen etablieren können, die sich schon im Ansatz von der üblichen Versorgung unterscheiden (vgl. Kap. 3.9).

An verschiedenen Stellen hat sich bereits angedeutet, dass das Verhältnis zwischen ÄrztInnen und Hebammen allzu oft von Konkurrenz geprägt ist. Die Dichotomie der – je nach Perspektive - „sanften“, aber „unwissenschaftlichen“, weniger sicheren Hebammenbetreuung auf der einen, und der wissenschaftlich fundierten, dank technischer

Möglichkeiten sicheren, aber unpersönlichen ärztlichen Betreuung auf der anderen Seite wird von VertreterInnen der Berufsgruppen im jeweils eigenen Interesse aufrechterhalten. Das Beharren auf Unterschieden führt jedoch nicht weiter. Denn die Lösung der Probleme in der geburtshilflichen Versorgung wird so eher behindert als gefördert. Wünschenswert und im Sinne der Nutzerinnen wäre eine bessere Kooperation der Berufsgruppen.

Doch muss zunächst anerkannt werden, dass die Perspektive der Medizin in der Geburtshilfe und Schwangerenbetreuung deutlich überwiegt. Die Dominanz der ärztlichen Profession gegenüber den Hebammen äußert sich nicht nur in der geburtshilflichen Praxis, sondern spiegelt sich auch in der Vergütung, den Einflussmöglichkeiten auf politischer Ebene, in der Ausbildung und in der Wissenschaft wider.

3 Hebammenarbeit im deutschen Gesundheitssystem

3.1 Was ist eine Hebamme?

Nach der Definition einer Hebamme von der International Confederation of Midwives (ICM) aus dem Jahr 2005 ist eine Hebamme

„(...) eine verantwortungsvolle, zuverlässige professionelle Fachkraft, die partnerschaftlich mit Frauen zusammenarbeitet und ihnen die erforderliche Unterstützung, Betreuung und Beratung während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett gewährt.

Sie leitet eigenverantwortlich die Geburt und betreut das Neugeborene und den Säugling.

Die Arbeit der Hebamme umfasst präventive Maßnahmen, die Förderung der normalen Geburt, das Erkennen von Komplikationen, bei Mutter und Kind, die Gewährleistung notwendiger medizinischer Behandlung oder anderer angemessener Unterstützung sowie die Durchführung von Notfallmaßnahmen.

Die Hebamme hat eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitsberatung, nicht nur für Frauen, auch innerhalb der Familie und der Gesellschaft. Diese Arbeit sollte vor der Geburt beginnen, die Vorbereitung auf die Elternschaft einbeziehen, wie auch Hinweise zur Gesundheit, Sexualität und zur Entwicklung des Kindes beinhalten. (...)“

(DHV, 2005)

Diese Definition verdeutlicht, dass die Hebamme keine Assistenzfunktion hat, sondern eine eigene Rolle in der Primärversorgung spielt. Ihre Tätigkeit wird vor allem der Prävention

und Gesundheitsförderung zugeordnet. Die Entscheidung, ärztliche Unterstützung heranzuziehen, liegt in ihrer Verantwortung. Ihr Aufgabenbereich beginnt nach dieser Definition nicht erst mit der Schwangerschaft und endet nicht mit dem Wochenbett, sondern geht mit Bildungs- und Beratungsaufgaben weit darüber hinaus.

Inwieweit diese Definition der Tätigkeit von Hebammen im deutschen Gesundheitswesen entspricht, zeigen die folgenden Kapitel.

3.2 Anzahl der Hebammen

Für die Zahl der Hebammen gibt es keine bundesweite amtliche Statistik. Noch vor kurzem wurde bemängelt, das statistische Bundesamt zähle lediglich Hebammen in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen (Zoege, 2004). Für das Jahr 2008 hingegen gibt das statistische Bundesamt eine Gesamtzahl von rund 19.000 tätigen Hebammen an (Statistisches Bundesamt, 2010), im Jahr 2009 sind es 20.000 und im Jahr 2010 rund 21.000 Hebammen (Statistisches Bundesamt, 2011b).

Das IGES-Institut schätzt die Anzahl der tätigen Hebammen anhand der Vertragspartnerliste des GKV-Spitzenverbandes, der tatsächlich mit der GKV abrechnenden Hebammen, der Daten der Berufsgenossenschaft und der Krankenhausstatistik auf rund 15.100 bis 17.800 (Albrecht, Loos, Sander, Schliwen, & Wolfschütz, 2012). Die Anzahl der freiberuflichen Hebammen wird auf 12.000 bis 15.100 geschätzt (ebd.). Für die Jahre 2008 bis 2010 ist in allen verwendeten Quellen ein Anstieg der Hebammenzahl festzustellen (ebd.).

3.3 Rechtliche Grundlagen

Die EU-Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen setzt Mindeststandards der Hebammenausbildung fest und regelt die gegenseitige Anerkennung der Hebammenabschlüsse. Darin wird außerdem das Tätigkeitsprofil umrissen. Jeder Mitgliedstaat hat durch Gesetzgebung und Ausbildung dafür Sorge zu tragen, dass die Hebammen mindestens zu diesen Tätigkeiten befugt und befähigt sind.

In Deutschland wird die Richtlinie durch das Hebammengesetz (HebG), die Hebammen-Berufsordnungen der Länder sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) umgesetzt. Das Hebammengesetz enthält Regelungen zur Berufszulassung, zur Ausbildung und zu vorbehaltenen Tätigkeiten. In den Hebammen-Berufsordnungen der Länder sind Aufgaben, Pflichten und Zuständigkeitsbereich festgeschrieben, insbesondere in Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit.

Von besonderer praktischer Relevanz sind die gesetzlichen Regelungen bezüglich des Arbeitsverhältnisses zwischen ÄrztInnen und Hebammen. In Absatz 1 § 4 des Hebammengesetzes ist die Geburtshilfe als vorbehaltliche Tätigkeit festgehalten. ÄrztInnen sind verpflichtet, zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen. Bei pathologischem Verlauf oder dem Verdacht auf Pathologie sowie auf Wunsch der betreuten Frau muss die Hebamme einen Arzt oder eine Ärztin hinzuziehen. Weisungsbefugt wird ein Arzt oder eine Ärztin erst dann, wenn die Geburt einen pathologischen Verlauf⁸ nimmt. Außerdem darf eine Hebamme laut den Berufsordnungen die Ausführung ärztlicher Anweisungen verweigern, wenn diese gegen die Regeln der Geburtshilfe verstoßen. Vor dem Hintergrund des im Kapitel 2.2.5 beschriebenen Verhältnisses zwischen ÄrztInnen und Hebammen wird deutlich, welches Konfliktpotenzial hier besteht.

Die Berufsordnungen der Länder regeln weiterhin Schweigepflicht, Dokumentation, Qualitätssicherung und Fortbildung. Außerdem ist dort festgehalten, welche Tätigkeiten eine Hebamme ausführen und welche Arzneimittel sie eigenständig ohne ärztliche Anordnung anwenden darf, dazu gehört bei entsprechender Fortbildung auch die Akupunktur. Laut Zoege (2004) sind Hebammen damit in einem gewissen Rahmen sogar heilkundlich tätig, zumindest so lange Beschwerden gelindert und nicht

⁸ Die WHO-Definition einer *normalen* oder *physiologischen Geburt* lautet „spontaneous in onset, low-risk at the start of labour and remaining so throughout labour and delivery. The infant is born spontaneously in the vertex position (Schädellage, Übersetzung d. Autorin) between 37 and 42 completed weeks of pregnancy. After birth mother and infant are in good condition.“ (WHO, 1996, S. 3).

krankhafte Zustände behoben werden sollen. Damit stellt sie Hebammen in eine Reihe mit ÄrztInnen und HeilpraktikerInnen (ebd.).

Der Anspruch auf Hebammenhilfe ist im Rahmen der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in Abs. 1 § 195 RVO festgelegt. Danach ist jede Frau berechtigt, während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Hebammenhilfe auf Kosten der GKV in Anspruch zu nehmen. Der Leistungsanspruch ergibt sich allein aus den Zuständen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, ist also nicht an weitere Bedingungen wie Beschwerden oder Komplikationen geknüpft. Der Gesetzgeber scheint also von einem grundsätzlichen Bedarf an Hebammenhilfe bei jeder Frau in der generativen Phase auszugehen.

Hebammenhilfe ist der letzte Leistungsbereich der GKV, der noch nicht ins SGB V überführt wurde. Seit 2007 regelt § 134a SGB V die Selbstverwaltung der Hebammen und führt seit 2008 die Betriebskostenpauschale bei Entbindungen in hebammengeleiteten Einrichtungen auf. Welche Leistungen die gesetzliche Hebammenhilfe beinhaltet, wird im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V definiert und im nachfolgenden Kapitel behandelt.

Es bleibt festzuhalten, dass Frauen einen Rechtsanspruch auf die Kostenübernahme von Hebammenhilfe haben. Weiterhin haben Hebammen in Deutschland rechtlich gesehen weitreichende Befugnisse in einem großen Verantwortungsbereich. Als Primärversorgerinnen lässt sie der rechtliche Rahmen eigenverantwortlich und auf Augenhöhe mit ärztlichen BetreuerInnen agieren, solange eine Schwangerschaft und Geburt normal verläuft. Nach Sayn-Wittgenstein ist „diese Berufsgruppe in Deutschland gesetzlich maßgeblich für die Begleitung und Versorgung von Frauen und deren Familien in der generativen Lebensphase zuständig (..)“ (Sayn-Wittgenstein, 2011, S. 291). Man mag hier das Wort *gesetzlich* betonen. Denn in der praktischen Umsetzung finden sich Hebammen strukturell bedingt oft den ÄrztInnen untergeordnet, insbesondere im klinischen Setting (BDH, 2006; Sayn-Wittgenstein, 2007). ÄrztInnen finden dies in einem Hinweis zur Schwangerenvorsorge durch Hebammen in den Mutterschaftsrichtlinien

bestätigt: "Untersuchungen (...) können auch von einer Hebamme (...) durchgeführt (...) werden, wenn der Arzt dies im Einzelfall angeordnet hat oder wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat und daher keine Bedenken gegenüber weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme bestehen" (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 1985). Der Hebammenverband kritisiert, diese Formulierung suggeriere ÄrztInnen fälschlicherweise, Hebammen dürften erst auf ärztliche Anweisung nach dem Delegationsprinzip tätig werden (BDH, 2006). Trotz der eindeutigen Rechtslage deutet sich an, dass die Arbeitsteilung der Berufsgruppen durchaus Konfliktpotenzial aufweist.

3.4 Leistungsspektrum

3.4.1 Hebammenhilfe-Leistungen der GKV

Hebammen, die Vertragspartner der GKV sind⁹, können Leistungen zulasten der GKV abrechnen. Als Teil des Vertrags nach § 134a SGB V über die Versorgung mit Hebammenhilfe führt die Hebammenhilfe-Vergütungsvereinbarung im Bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis¹⁰ alle abrechenbaren Einzelleistungen auf (siehe Anhang). Dieser Teil des Vertrags gilt bei Streitfällen auch als Rechtsgrundlage für die Tätigkeiten, die eine Hebamme ausführen darf (Zoege, 2004). Zusätzlich gilt seit dem 27.6.2008 die Anlage 3 mit den Positionsnummern für Betriebskostenpauschalen der hebammengeleiteten Einrichtungen. In der Vergütungsvereinbarung sind die abrechenbaren Leistungen thematisch in die Leistungsgruppen A bis G gegliedert. Zu den Leistungen, die Hebammen während der Schwangerschaft zu Lasten der GKV abrechnen können, gehören

⁹ Mit der Mitgliedschaft in einem der Berufsverbände DHV oder Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) werden Hebammen automatisch zu Vertragspartnern der GKV. Sind sie kein Mitglied, dann können sie dem GKV-Vertrag mit einer Beitrittserklärung beitreten.

¹⁰ Die Hebammenleistungsdaten dieser Auswertung basieren auf der bis zum 31.12.2009 gültigen Vergütungsvereinbarung vom 1.12.2007 und dem entsprechenden dreistelligen Positionsnummernverzeichnis, das hier beschrieben wird. Inzwischen ist seit dem 1. Juli 2010 die übernächste Version der Vergütungsvereinbarung mit vierstelligen Positionsziffern und einer veränderten Aufteilung der Leistungsgruppen gültig.

Vorsorgeuntersuchungen nach den Mutterschaftsrichtlinien (mit Ausnahme der Ultraschallscreenings), sowie Beratung, Blutentnahmen, CTG-Untersuchungen, Geburtsvorbereitung und Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden. Geburtshilfliche Leistungen umfassen sowohl die klinische als auch die außerklinische Geburtshilfe, Hilfe bei Mehrlings- und Fehlgeburten, Dammschnitte und die Versorgung geburtsbedingter Riss- und Schnittverletzungen. Nach der Geburt kann die Hebamme die erste Vorsorgeuntersuchung des Neugeborenen (U1) durchführen und übernimmt die Wochenbettbetreuung bei der Frau zu Hause, im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung. Außerdem bietet sie Rückbildungsgymnastik an und darf bestimmte Medikamente ohne ärztliche Anweisung verabreichen. Viele dieser Leistungen können bei der Frau zu Hause erbracht werden, in dem Fall werden entsprechende Wegegeld-Gebühren abgerechnet.

3.4.2 Zeitraum der Leistungsberechtigung

Relevant für die vorliegende Datenauswertung ist neben dem Leistungsumfang auch der Zeitraum, in dem der gesetzliche Anspruch auf Hebammenhilfe besteht. Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Hebammenhilfe haben Frauen gemäß § 195 RVO mit Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des Wochenbetts acht Wochen nach der Geburt. Über diesen Zeitraum hinaus kann bis zum Ende der Stillperiode, oder wenn nicht gestillt wird, bis das Kind neun Monate alt ist, bis zu vier Mal Beratung bei Still- und Ernährungsproblemen in Anspruch genommen werden. Außerdem ist eine Hebammenbetreuung über das Wochenbett hinaus auf ärztliche Anordnung möglich (Sayn-Wittgenstein, 2007). Die Rückbildungsgymnastik muss spätestens vier Monate nach der Geburt begonnen werden, um von der GKV erstattet zu werden.

3.4.3 Tätigkeiten laut Hebammen-Berufsordnungen

Neben den in Kapitel 3.4.1 bereits genannten Leistungen, die von der GKV finanziert werden, definieren die Hebammen-Berufsordnungen der Länder noch weitere Aufgaben, die in den Kompetenzbereich der Hebamme fallen. Dazu gehören Feststellung der Schwangerschaft,

Beratung zur den Themen Familienplanung, Hygiene und Ernährung, Vorbereitung auf die Elternschaft, Beobachtung der Schwangerschaft, Erkennen der Anzeichen von Anomalien und Hinzuziehen eines Arztes/einer Ärztin, Mithilfe bei ärztlichen Handlungen und Einleiten von Notfallmaßnahmen. Bei fehlender ärztlicher Hilfe kann und darf die Hebamme darüber hinaus ärztliche Tätigkeiten ausführen, wie Geburtshilfe bei Beckenendlage.

Beachtenswert ist, dass einige dieser in den Berufsordnungen und in der zugrunde liegenden EU-Richtlinie definierten Einsatzgebiete im GKV-Leistungskatalog nicht explizit enthalten sind und sich auch nicht unter den GKV-Leistungen subsumieren lassen. Dies betrifft vor allem Tätigkeiten, die sich auf die Zeit vor einer Schwangerschaft beziehen, zum Beispiel die Beratung zur Familienplanung.

3.4.4 Leistungen von Familienhebammen

Eine Erweiterung des Tätigkeitsspektrums ergab sich in jüngster Zeit im Rahmen des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend entwickelten Aktionsprogramms Frühe Hilfen. Dort sind speziell fortgebildete Familienhebammen in der Betreuung belasteter Familien tätig (Ayerle, Luderer, & Behrens, 2009). Zu den Aufgaben von Familienhebammen gehört schwerpunktmäßig die psychosoziale und medizinische Beratung und Betreuung bis zum 1. Lebensjahr des Kindes (ebd.). Kennzeichnend ist die starke Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und Institutionen der Jugendhilfe (Schäfers, 2011). Diese Leistungen werden nicht von der GKV abgedeckt, sondern nach dem SGB VIII für Kinder- und Jugendhilfe abgegolten.

3.4.5 Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsbildung

Weiterhin bieten Hebammen gesundheitsbildende Kurse wie Babymassage, Säuglingspflege oder Babyschwimmen an. Diese Kurse können nicht im Rahmen der Hebammenhilfe nach RVO abgegolten werden. Ebenfalls gesundheitsbildend treten Hebammen als Dozentinnen im Rahmen des Sexualkundeunterrichts in Schulen in Erscheinung (Sayn-Wittgenstein, 2007; Schäfers, 2011).

Es bleibt festzuhalten, dass Hebammen als Teil der Primärversorgung ein breites Tätigkeitsfeld während der generativen Lebensphase abdecken. Sie werden dabei im großen Ausmaß gesundheitsfördernd und präventiv tätig (Schäfers, 2011). Es wird deutlich, dass das GKV-Leistungsgeschehen nur einen Ausschnitt der Hebammenarbeit darstellt. Im Rahmen dieser Arbeit spielen aufgrund der verwendeten Daten jedoch nur diejenigen Hebammenleistungen eine Rolle, die zur Hebammenhilfe der GKV gehören.

3.5 Merkmale der Hebammenarbeit

Die Betreuung von Frauen in der generativen Lebensphase ist in Deutschland trotz des großen rechtlichen Handlungsspielraumes der Hebammen stark ärztlich dominiert. In Abgrenzung zur ärztlichen Profession wird von Hebammen gern auf den eigenen Charakter ihrer Betreuung hingewiesen, der im folgenden wiedergegeben werden soll.

Die Arbeit von Hebammen zeichnet sich durch einen gesundheitsfördernden Ansatz aus, entgegen der Risikoorientierung und dem sekundärpräventiven Ansatz der ÄrztInnen (Kolip, 2000; Schäfers, 2011). Als kennzeichnend für die Arbeit von Hebammen wird die Beziehung zur Frau auf Augenhöhe, die Beachtung ihrer Würde und Rechte und die Förderung der Selbstbestimmung genannt (Kirkham, 2000; Rahden & Ayerle, 2005). Der gesundheitsfördernde Ansatz der Hebammen wirkt Medikalisierung und Pathologisierung entgegen (Rahden & Ayerle, 2005). Der Fokus liegt nicht allein auf der medizinischen Betreuung, sondern schließt die psychosoziale Betreuung mit ein (ebd.). Weitere Merkmale sind eine kontinuierliche Betreuung, Nutzerinnenorientierung und die Vermeidung unnötiger Interventionen (Bauer et al., 2007; Rahden & Ayerle, 2005; Schäfers, 2011). Es ist zu betonen, dass eine kontinuierliche Betreuung über alle Abschnitte der generativen Lebensphase hinweg nur Hebammen leisten können. Denn nur sie sind von Gesetzes wegen bei jeder Geburt anwesend (ÄrztInnen nicht notwendigerweise), und nur sie können die Betreuung im Wochenbett leisten (siehe Kap. 3.3 und 3.4).

Die Vorteile der Betreuung gesunder Frauen durch Hebammen sind vielfach belegt (Bauer et al., 2007; Demott et al., 2006; Enkin et al., 1998; Hatem, Sandall, Devane, Soltani, & Gates, 2008; MacArthur et al., 2003). Einbußen in der Sicherheit von Mutter und Kind, ein häufiges Argument gegen Hebammenbetreuung, insbesondere in der außerklinischen Geburtshilfe, bestätigten sich in internationalen Studien nicht (GKV-SV, BfHD, DHV, & Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland, 2011; Hatem et al., 2008; Janssen et al., 2009; Loytved, 2010).

3.6 Ausgewählte Aspekte der Hebammenausbildung

Inwieweit Hebammen dieses vielleicht idealisierte Bild der Hebammenarbeit tatsächlich umsetzen, ist sicherlich individuell verschieden. Bezüglich der genannten Studien ist außerdem zu beachten, dass die Bedingungen, unter denen Hebammenarbeit stattfindet, je nach Land und Gesundheitssystem beträchtliche Unterschiede aufweisen können. Insbesondere die Ausbildungssituation in Deutschland unterscheidet sich deutlich von der in vielen anderen Ländern. Die deutsche Hebammenausbildung wird laut EU-Richtlinie 2005/36/EG in anderen EU-Staaten zwar anerkannt, aber nicht als gleichwertig eingestuft, weil als Eingangsvoraussetzung zur deutschen Hebammenausbildung lediglich der mittlere Bildungsabschluss erforderlich ist. An der Hebammenausbildung selbst kritisiert Zoege (2004) unter anderem die Heterogenität der Schulqualität und der dort vermittelten Lerninhalte, den großen Einfluss von ÄrztInnen auf die theoretische und praktische Ausbildung mit Verengung des Blickwinkels auf medizinische Probleme sowie Defizite in der Vermittlung von Lerninhalten außerklinischer, ambulanter Hebammentätigkeiten.

3.7 Finanzierung und Vergütung

Die gesundheitliche Versorgung bei Schwangerschaft und Mutterschaft nimmt eine gewisse Sonderstellung ein, weil es sich nicht um die Behandlung krankhafter Zustände handelt. Ein Teil der GKV-Leistungen während Schwangerschaft und Mutterschaft gilt als versicherungsfremd. Dies betrifft das Mutterschaftsgeld sowie die Haushaltshilfe und die

Zuzahlungsbefreiung. Die von Hebammen oder ÄrztInnen geleistete medizinische Versorgung selbst gilt nicht als versicherungsfremd (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2005).

Die Vergütungsvereinbarung, die seit Entlassung in die Selbstverwaltung 2007 nach § 134a SGB V von Hebammenverbänden (DHV und BfHD) und Spitzenverbänden der Krankenkassen verhandelt wird (vgl. Kap. 3.11), enthält feste Beträge für jede einzelne Leistung. Die Fassung vom 01.07.2008, die bis zum 31.12.2009 gültig war, findet sich im Anhang dieser Arbeit. Bestimmte Leistungen dürfen nur bis zu einer gewissen Menge pro Fall abgerechnet werden (z.B. bis zu 28 ambulante Wochenbettbesuche, bis zu zehnmal Rückbildungsgymnastik). Die Abrechnung erfolgt direkt mit den Krankenkassen. Viele Hebammen nutzen dafür die Dienste von Abrechnungszentren.

Hebammen dürfen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Hebammenhilfe auch privat in Rechnung stellen. Diese Möglichkeit wird beispielsweise für Kursangebote, aber auch für Bereitschaftspauschalen genutzt. Über die Verbreitung von Selbstzahlerleistungen ist nichts bekannt. Laut eines Experteninterviews im Rahmen der IGES-Studie geben allerdings viele Hebammen die Kosten der gestiegenen Versicherungsprämien über höhere Rufbereitschaftspauschalen an die Nutzerinnen weiter (Albrecht et al., 2012). Zum Beispiel erhebt das Geburtshaus Hamburg derzeit 440 € Bereitschaftspauschale, ein Leipziger Geburtshaus sogar bis zu 600 € (Geburtshaus Hamburg, o. J.; Geburtshaus ins-Leben, 2012). Out-of-pocket-Zahlungen sind also offenbar eine kurzfristige, vielleicht sogar die mittelfristige Lösung für die Prämienproblematik. Dies stellt aus distributiven Gründen sicherlich nicht die optimale Lösung dar. Denn die Wahlfreiheit des Geburtsortes wird damit auf diejenigen Frauen beschränkt, die sie sich leisten können. Außerdem können im Rahmen der Integrierten Versorgung über die Vergütungsvereinbarung hinausgehende Leistungen, wie zum Beispiel die Rufbereitschaft oder Geburtsvorbereitungskurse für Partner mit der GKV abgerechnet werden.

Die gesetzliche Hebammenhilfe ist nach Abs. 2 § 196 RVO zuzahlungsfrei. Das gilt ebenso für alle anderen Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, also für die ärztliche Betreuung, für die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, stationäre Entbindung, häusliche Pflege und Haushaltshilfe.

Die Gebühren für privat krankenversicherte Frauen richten sich nach der Gebührenordnung des jeweiligen Bundeslandes. Diese sind an die Hebammengebührenverordnung angelehnt. Je nach Bundesland kann maximal der 1,8- bis 2-fache Satz der aktuellen bzw. der Gebührenverordnung von 2004 berechnet werden. Die erstattungsfähigen Leistungen privater Krankenkassen entsprechen im Allgemeinen dem Leistungskatalog der GKV. Der Anteil der privatversicherten Klientinnen beträgt bei der Mehrzahl der Hebammen zwischen 1% und 15% (Albrecht et al., 2012).

Die Leistungen von Familienhebammen sind nicht Teil der gesetzlichen Hebammenhilfe nach §195 RVO und werden daher nicht von der GKV vergütet. Sind Familienhebammen freiberuflich tätig, wird ihr Honorar vom Jugendamt oder dem öffentlichen Gesundheitsamt beglichen (Schäfers, 2011).

Schwangerschaft und Geburt sind bisher nicht explizit im SGB V genannt, so dass sie bei Gesetzesänderungen häufig unberücksichtigt bleiben, wie zum Beispiel im Präventionsgesetz (BDH, 2006). So bleiben Finanzierungsoptionen für Präventionsleistungen rund um Schwangerschaft und Geburt ungenutzt.

3.8 GKV-Ausgaben für Hebammenhilfe

Die GKV-Kosten für Hebammenhilfe beliefen sich im Jahr 2010 auf 431,1 Mio. €, das entspricht etwa 0,25% der GKV-Gesamtausgaben. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Hebammenhilfe-Ausgaben in den Jahren 2000 bis 2010. Die höchste Steigerungsrate mit 16,5% im Vergleich zum Vorjahr gab es im Jahr 2009. Von 2009 auf 2010 stiegen die Ausgaben nur noch um 1,1%, die niedrigste Steigerungsrate der letzten zehn Jahre. Die Steigerung hängt wahrscheinlich sowohl mit

Gebührenerhöhungen (vgl. Kap. 3.11) als auch mit einer Ausweitung der Leistungen zusammen. Die Leistungsausweitung kann jedoch zumindest teilweise mit der Verschiebung der Hebammentätigkeit vom Angestelltenverhältnis zur Freiberuflichkeit erklärt werden (vgl. Kap. 3.10). Der Anstieg der Hebammenhilfekosten erklärt sich also zumindest teilweise durch Kostenverlagerungen vom stationären Sektor zur ambulanten Hebammenhilfe.

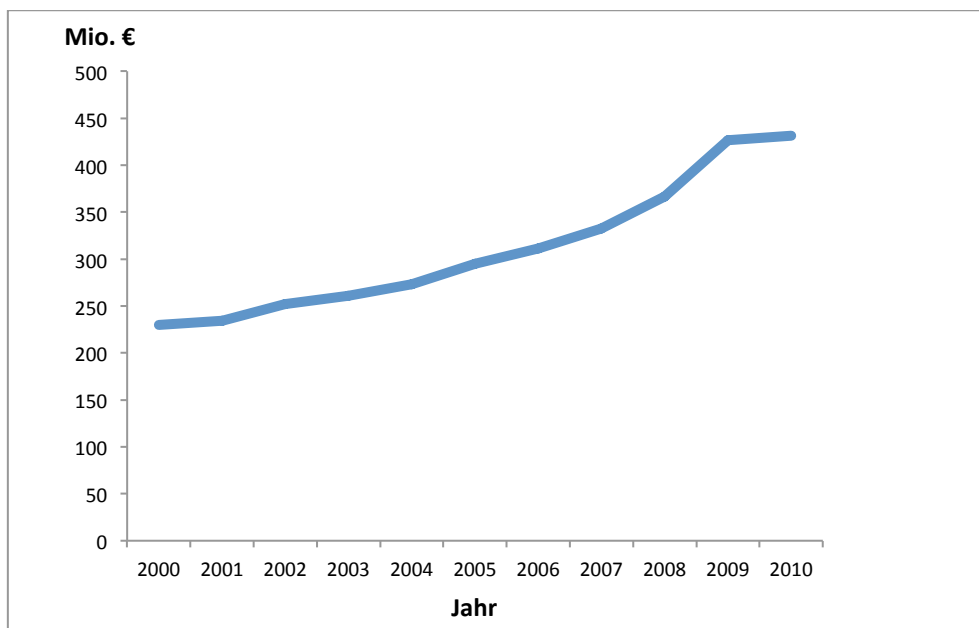


Abbildung 1: GKV-Kosten für Hebammenhilfe von 2000 bis 2010 in Mio. €
Quelle: eigene Darstellung nach BMG

Die Kosten für Hebammenhilfe sind gegenüber anderen Leistungsbereichen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft vergleichsweise gering. Allein die stationären Entbindungen schlagen im Jahr 2010 mit 1,84 Mrd. € zu Buche und sind damit 4,3 mal so teuer wie die Hebammenhilfe (BMG, 2011). Weitere Ausgaben entstehen für die ambulant-ärztliche Schwangerenbetreuung, für Heil-, Hilfsmittel- und Arzneimittelverordnungen, für Haushaltshilfe, Pflege, Mutterschaftsgeld, für stationäre Behandlung während der Schwangerschaft, stationäre Unterbringung bzw. Behandlung des Neugeborenen sowie für eine Wiederaufnahme ins Krankenhaus bei Wochenbettkomplikationen. Wie hoch die Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft für die GKV insgesamt liegen, ist nicht bekannt.

3.9 Betreuungskonzepte

Die starke sektorale Trennung im deutschen Gesundheitswesen zeigt sich auch in der Schwangeren- und geburtshilflichen Betreuung. Anstelle einer kontinuierlichen Betreuung „aus einer Hand“ findet die Betreuung in den Abschnitten Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in der Regel an unterschiedlichen Orten statt und ist nach Berufsgruppen getrennt. Im Folgenden werden die im hiesigen Gesundheitssystem möglichen Versorgungswege beschrieben.

3.9.1 Konventionelle Betreuung

Die Betreuung während der Schwangerschaft, bestehend aus der Schwangerenvorsorge laut Mutterschaftsrichtlinien, wird in aller Regel von niedergelassenen GynäkologInnen geleistet¹¹. Geburten finden zu rund 98% in der Klinik statt (Loytved, 2010) und sind zumeist mit einem stationären Aufenthalt verbunden. Die Möglichkeit der ambulanten Geburt wird nur selten genutzt (von 4% der Frauen; AQUA, 2011). Im Kreißaal sind angestellte oder Beleghebammen als Geburtshelferinnen tätig, zumeist unter ärztlicher Verantwortung oder Leitung (Sayn-Wittgenstein, 2007). Oft kommt es erst zu Beginn der Geburt zum ersten Kontakt mit der Hebamme, die die Geburt betreut. Personalwechsel während der Geburt sind durch das Schichtsystem im Kreißaal nicht selten. Als Alternative kann eine Frau in vielen Kliniken aber auch „ihre“ Beleghebamme mitbringen, die in der Regel die Geburt ohne Schichtwechsel bis zum Schluss betreut. Eine Eins-zu-Eins-Betreuung ist in der Regel nur mit einer Beleghebamme möglich.

Während des durchschnittlich 4,3 Tage dauernden stationären Aufenthalts (Statistisches Bundesamt, 2011a) werden Mutter und Kind hauptsächlich vom Pflegepersonal der Wochenbettstation versorgt. Hebammen sind nicht routinemäßig in die stationäre Betreuung im Frühwochenbett involviert. Die Wochenbettbetreuung durch Hebammen beginnt meist erst im häuslichen Umfeld nach der Entlassung.

¹¹ Auch HausärztInnen dürfen die Schwangerenvorsorge laut Mutterschaftsrichtlinien durchführen, wenn sie entsprechend qualifiziert und mit der erforderlichen Technik ausgestattet sind. In der Praxis dürfte dies jedoch die Ausnahme sein.

Diese Art der Regelversorgung ist gekennzeichnet durch Fragmentierung, zahlreiche Schnittstellen und wechselnde Verantwortlichkeiten. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass eine Frau erst nach ihrer Krankenhausentlassung, einige Tage nach der Geburt (von der Geburtssituation selbst abgesehen) zum ersten Mal individuell von einer Hebamme betreut wird. Gerade in der sensiblen Phase des Frühwochenbetts, die für die Mutter-Kind-Bindung und eine gelungene Stillbeziehung besonders wichtig ist und fachkundiger Betreuung und Anleitung bedarf (Schäfers, 2011), klafft eine gewisse Betreuungslücke. Denn statt der für diese Aufgaben qualifizierten Hebammen werden Frauen und Neugeborene in dieser Zeit von Pflegepersonal versorgt, dessen Betreuungsschlüssel eine umfassende individuelle Betreuung nicht vorsieht. Zudem muss an dieser Versorgungspraxis kritisiert werden, dass allein aus Gründen der Arbeitsorganisation zahlreiche, den Frauen oft unbekannte Betreuungspersonen involviert sind, die damit in einen sehr intimen, privaten Lebensbereich der Frauen und ihrer Familien eindringen. Es darf bezweifelt werden, dass diese Umstände zum Wohlbefinden der Beteiligten beitragen. Dies ist umso gravierender, weil das Wohlbefinden der (werdenden) Mutter kaum von dem des Kindes zu trennen ist und einen wichtigen Schutzfaktor für das Kind darstellt (Brockman & Reichard, 2000). Die Geburt ist ein hochkomplexer psycho-physischer Vorgang, deren Zusammenhänge noch längst nicht vollends verstanden worden sind. Es steht jedoch fest, dass die äußeren Umstände einen (potenziellen) Einfluss auf die Geburts-, Anpassungs-, Regenerations- und Bindungsprozesse haben. Jegliche Störung durch Personen, jeder Eingriff in diesen Ablauf, der normalerweise keiner Hilfe bedarf, muss daher gut begründet sein (Brockman & Reichard, 2000).

Neben der beschriebenen Versorgungsform existieren auch andere Betreuungsansätze, die eine frauenzentrierte, interventionsarme und kontinuierliche Versorgung anstreben. Die verschiedenen Ansätze werden im Folgenden beschrieben.

3.9.2 Schwangerenbetreuung und –vorsorge durch Hebammen

Wie in Kapitel 3.3 beschrieben, können und dürfen Hebammen alle Leistungen der Schwangerenvorsorge laut Mutterschaftsrichtlinien, mit Ausnahme der Ultraschallscreenings, eigenverantwortlich an gesunden Schwangeren durchführen. Für die drei vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen kann die Schwangere einen Frauenarzt oder eine Frauenärztin aufsuchen, oder die Vorsorgeuntersuchungen abwechselnd bei Hebamme und Arzt/Ärztin durchführen lassen. Dabei geht die vom Bund Deutscher Hebammen empfohlene Schwangerenvorsorge noch über die in den Mutterschaftsrichtlinien definierten Leistungen hinaus (BDH, 2004). Neben den allgemeinen Vorteilen der Hebammenarbeit (siehe Kap. 3.5) bietet die Schwangerenbetreuung und –vorsorge durch Hebammen die Möglichkeit der kontinuierlichen Betreuung über die gesamte generative Phase hinweg, sofern die entsprechende Hebamme auch Geburtshilfe- und Wochenbettleistungen anbietet.

3.9.3 Außerklinische Geburtshilfe

In den Kapiteln 3.3 und 3.4 wurde bereits beschrieben, dass Hebammen bei physiologischen Geburten eigenverantwortlich Geburtshilfe leisten, und zwar auch außerhalb der Klinik bei Hausgeburten, in hebammengeleiteten Einrichtungen (Hebammenpraxen, Geburtshäusern) oder ärztlich geleiteten Einrichtungen (Arztpraxen, Entbindungsheimen). Bei dieser Versorgungsform ist eine kontinuierliche Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch dieselbe Hebamme oder ein Hebammenteam üblich. In den letzten Jahren sind in Deutschland viele Geburtshäuser gegründet worden. Die Anzahl der außerklinischen Geburten blieb dabei nahezu unverändert, vielmehr hat eine Verlagerung von Hausgeburten in die Geburtshäuser stattgefunden (Loytved, 2010).

3.9.4 Hebammenkreißaal

Im Hebammenkreißaal sind Hebammen die zentralen Betreuungspersonen und leiten physiologische Geburten in eigener Verantwortung. Erst bei Normabweichungen werden, nach einem im interprofessionellen Konsens erstellten Kriterienkatalog ÄrztInnen hinzugezogen. Das Konzept schließt die vor- und nachgeburtliche Betreuung mit ein. Untersuchungen zeigen eine reduzierte Interventionsrate und zum Teil günstigere geburtshilfliche Outcomes bei hoher Sicherheit (Bauer et al., 2007; Bauer, Pohlabein, & Sayn-Wittgenstein, 2010).

Obwohl ein aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht interessanter Ansatz, spielen Hebammenkreißäle für diese Arbeit keine Rolle. Zwar können auch dort freiberufliche Hebammen tätig sein, die in dieser Arbeit analysierten Daten lassen jedoch keine Differenzierung nach dem klinischem Betreuungsmodell zu.

3.9.5 Integrierte Versorgung

Um Modelle der Sektor übergreifenden Versorgung zu fördern, wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 der Weg für die Integrierte Versorgung geebnet (§§ 140a bis 140d SGB V). Mittlerweile bestehen einige Verträge der Integrierten Versorgung, die die generative Lebensphase betreffen. Sie zielen zumeist auf die Reduktion von Frühgeburtlichkeit ab und bestehen überwiegend aus Aufklärungs- und Verhaltensmaßnahmen, während die Geburtshilfe selbst nur selten Gegenstand des Vertrags ist (Grothaus, 2009). Ein Einbezug von Hebammen über Leistungen wie Geburtsvorbereitung, Wochenbettbetreuung und Rückbildungsgymnastik hinaus ist bei diesen Verträgen selten. Ein Beispiel, wie eine umfassende Hebammenbetreuung gefördert werden kann, stellt das Modell „Primama“ der Securvita Krankenkasse dar. Nach eigenen Angaben ist sie die erste gesetzliche Krankenkasse, die Geburtshäuser als Vertragspartner einbezieht (Securvita Krankenkasse, 2008). Die Integrierte Versorgung ist unter Hebammen bisher wenig verbreitet, nur wenige rechnen in diesem Rahmen zusätzliche Leistungen ab (Albrecht et al., 2012).

3.10 Arbeitsformen

Für Hebammen gibt es verschiedene Möglichkeiten der Berufsausübung: Teilzeit, Vollzeit oder auf geringfügiger Basis, angestellt oder freiberuflich, in oder außerhalb der Klinik. Von den rund 17.000 im Deutschen Hebammenverband (DHV) organisierten Hebammen sind etwa 60% rein freiberuflich und weitere 30% sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig (DHV, 2012). Lediglich knapp 500 Hebammen im DHV sind ausschließlich angestellt tätig (ebd.).

Die große Bedeutung der freiberuflichen Tätigkeit hat mehrere Ursachen. Für Hebammen besteht, wie etwa den Heilmittelerbringern auch, eine unbegrenzte Niederlassungserlaubnis. Darüber hinaus bietet die Freiberuflichkeit eine flexiblere Arbeitsgestaltung, was gerade für berufstätige Mütter von Vorteil sein kann (Sayn-Wittgenstein, 2007). Zudem ist eine eigenverantwortliche, nicht ärztlich geleitete Arbeitsweise im Angestelltenverhältnis selten realisierbar, so dass die große Beliebtheit der Freiberuflichkeit als Ausdruck des „Autonomiebedürfnis(es)“ (Sayn-Wittgenstein, 2007, S. 137) interpretiert werden kann. In den Jahren 2008 bis 2011 kam es zu einer deutlichen Verschiebung der Beschäftigungsformen hin zu weniger rein angestellten und mehr teilweise oder ausschließlich freiberuflichen Hebammen (Albrecht et al., 2012). Auch in Kliniken besteht das Kreissaalteam inzwischen zunehmend aus freiberuflichen Beleghebammen (ebd.). Dies hat wahrscheinlich ökonomische Gründe, denn die freiberuflichen Hebammen sind für den Klinikträger günstiger als Angestellte.

3.11 Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen

Hebammen waren die letzte Gruppe von Leistungserbringern, die zu selbständigen Vertragspartnern der GKV wurden (Braun, 2006). Noch vor kurzer Zeit wurde die Vergütung für Hebammen nicht verhandelt, sondern vom Bundesgesundheitsministerium in der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) festgelegt. Im Rahmen des zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes wurde die Entlassung der Hebammen in die Selbstverwaltung mit Beginn des Jahres 2007

beschlossen. Da die Gebühren in den Jahren zuvor nur geringfügig angehoben wurden, sollte noch vor Beginn der Verhandlungen eine dreistufige Gebührenerhöhung erfolgen. Auf diese Weise sollte den Hebammenverbänden der Start in die Verhandlungen auf einer angemessenen Grundlage ermöglicht werden. Es wurde jedoch nur die erste Stufe umgesetzt, die weiteren geplanten Anhebungen wurden im Zuge des Regierungswechsels 2005 nicht realisiert. Die Ausgangslage der Hebammen war daher bei Beginn der Verhandlungen eher ungünstig. Bei der ersten Verhandlung musste schließlich die Schiedsstelle angerufen werden, die im Juli 2007 die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung mit einer Steigerung des Gesamtvolumens um 6,5% sowie einer weiteren Erhöhung im darauffolgenden Jahr beschloss. Durch eine anstehende Steigerung der Haftpflichtprämien um 56% für geburtshilflich tätige Hebammen innerhalb eines Jahres auf knapp 3.700 € pro Jahr sahen die freiberuflichen Hebammen ihre wirtschaftliche Existenz bedroht (DHV, 2010b). Im Jahr 1998 lag die Prämie noch bei umgerechnet 394 € (Albrecht et al., 2012). Dies mündete 2009 und 2010 in bundesweite Hebammenproteste sowie die mit 186.000 Unterschriften bisher meistunterstützte Petition in Deutschland (DHV, 2010a). Das Thema Hebammen wurde nun auch in der Öffentlichkeit diskutiert.

Um belastbare Daten (nicht nur) zur Einkommenssituation als Diskussionsgrundlage zu generieren, beauftragte das BMG das IGES-Institut, in Zusammenarbeit mit den Hebammenverbänden ein Gutachten zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe zu erstellen. Die Ergebnisse wurden im Mai 2012 veröffentlicht. Die AutorInnen stellen darin fest, dass entgegen den Vorhersagen der Hebammenverbände bisher sehr wenige Hebammen ihren Beruf infolge der Ausgabensteigerungen aufgegeben haben (Albrecht et al., 2012). Vielmehr zeichneten sich Verschiebungen im Leistungsangebot ab, mit Ausweitung von Angeboten außerhalb der GKV-Leistungen und Einschränkungen des geburtshilflichen Angebots,

vor allem aus wirtschaftlichen Gründen (ebd.). Welche politischen Reaktionen das Gutachten auslöst, wird sich in nächster Zukunft zeigen.

4 Stand der Forschung

Noch vor zehn Jahren konstatierte Schücking, dass die Forschung zur generativen Gesundheit von Frauen in Deutschland ein „gewisses Schattendasein fristet“ (Schücking, 2002, S. 225). Seitdem hat sich einiges getan. In den Gesundheitswissenschaften wurden mittlerweile zahlreiche Forschungsprojekte zur generativen Lebensphase durchgeführt. Herausragende Projekte sind beispielsweise die GEK-Kaiserschnittstudie (Lutz & Kolip, 2006) und das Modellprojekt Hebammenkreißaal (Bauer et al., 2007; Lutz & Kolip, 2006).

Hebammenforschung ist eine sehr junge wissenschaftliche Disziplin, die sich in Deutschland erst seit etwa der Jahrtausendwende entwickelt und, ähnlich den Pflegewissenschaften, einen Forschungsrückstand von mehr als zwei Jahrzehnten gegenüber Ländern wie Großbritannien aufweist (Sayn-Wittgenstein, 2007). Vor diesem Hintergrund überrascht es kaum, dass Erkenntnisse über den Berufsstand und dessen Arbeit nur lückenhaft vorliegen.

Daten zur Inanspruchnahme von bestimmten Leistungen im Zusammenhang mit der Geburt gibt es im Rahmen der Perinatalerhebungen. Hier werden für jede klinische Geburt medizinische Qualitätsindikatoren erhoben. Darunter befinden sich detaillierte Angaben zur Inanspruchnahme pränataler Diagnostik, zu Vorsorgeuntersuchungen und geburtshilflichen Interventionen. Allerdings gibt es keine Informationen darüber, welche Berufsgruppe die Maßnahmen durchgeführt hat. Bezüglich der Arbeit von Hebammen sind hier keinerlei Angaben zu finden. Als Ergänzung zur Perinatalerhebung - man könnte es auch als Gegenentwurf bezeichnen - werden seit 2001 Qualitätsberichte zu jährlich rund 8.000 bis 9.000 außerklinischen Geburten von der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) erstellt. Analog zur Perinatalerhebung enthält dieser Bericht Zahlen der Basisstatistik und Qualitätsindikatoren,

insbesondere über geburtshilfliche Interventionen. Darüber hinaus werden Daten zur Inanspruchnahme von ärztlichen und Hebammenleistungen dokumentiert sowie Vorsorgeuntersuchungen von Hebammen und ÄrztInnen getrennt ausgewiesen. Informationen über die Betreuung nach der Geburt sind nicht enthalten. Das Angebot der außerklinischen Geburtshilfe wird jedoch nur von wenigen Frauen genutzt, die sich bezüglich des Risikoprofils, des Inanspruchnahmeverhaltens und soziodemografischer Merkmale von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden und daher nicht als repräsentativ angesehen werden können (Loytved, 2010).

Die Barmer-GEK (vormals GEK) gibt jährliche Reporte über das Leistungsgeschehen in den großen Leistungssektoren heraus. Das Hebammenwesen ist nicht Teil dieser Auswertungen. Auch in den Krankenhausreporten der GEK bzw. Barmer-GEK sind geburtshilfliche Leistungen bzw. Leistungen im Zusammenhang mit dem Aufnahmegrund „Geburt“ fast immer aus der Analyse ausgeschlossen.

Zum Thema Geburt und Geburtshilfe gab es im deutschsprachigen Raum bis vor kurzem fast ausschließlich medizinische Forschung, die sich allerdings überwiegend mit Pathologien beschäftigt. Die normale Geburt wird dabei kaum thematisiert (Schücking, 2002) und damit auch nicht das Tätigkeitsfeld der Hebammen.

In der Hebammenforschung finden sich in jüngster Zeit einige Ansätze zur Versorgungsforschung. Wegweisend ist der Verbund Hebammenforschung. Im Projekt „Neue Perspektiven entwickeln“ wurden niedersächsische Hebammen zu ihrem Leistungsangebot befragt. Die Inanspruchnahme durch Frauen war nicht Teil der Untersuchung (Verbund Hebammenforschung, 2009).

Einen Meilenstein in der Hebammenforschung stellt die groß angelegte Studie zur Einkommens- und Versorgungssituation von Hebammen des IGES-Instituts dar. Die Studie wurde erst kürzlich, im Mai 2012 veröffentlicht und enthält neben einer Befragung von rund 3.600 Hebammen umfangreiche Auswertungen von Sekundärdaten aus

verschiedenen Quellen. In der Studie geht es einerseits um die Beschreibung der Einkommenssituation, andererseits um das Leistungsangebot und Veränderungen seit der Erhöhung der Versicherungsprämien. Außerdem wurden Quellen zusammengetragen, die Aufschluss über die Anzahl der in Deutschland tätigen Hebammen geben können. Aufgrund der thematischen und methodischen Ähnlichkeit mit der vorliegenden Arbeit soll auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten detaillierter eingegangen werden. Kern der Studie ist die Befragung der Hebammen. Mittels Befragungsbögen wurde unter anderem das Leistungsangebot der Hebammen ermittelt. Darüber hinaus wurden GKV-Abrechnungsdaten der Hebammenhilfe analysiert. Die Daten stammen von den beiden größten Abrechnungszentren für Hebammen und umfassen Abrechnungsdaten von 90% aller mit der GKV abrechnenden Hebammen. Mithilfe dieser Daten wurden vor allem Leistungsmengen bestimmt, jedoch ohne Fallbezug. Fallbezogene Auswertungen erfolgten bezüglich der Ausgaben für Hebammenhilfe anhand von Daten der Debeka, dem nach Angaben der AutorInnen größten Anbieter der privaten Krankenversicherung. Eine Aufschlüsselung der Leistungen ist mit den PKV-Daten nicht erfolgt.

Zur Inanspruchnahme von Hebammenleistungen konnten zwei regionale Studien gefunden werden. Die Studie von Allhoff (2004) über Schwangerenvorsorge in Nordrhein-Westfalen weist jedoch methodische Mängel auf. Für eine weitere Studie befragte Stahl (2007) 252 Hamburger Hebammen unter anderem zu der Anzahl der betreuten Frauen. Die so ermittelte Zahl wurde auf die Anzahl der Lebendgeburten in Hamburg bezogen und auf diese Weise Inanspruchnahmeraten errechnet. Daraus ergab sich ein Anteil von 58% individuell von Hebammen betreuten Frauen. 44% der Frauen erhielten Wochenbettbetreuung und 14% Schwangerenvorsorge durch Hebammen. Wie genau die Hebammen die Anzahl der betreuten Frauen angeben konnten bleibt allerdings unklar. Zudem können Doppelzählungen und die Zählung von Frauen, die außerhalb Hamburgs wohnen, nicht ausgeschlossen werden. Entsprechend

vorsichtig müssen die Ergebnisse interpretiert werden. Erwähnenswert ist noch ein anderes Ergebnis dieser Studie, und zwar eine tendenziell schlechtere Versorgung in Stadtteilen mit schlechter sozialer Lage.

Es bleibt festzuhalten, dass trotz Fortschritten in der Forschung zur generativen Lebensphase die Datenlage zur Versorgung mit Hebammenleistungen bisher ausgesprochen dünn ist. Die IGES-Studie hat zweifellos einen großen Beitrag zur Erforschung des Leistungsgeschehens in der Hebammenhilfe geleistet. Dennoch fehlt in dieser Studie weitgehend der Fallbezug, der notwendig wäre, um Aussagen über die Inanspruchnahme zu erhalten. Systematisch erhobene Daten zur Inanspruchnahme der Hebammenhilfe allgemein sowie ausgewählter Leistungen liegen bisher nicht flächendeckend vor. Solche Daten sind jedoch notwendig, um die Versorgungssituation beurteilen zu können, Defizite oder nicht genutzte Kapazitäten zu erkennen und daraus einen Handlungsbedarf ableiten zu können.

5 Fragestellung: wie ist die Inanspruchnahme von Leistungen der Hebammenhilfe durch GEK-versicherte Schwangere?

Diese Arbeit zielt darauf ab, die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Hebammenhilfe durch leistungsberechtigte GEK-versicherte Frauen darzustellen. Dabei sollen die Inanspruchnahmeraten für Hebammenhilfe insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Leistungsbereichen und einzelnen Leistungen ermittelt werden. Weiterhin sollen die Hebammenhilfeleistungen und deren Kosten beziffert werden. Dabei wird das in der Fachliteratur und im öffentlichen Diskurs relevante Thema Hebammen-Geburtshilfe besonders in den Fokus genommen.

Im Einzelnen wird untersucht,

- wie groß der Anteil der Frauen ist, die Leistungen der Hebammenhilfe insgesamt sowie jeweils während der Schwangerschaft, zur Geburt und im Wochenbett nutzen,
- welche und wie viele Leistungen in Anspruch genommen werden,

- ob und welche regionalen Unterschiede in der Inanspruchnahme erkennbar sind,
- welche Faktoren als Determinanten der Inanspruchnahme in Frage kommen. Weil die vorliegenden Daten nur begrenzt Informationen über mögliche Einflussfaktoren enthalten (Alter, Art der geburtshilflichen Betreuung und Region), wird dabei auch auf externe Daten zurückgegriffen;
- wie viele der freiberuflichen Hebammen geburtshilfliche Leistungen abrechnen,
- wie hoch die Ausgaben für Hebammenhilfe pro Kopf und für die gesamte GEK sind,
- und wie sich die Kosten auf die Leistungsbereiche verteilen.

6 Methodik

6.1 Forschungsdesign und Grundgesamtheit

Für die vorliegende Arbeit wurden Leistungsdaten der GEK verwendet, die zum Zweck der Abrechnung erhoben wurden, so genannte Sekundärdaten.

Aus den Versichertendaten von rund 1,75 Mio. Versicherten im Jahr 2008 wurden diejenigen Frauen selektiert, die während des gesamten Untersuchungszeitraums 2008 bis 2009 in jedem Quartal mindestens einen Tag GEK-versichert waren und im Jahr 2008 mindestens eine gesicherte Schwangerschaftsdiagnose aufwiesen (n=19.890) (siehe Kap. 6.2). Datensätze von Personen ohne eindeutige Kennung wurden ausgeschlossen. Außerdem wurden nur Frauen berücksichtigt, die im Jahr 2008 im gebärfähigen Alter zwischen fünfzehn und 49 Jahre alt waren (n=18.820).

Die Leistungsdaten der Hebammenhilfe wurden mithilfe der Sachkonten selektiert. Sachkonten sind Abrechnungskonten, unter denen die Leistungen nach Leistungserbringern differenziert verbucht werden. Unter den entsprechenden Sachkonten für Hebammenhilfe sind alle Leistungen der gesetzlichen Hebammenhilfe erfasst, die von

freiberuflichen Hebammen und Hebammengemeinschaften auf Kosten der GEK erbracht werden.

Es handelt sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Vollerhebung. An dieser Stelle soll kurz auf die Problematik der Verwendung von Konfidenzintervallen und Signifikanztests eingegangen werden. Denn ob diese statistischen Methoden, die auf dem Stichprobenkonzept basieren, auch bei Vollerhebungen angebracht sind, ist in der Literatur durchaus umstritten (Behnke, 2007; Broscheid & Gschwend, 2003; Kunz, 2000; Obinger, 2001; Schnell, Hill, & Esser, 1999). Denn auch eine Vollerhebung kann als eine Stichprobe einer (fiktiven) Grundgesamtheit aller möglichen Grundgesamtheiten des Universums verstanden werden (Behnke, 2007). Letztlich gibt es bei dieser Frage keine eindeutige Antwort, so dass die Autorin oder der Autor selbst entscheiden muss, unter welcher theoretischen Annahme er oder sie seine statistische Analyse durchführt (ebd.). In dieser Analyse wurden Signifikanztests und Konfidenzintervalle nicht dargestellt.

Die Datenerhebung fand im Oktober 2011 statt. Die statistischen Analysen erfolgten mithilfe der Statistik-Softwares SAS und Excel.

6.2 Operationalisierung

Geburten:

Zielpopulation dieser Untersuchung sind Frauen, die einen Leistungsanspruch auf Hebammenhilfe haben. Die Grundidee der Untersuchung bestand darin, die Geburten eines Zeitraums auf Basis der entsprechenden ICD-Diagnosen zu bestimmen. Ausgehend vom Zeitpunkt der Geburt sollten im nächsten Schritt die Hebammenhilfeleistungen der Versicherten, die ein Kind bekommen haben ausgezählt werden.

Die ICD-Kodierung von Geburten ist allerdings komplex. Der Code für die Spontangeburt eines Kindes lautet O80. Die Codes O81 und O82 für operative Geburten werden allerdings nur dann benutzt, wenn kein Grund für die operative Geburt angegeben werden kann. Ansonsten gilt,

dass bei Interventionen wie Kaiserschnitt oder vaginal-operativen Entbindungen¹², der die Intervention begründende Code der Geburtskomplikation benutzt wird (O60 - O75). Für Mehrlingsgeburten gibt es ebenfalls eigene Codes (Z38.3 - Z38.8). Geburten werden also mit rund 20 verschiedenen vierstelligen ICD-Codes verschlüsselt. Eine vereinfachende Abkürzung auf dreistellige ICD-Codes ist nicht möglich, weil dann mitunter nicht mehr erkennbar ist, ob es sich um die Komplikation oder um eine Geburt handelt.

Ein Beispiel:

O60.0	Vorzeitige Wehen <i>ohne</i> Entbindung
O60.1	Vorzeitige Wehen <i>mit</i> Entbindung

Aus diesem Grund musste auf ein Ersatzverfahren ausgewichen werden. Die Zielpopulation wurde stattdessen mithilfe der Diagnosecodes für Schwangerschaft ermittelt. Zur Anwendung kamen die dreistelligen ICD-Codes Z34 und Z35 für die Überwachung einer normalen bzw. einer Risikoschwangerschaft mit der Kennung für gesicherte Diagnosen nach der zum Untersuchungszeitpunkt gültigen Version der ICD-10 aus den Abrechnungsdaten der ambulant-ärztlichen Versorgung.

Entsprechend der Dauer der Schwangerschaft von rund neun Monaten wäre damit zu rechnen, dass jeweils Verläufe von drei bis vier aufeinander folgenden Quartalen mit Schwangerschaftsdiagnose beobachtet werden können. Der Blick auf die Daten zeigte jedoch, dass häufig Lücken zwischen den Quartalen mit Schwangerschaftsdiagnosen bestanden. Daher war es kaum möglich, zwischen Erst- und Folgediagnosen zu unterscheiden bzw. aufeinanderfolgende Schwangerschaften voneinander abzugrenzen. Daher wurden alle

¹² Unter vaginal-operativen Geburten versteht man Geburten unter Zuhilfenahme von Saugglocke oder Geburtszange.

Frauen, die im Jahr 2008 mindestens eine Schwangerschaftsdiagnose aufwiesen, ausgewählt.

Ausschluss von Fehlgeburten:

Die Diagnosedaten enthalten weder Informationen über das Schwangerschaftsstadium noch das Ergebnis der Geburt (Fehl-, Tot- oder Lebendgeburt). Da sich in der Grundgesamtheit nur die ausgetragenen Schwangerschaften befinden sollten, wurden im nächsten Schritt diejenigen Frauen mit einer Fehlgeburtendiagnose im Quartal *nach* einer Schwangerschaftsdiagnose ausgeschlossen. Bei sowohl Schwangerschaftsdiagnose als auch Fehlgeburtendiagnose im gleichen Quartal wurde die Person dann ausgeschlossen, wenn im darauf folgenden Quartal *keine* Schwangerschaftsdiagnose mehr bestand.

Für Fehlgeburten wurden die dreistelligen Diagnoseschlüssel O00 - O07 für Schwangerschaften mit abortivem Ausgang, ebenfalls nur gesicherte Diagnosen, aus stationären und ambulanten Daten verwendet. Von den 18.820 Frauen verbleiben nach Abzug der Fehlgeburten 18.104 in der Grundgesamtheit.

Hebammenkontakte:

Eine Fragestellung dieser Analyse betrifft die Kontakte zwischen Hebamme und Nutzerin. Die vorliegenden Daten liefern lediglich Informationen über die abgerechneten Leistungen im Abrechnungsmonat. Wie oft sich Hebamme und Frau dabei gesehen haben, wie viele und welche Leistungen die Hebamme bei jedem Kontakt abgerechnet hat, bleibt verborgen. So kann zum Beispiel neben der Schwangerenvorsorge bei demselben Besuch zusätzlich ein CTG geschrieben und ein Arzneimittel verabreicht werden. Außerdem werden manche Leistungen nach Zeiteinheit abgerechnet, so dass bei einem Kontakt zwei oder mehr Leistungspositionen entstehen. Der einzige Weg, die tatsächliche Anzahl der Kontakte zu ermitteln, führt über die Sichtung der Originalbelege, was im Rahmen dieser Arbeit aus Datenschutzgründen nicht möglich war. Die Anzahl der Kontakte stellt jedoch ein wichtiges Merkmal der Versorgung dar. Daher sollte in dieser

Analyse einer Annäherung an die tatsächliche Kontaktfrequenz versucht werden.

Im Kontext der Schwangerenversorgung sollten nur diejenigen Leistungen als Kontakt gewertet werden, die durch eine Eins-zu-eins-Betreuung bzw. -Gesprächssituation charakterisiert sind. Darunter fallen Vorsorgen, Beratungsgespräche, Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden, Geburtshilfe und Wochenbettbesuche. Ausgenommen wurden diejenigen Leistungen, die nur als zusätzliche Leistungsposition abgerechnet werden, wie Wegegeld, Zuschläge, Materialpauschalen, Erstuntersuchungen (U1), Überwachung, telefonische Beratung und Geburtshilfe durch eine Zweithebamme. Ebenfalls nicht als Kontakt gewertet wurden Arzneimittel, Blutentnahmen, CTG-Untersuchungen, Versorgung von Rissverletzungen und Gruppenbehandlungen.

Hebammenleistungen:

Jede Hebammenleistung hat eine zugehörige Abrechnungspositionsnummer (APN), die im bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis der Hebammenhilfe-Vergütungsvereinbarung (siehe Anhang) aufgeführt ist. Viele Leistungen werden abhängig vom Zeitpunkt der Erbringung vergütet. In der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen gilt ein höheres Entgelt. Für viele Leistungen gibt es daher zwei APN, die der Übersichtlichkeit halber in der Analyse zusammengefasst dargestellt werden. Wegegeld-Leistungen Gruppe E werden nach Tageszeit, Entfernung und genutztem Verkehrsmittel differenziert, jedoch wegen des geringen Informationswerts nicht getrennt ausgewiesen. Wenn Wegegeldleistungen aus Teilanalysen ausgeklammert werden, wird darauf im Einzelnen hingewiesen.

Die im Zeitraum 2008 bis 2009 gültige Vergütungsvereinbarung vom 1.12.2007 enthält dreistellige APN. Im Datensatz fanden sich jedoch neben den dreistelligen auch zweistellige APN nach der alten Vergütungsvereinbarung vom 19.04.2006. Mithilfe der im Datensatz enthaltenen Freitextangaben wurden die zweistelligen APN den dreistelligen zugeordnet und umkodiert. Leistungsziffern, die in keiner der beiden Versionen vorkommen und keine Freitextangabe aufwiesen,

konnten nicht zugeordnet werden und wurden daher gelöscht (29 Positionen). Nicht mehr gültige, zweistellige APN, für die es keine Entsprechung in der neueren Version gibt, wurden so belassen (61 von 676.104 Positionen).

6.3 Untersuchungszeitraum

Seit 2008 sind Hebammen nach SGB V § 301a verpflichtet, ihre Abrechnungsbelege elektronisch oder maschinenlesbar auf Datenträgern an die Krankenkassen zu übermitteln (BfHD, 2010). Tatsächlich ist ein sprunghafter Anstieg der erfassten Hebammenleistungen zwischen 2007 und 2008 zu erkennen, die Gesetzesänderung scheint also eine deutlich bessere Erfassung der Leistungsdaten der GEK bewirkt zu haben (siehe

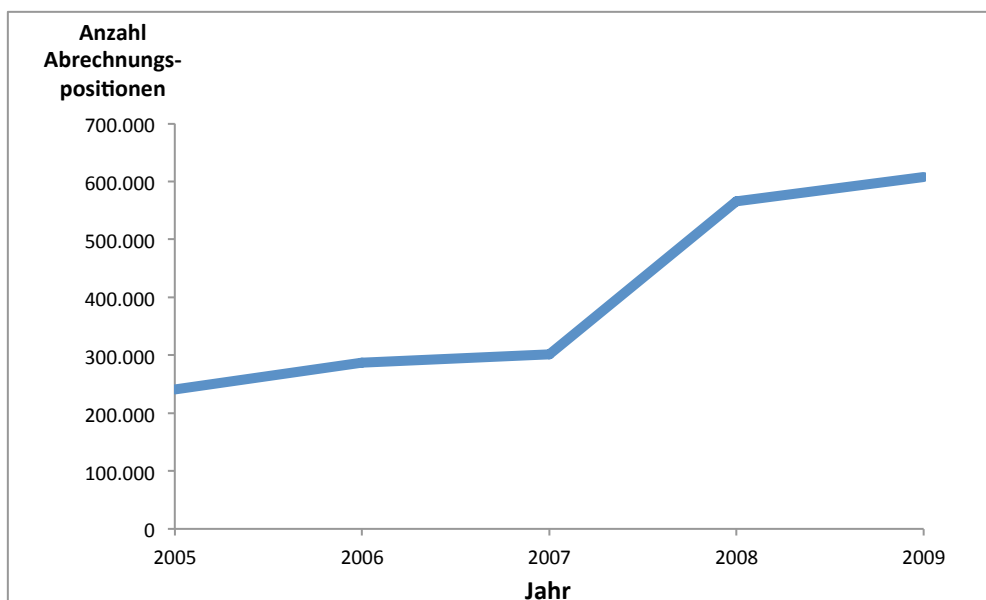


Abbildung 2). Von 2008 auf 2009 ist lediglich ein leichter Anstieg der erfassten Leistungen zu erkennen, so dass man ab 2008 von einer annähernd vollständigen Leistungserfassung ausgehen kann. Neuere Daten waren wegen der Fusion der Barmer Krankenkasse mit der GEK nicht erhältlich. Daraus ergeben sich also zwei verwendbare Jahrgänge mit Leistungsdaten aus den Jahren 2008 und 2009.

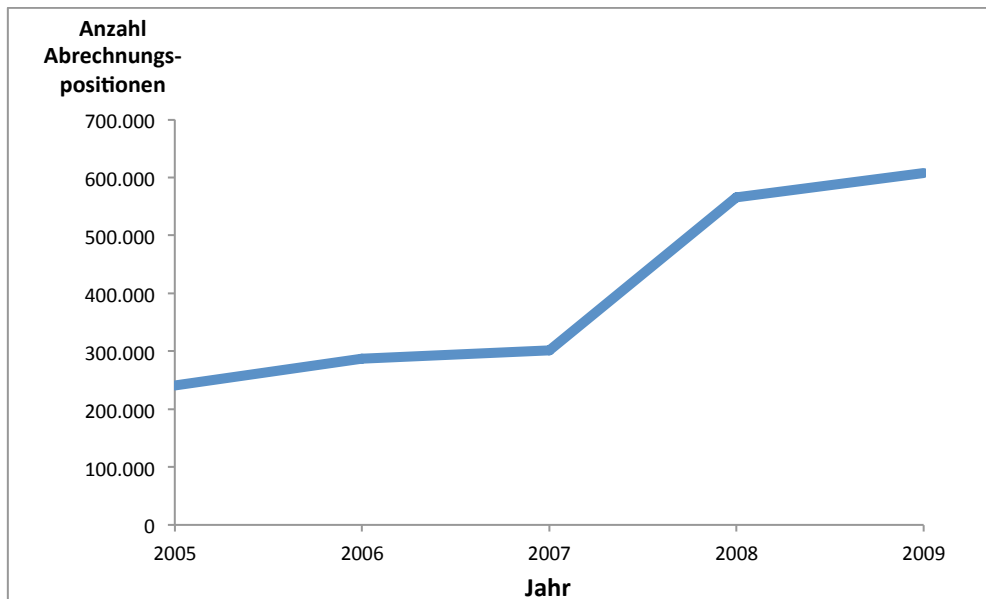


Abbildung 2: Anzahl der erfassten Abrechnungspositionen für Hebammenhilfe (GEK)
Quelle: eigene Darstellung

Mehrere Probleme müssen bei der Wahl des Untersuchungszeitraums gelöst werden. Erstens geben die Daten keinen Hinweis auf den Zeitpunkt der Geburt. Die Inanspruchnahme ist jedoch zeitlich an das Ereignis der Geburt gekoppelt. Der Zeitraum, in dem die Inanspruchnahme der Hebammenhilfe möglich ist, ist daher nicht exakt zu bestimmen. Außerdem enthalten die Leistungsdaten lediglich das Abrechnungsdatum, nicht das Datum der Leistungserbringung. Nach der Leistungserbringung haben Hebammen grundsätzlich noch vier Jahre Zeit, die Leistung abzurechen.

Der Anspruch auf Hebammenhilfe beginnt mit der Schwangerschaft, wie in Kapitel 3.3 bereits beschrieben. Er endet jedoch nicht mit dem Wochenbetts acht Wochen postpartum, sondern besteht bis zum Ende der Stillperiode. Wie lange ein Kind gestillt wird ist individuell sehr unterschiedlich, so dass Frauen theoretisch noch Jahre nach der Geburt eine Stillberatung der Hebamme auf Kosten der Krankenkasse in Anspruch nehmen könnten. Mit zunehmender Länge des Beobachtungsintervalls steigt jedoch auch die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Schwangerschaft und damit verbunden einer erneuten Inanspruchnahme von Leistungen. Alternativ bietet es sich daher an, sich an der Vorgabe für die Ernährungsberatung bei nicht-gestillten

Kindern zu orientieren, die bis zum Alter von neun Monaten in Anspruch genommen werden kann. Der Beobachtungszeitraum nach der letzten Schwangerschaftsdiagnose sollte also mindestens neun Monate umfassen. Da bei den Leistungsdaten nicht das Datum der Behandlung, sondern der Abrechnung gegeben ist, ist es sinnvoll, den Beobachtungszeitraum über neun Monate hinaus zu verlängern, um eine gewisse Zeitspanne zwischen Leistungserbringung und Abrechnung einzukalkulieren. Der Beobachtungszeitraum nach der Schwangerschaft wurde daher auf ein Jahr festgelegt. Insgesamt umfasst der Beobachtungszeitraum also das Jahr der Schwangerschaftsdiagnose plus ein weiteres Jahr. Abbildung 3 zeigt die schematische Darstellung des Untersuchungsdesigns.

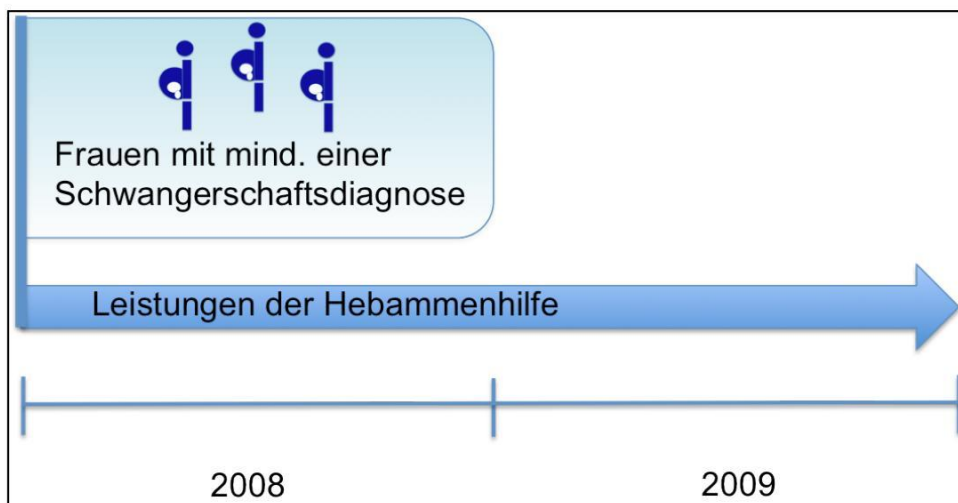


Abbildung 3: Schematische Darstellung des Untersuchungsdesigns
Quelle: eigene Darstellung

6.4 Validität, Vollständigkeit, Plausibilität

Validität der Schwangerschaftsdiagnosen:

Schwangerschaft gehört zu den 80 ausgewählten Krankheiten bzw. Zuständen, für die die Krankenkassen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich höhere Zuwendungen erhalten. Die Schwangerschaftsdiagnose ist also zahlungsrelevant und wird überprüft, daher ist die Validität als hoch einzuschätzen. Darüber hinaus ist das Risiko von Fehldiagnosen wegen der guten diagnostischen Möglichkeiten sehr gering. Die ärztliche Schwangerenvorsorge erfasst

nahezu alle Schwangeren (>99%), davon 85% bereits im ersten Trimenon (AQUA, 2011), so dass von einer annähernd vollständigen Erfassung in den ambulanten Diagnosedaten auszugehen ist. Lediglich Frauen, die sich für eine ausschließliche Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft entscheiden – eine vermutlich kleine Gruppe, die aber im Rahmen dieser Untersuchung große Bedeutung hat – werden hier nicht erfasst, es sei denn, sie waren aus anderem Anlass in ärztlicher Behandlung, und die Schwangerschaftsdiagnose hat dabei Eingang in die Daten gefunden.

Validität der Fehlgeburtsdiagnosen:

Die Einschätzung der Validität von Fehlgeburtsdiagnosen gestaltet sich komplizierter. Die Diagnosemöglichkeiten sind, ähnlich wie bei den Schwangerschaftsdiagnosen gut. Über das im Kapitel 6.2 beschriebene Verfahren wurden von den dokumentierten Schwangerschaften jedoch lediglich 3,8% dokumentierte Fehlgeburten ausgeschlossen. Die tatsächliche Zahl der Fehlgeburten ist wahrscheinlich deutlich höher. Sie wird auf etwa 15 bis 20% geschätzt, bezogen auf Frauen, die die Schwangerschaft bereits bemerkt haben (National Institute of Health, 2012). Es ist also fraglich, ob wirklich alle Frauen mit Fehlgeburten aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen wurden.

Vollständigkeit der Hebammenleistungsdaten:

Betrachtet man die Anzahl abgerechneter Hebammenleistungen der Jahrgänge 2005 bis 2009 der GEK, so sticht zwischen 2007 und 2008 ein sprunghafter Anstieg von rund 350.000 auf rund 500.000 Leistungspositionen ins Auge. Dieser Unterschied ist zu groß, um durch eine tatsächliche Erhöhung des Leistungsvolumens bedingt zu sein. Die Ursache ist mit hoher Wahrscheinlichkeit die bereits erwähnte Einführung der Pflicht zur elektronischen Abrechnung seit dem Jahr 2008, was offenbar zu einer deutlich umfangreicheren Datenerfassung geführt hat. Die Steigerung der Leistungspositionen zwischen 2008 und 2009 fällt in Relation dazu gering aus, was für eine nahezu vollständige Erfassung der Hebammenleistungen ab 2008 spricht.

Überraschenderweise fehlen in den Hebammendaten die Positionen für Betriebskostenpauschalen für Geburten in außerklinischen hebammengeleiteten Einrichtungen, obwohl entsprechende Abrechnungspositionen über die Geburtshilfe in solchen Einrichtungen vorliegen. Wahrscheinlich hat das damit zu tun, dass die entsprechenden Abrechnungspositionen erst 2008 neu eingeführt wurden. Es besteht darüber meines Erachtens kein Anlass, die Vollständigkeit der Daten insgesamt in Zweifel zu ziehen.

Plausibilität:

Zur Überprüfung, ob die Operationalisierung der Schwangerschaften über das zweistufige Verfahren eine plausible Anzahl Schwangerer ergibt, wurde eine grobe Schätzung zu erwartender Schwangerschaften vorgenommen. Legt man dafür die Lebendgeborenen in Deutschland (682.514 im Jahr 2008; Statistisches Bundesamt, 2011c) zugrunde, so wären bei 1,75 Mio. GEK-Versicherten im Jahr 2008 (Kemper, Sauer, & Glaeske, 2009) unter der vereinfachenden Annahme gleicher Merkmalsstrukturen 14.525 Geburten zu erwarten. Die hier ermittelte Zahl von 18.104 schwangeren GEK-Versicherten liegt damit um 25% höher. Ein Grund dafür könnte der um rund drei Jahre geringere Altersdurchschnitt der GEK-Versicherten gegenüber den GKV-Versicherten (39,1 in der GEK bzw. rund 42 Jahre in der GKV; Kemper et al., 2009) und eine damit verbundene höhere Fertilitätsrate sein. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass nicht alle Frauen, deren Schwangerschaften mit Fehlgeburten endeten, aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen wurden.

Da aus den Diagnosedaten nicht ablesbar ist, ob im untersuchten Zeitraum mehrere Schwangerschaften in Folge bestanden haben, sollte kontrolliert werden, ob es Hinweise auf Frauen mit zwei Geburten im Untersuchungszeitraum gibt. Dafür wurde überprüft, ob der erste Hausbesuch nach der Geburt, der laut Vergütungsvereinbarung nur einmal pro Fall abgerechnet werden darf, bei manchen Versicherten doppelt vorliegt. Dies war bei zwei Versicherten der Fall. Bei der einen Frau handelte es sich um zwei identische Leistungspositionen, so dass

hier von einer Daten-Dublette und nicht von einer tatsächlich zweimal erbrachten Leistung ausgegangen werden kann. Bei nur einer Frau wiesen die Leistungen verschiedene Abrechnungsdaten im Abstand von einem Jahr und fünf Monaten auf, so dass man bei lediglich einer von 14.711 Leistungsversicherten¹³ von zwei Geburten im Untersuchungszeitraum ausgehen kann.

Eine Überprüfung des gesamten Datensatzes auf doppelt vorliegende Leistungspositionen ergab eine Gesamtzahl von 2.286 Dubletten, das entspricht einem Anteil von 0,34% der Einzelleistungen. Die Verteilung der Dubletten auf die Leistungen entspricht weitgehend der des gesamten Datensatzes. Da die Zahl der Dubletten statistisch nicht relevant ist, wurden diese im Datensatz belassen.

6.5 Repräsentativität

Eine wichtige Frage lautet, inwieweit die Befunde der GEK repräsentativ für die GKV sind. Von Repräsentativität ist nicht ohne weiteres auszugehen, denn Krankenkassen können ein bestimmtes Versichertenprofil etwa hinsichtlich Morbidität, Alter, Beruf oder Region aufweisen. Die offenkundigsten Unterschiede zur GKV, zum einen der geringere Anteil Versicherter über 65 Jahre und zum anderen der höhere Männeranteil der GEK (Glaeske & Janhsen, 2006; Kemper et al., 2009) fallen bei dieser Analyse nicht ins Gewicht, da sich der untersuchte Personenkreis ohnehin auf Frauen im gebärfähigen Alter beschränkt. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass sich die GEK-versicherten Frauen im gebärfähigen Alter in bestimmten Merkmalen von denen der gesamten GKV unterscheiden. Darüber hinaus können Besonderheiten zum Beispiel bezüglich der Informationspolitik einer Krankenkasse zu Unterschieden in der Inanspruchnahme führen. Alle Krankenversicherungen stellen in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Form Informationen für bestimmte Zielgruppen zur

¹³ *Leistungsversicherte* sind diejenigen Versicherten, die in einem definierten Zeitraum bestimmte Leistungen, in diesem Kontext Hebammenhilfe-Leistungen in Anspruch nehmen. Bei den Frauen, die keine Hebammenhilfe in Anspruch genommen haben, war eine Überprüfung auf mehrere, aufeinander folgende Schwangerschaften nicht möglich.

Verfügung. Die Art und Weise, wie Schwangere über Erstattungs- und Betreuungsmöglichkeiten informiert werden, kann also einen direkten Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten ausüben. Insofern ist nicht abschließend zu klären, ob die hier vorgefundenen Ergebnisse eins zu eins auf die GKV-Versicherten übertragen werden können.

7 Ergebnisse

7.1 Merkmale der Grundgesamtheit

Die analysierte Grundgesamtheit besteht aus 18.104 Frauen zwischen fünfzehn und 49 Jahren. Das durchschnittliche Alter beträgt 30,2 Jahre. Die meisten Frauen (60,5%; n=10.961) befinden sich im mittleren Alter zwischen 25 und 34 Jahren. Mit 2,8% (n=511) ist nur ein sehr geringer Teil der Frauen unter 20 Jahre. Der Anteil der Frauen über 40 Jahre ist ebenfalls gering und beträgt lediglich 5,6% (n=1013).

Tabelle 1: Grundgesamtheit nach Altersklassen

Alter	Anzahl Frauen	Anteil in %	% kumuliert
15-19 Jahre	511	2,8	2,8
20-24 Jahre	2.399	13,3	16,1
25-29 Jahre	5.470	30,2	46,3
30-34 Jahre	5.491	30,3	76,6
35-39 Jahre	3.220	17,8	94,4
40-44 Jahre	923	5,1	99,5
45-49 Jahre	90	0,5	100,0
Gesamt	18.104	100,0	100,0

Quelle: eigene Darstellung

Die Verteilung der Schwangeren auf die KV-Regionen weicht nicht wesentlich von der Verteilung aller Lebendgeborenen auf die Bundesländer ab, wie aus Tabelle 2 ersichtlich wird. Lediglich Nordrhein-Westfalen ist in der Grundgesamtheit deutlich unterrepräsentiert. Hier liegt der Anteil der Geburten innerhalb der GEK um rund sieben Prozentpunkte niedriger als im gesamten Bundesland.

Tabelle 2: Regionale Repräsentativität der GEK

Bundesländer / KV-Regionen	Anteil der Lebend-geborenen in %	Anteil der GEK-Versicherten mit Schwangerschaftsdiagnose in %	Differenz
Baden-Württemberg	13,47	16,25	+2,78
Bayern	15,57	15,73	+0,16
Berlin	4,68	6,21	+1,53
Brandenburg	2,76	5,78	+3,02
Bremen	0,82	0,63	-0,19
Hamburg	2,45	3,07	+0,62
Hessen	7,58	7,70	+0,12
Mecklenburg-Vorpommern	1,92	1,87	-0,05
Niedersachsen	9,51	9,86	+0,35
Nordrhein-Westfalen	21,98	15,03	-6,95
Rheinland-Pfalz	4,72	3,71	-1,01
Saarland	1,05	1,65	+0,60
Sachsen	5,04	3,91	-1,13
Sachsen-Anhalt	2,59	2,00	-0,59
Schleswig-Holstein	3,32	4,08	+0,76
Thüringen	2,54	2,29	-0,25

Quellen: eigene Darstellung nach Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder sowie eigener Erhebung

7.2 Häufigste Leistungen

Insgesamt wurden für die Grundgesamtheit in den zwei untersuchten Jahrgängen 676.104 Einzelleistungen auf 44.421 Abrechnungsbelegen von Hebammen bei der GEK eingereicht. Es ergeben sich dabei im Median neun Leistungen pro Beleg und ein Interquartilsabstand von 16. Pro Leistungsversicherter wurden durchschnittlich drei Belege zur Abrechnung eingereicht.

Abbildung 4 zeigt, wie sich die Leistungen auf die sieben Leistungsgruppen des Positionsnummernverzeichnisses verteilen. Mit 29,0% aller Leistungen wurden am häufigsten Leistungen des Wochenbetts abgerechnet. Wegegeld und Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung machen je rund ein Viertel der Leistungen aus. Der Anteil geburtshilflicher Leistungen beträgt lediglich 0,65%. Die geringe Zahl geburtshilflicher Leistungen lässt sich vor allem dadurch erklären, dass die meisten Positionen

dieser Kategorie nur einmal pro Fall abgerechnet werden können. Der Anteil der Leistungen aus der Gruppe der Arzneimittel beträgt lediglich 1,1% aller Abrechnungspositionen. Die sonstigen Leistungen machen die restlichen 10,0% der Leistungen aus.

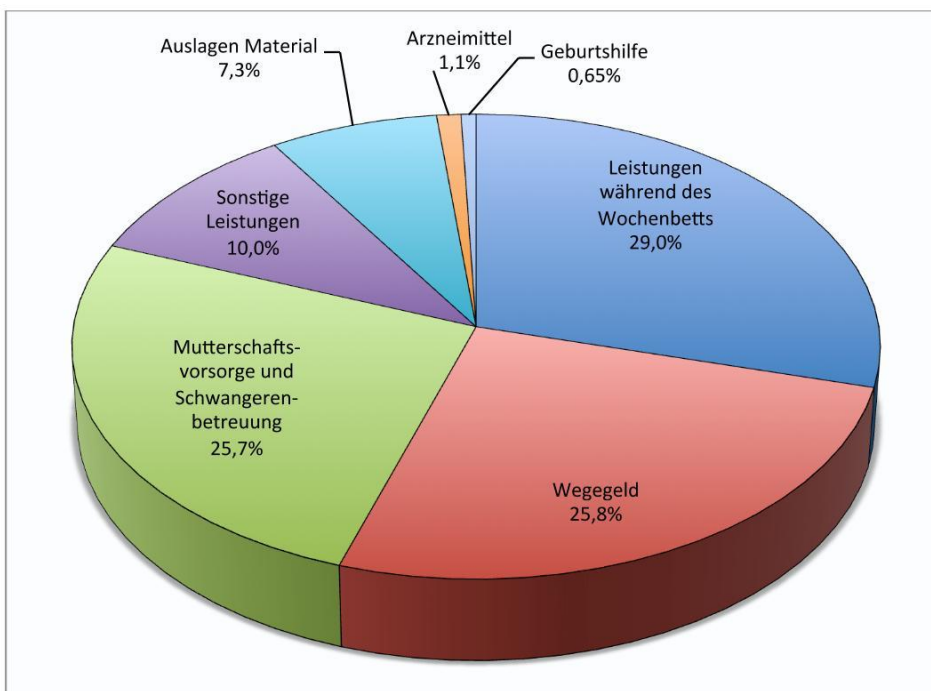


Abbildung 4: Abgerechnete Leistungen nach Leistungsgruppen
Quelle: eigene Darstellung

Die häufigste Einzelleistung der insgesamt 676.104 abgerechneten Leistungen ist mit einem Anteil von 15,8% der Hausbesuch nach der Geburt. Zweit- und dritthäufigste Leistungen sind Wegegeldleistungen mit 12,1% und 10,3%. Weitere 8,1% der Leistungen entfallen auf die Rückbildungsgymnastik und 7,2% auf Geburtsvorbereitung, jeweils in der Gruppe. Tabelle 3 zeigt die zehn am häufigsten abgerechneten Leistungen. Eine Aufstellung aller Leistungen findet sich in Tabelle 10 im Anhang.

Tabelle 3: Die zehn häufigsten Einzelleistungen

APN	Bezeichnung	Häufigkeit	Anteil in %
180	Hausbesuch nach der Geburt	106.736	15,8
321	anteiliges Wegegeld, Einzel-km bei Entfernung >2km bei Tag	81.896	12,1
320	Einzel-km bei Entfernung >2km bei Tag	69.579	10,3
270	Rückbildungsgymnastik (Gruppe)	54.946	8,1
070	Geburtsvorbereitung (Gruppe)	48.603	7,2
050	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen	36.148	5,4
230	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium	34.494	5,1
010	Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium	28.089	4,2
060	Kardiotokographische Überwachung	25.575	3,8
350	Materialpauschale für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen	23.648	3,5

Quelle: eigene Darstellung

7.3 Inanspruchnahme von Hebammenhilfe

Von den im Jahr 2008 erfassten 18.104 schwangeren GEK-Versicherten nahmen in den Jahren 2008 und 2009 81,3% (n=14.711) Leistungen der Hebammenhilfe auf Kosten der GEK in Anspruch.

Frauen, die Hebammenhilfe in Anspruch nehmen, sind im Durchschnitt 30,3 Jahre alt und damit nur 0,4 Jahre älter als Frauen, die keine Hebammenhilfe nutzen. Betrachtet man die Inanspruchnahmerate nach Alter (Abbildung 5), so wird erkennbar, dass die Inanspruchnahme dennoch mit dem Alter korreliert. Bei jungen Frauen unter 25 Jahre und Frauen ab 40 Jahre liegt der Anteil der Nicht-Nutzerinnen mit 29,6% bzw. 34,2% etwa doppelt so hoch wie in den mittleren Altersklassen. Bei den Frauen zwischen 25 und 34 Jahren beträgt der Anteil der Nicht-Nutzerinnen nur 14,7%.

71,5% der Frauen erhalten alle Leistungen von nur einer Hebamme oder Hebammengemeinschaft, weitere 21,3% von zwei und 5,4% von drei verschiedenen Hebammen bzw. -gemeinschaften.

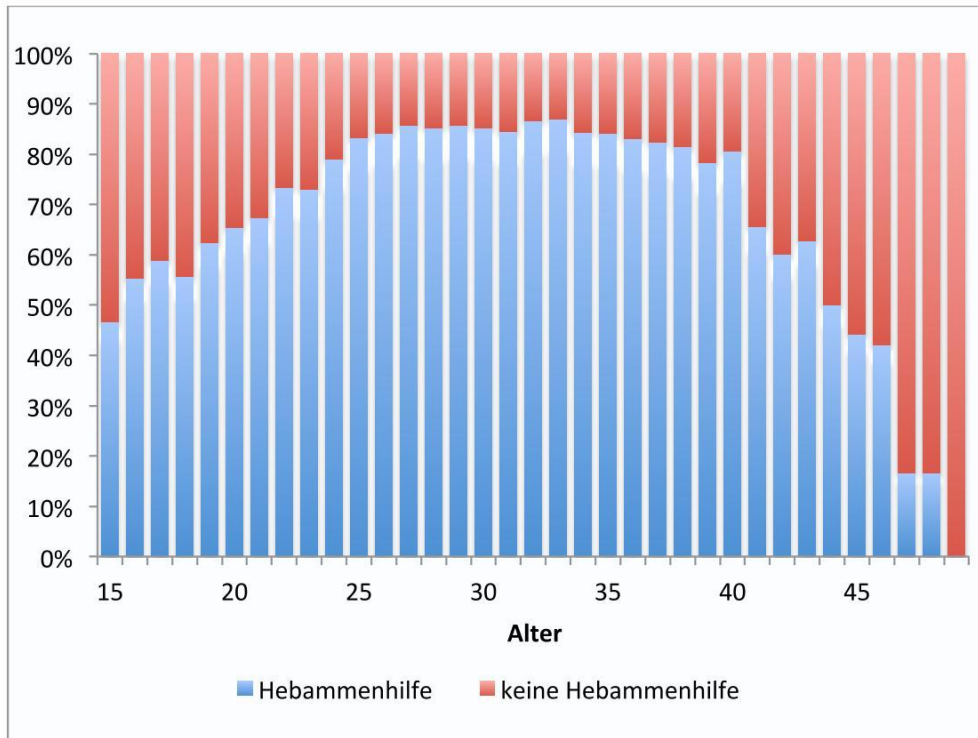


Abbildung 5: Inanspruchnahme von Hebammenhilfe nach Alter
 Quelle: eigene Darstellung

7.4 Inanspruchnahme nach Leistungsgruppen

Die nachgeburtliche Betreuung bei der Wöchnerin zu Hause steht an erster Stelle der Hebammenleistungen und wird von einem Großteil der Frauen in Anspruch genommen. Am häufigsten werden Leistungen aus der Gruppe E (Wegegeld) und C (Leistungen während des Wochenbetts) genutzt: 95,0% beziehungsweise 94,9% der Leistungsversicherten nutzen mindestens eine Leistung dieser Gruppe. Bezogen auf die Grundgesamtheit nehmen je gut drei Viertel der Frauen Wegegeld- und Wochenbettleistungen in Anspruch. Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die jeweiligen Inanspruchnahmeraten der Leistungsgruppen.

Bei 91,2% der Leistungsversicherten oder knapp drei Viertel aller Frauen werden Leistungen der Gruppe F (Auslagen Material) abgerechnet.

Die überwiegende Zahl der Frauen nutzt bereits während der Schwangerschaft das Angebot der Hebammen. Leistungen der Gruppe Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung nehmen 86,9% der

Leistungsversicherten in Anspruch. Betrachtet man hier die Inanspruchnahmerate aller Schwangeren, so wird ein Wert von 70,6% erreicht.

Tabelle 4: Inanspruchnahme der Leistungsgruppen

APN-Gruppe	Bezeichnung	Anzahl Nutzerinnen	Anteil an Schwangeren (n=18.104) in %	Anteil an LV (n=14.711) in %
A	Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung	12.780	70,6	86,9
B	Geburtshilfe	3.820	21,1	26,0
C	Leistungen während des Wochenbetts	13.955	77,1	94,9
D	Sonstige Leistungen	8.870	49,0	60,3
E	Wegegeld	13.976	77,2	95,0
F	Auslagen Material	13.417	74,1	91,2
G	Arzneimittel	2.807	15,5	19,1

Quelle: eigene Darstellung

60,3% der Leistungsversicherten erhalten Leistungen aus Gruppe D (Sonstige Leistungen). Diese umfassen unter anderem Rückbildungsgymnastik und Stillberatung. Bezogen auf die Grundgesamtheit aller Frauen erhält knapp die Hälfte Leistungen dieser Gruppe.

Gegenüber den anderen Leistungsgruppen fällt die Inanspruchnahme geburtshilflicher Leistungen durch freiberufliche Hebammen vergleichsweise gering aus. Gut ein Viertel der Leistungsversicherten nutzt Leistungen der Geburtshilfe der Gruppe B. Bezogen auf alle Frauen beträgt der Anteil etwa ein Fünftel.

Arzneimittel spielen in der Versorgung mit Hebammenleistungen eine eher untergeordnete Rolle. Bei 19,1% der Leistungsversicherten oder 15,5% aller Frauen werden Leistungen der Gruppe G (Einzelabrechnung Arzneimittel) berechnet.

7.5 Inanspruchnahme der Einzelleistungen

Betrachtet man die Einzelleistungen, ergibt sich ein differenzierteres Bild des Leistungsgeschehens. Die am häufigsten genutzte Einzelleistung¹⁴ ist mit 92,0% der Leistungsversicherten der Hausbesuch nach der Geburt. Bezogen auf alle Schwangeren nutzen

¹⁴ Wegen des geringen Informationswerts und für eine bessere Lesbarkeit bleiben die Wegegeldleistungen in der nachfolgenden Aufstellung unberücksichtigt.

drei Viertel (74,8%) der Leistungsberechtigten diese Leistung. Der entsprechende Zuschlag für den ersten Hausbesuch nach der Geburt stellt die zweithäufigste Einzelleistung dar und wird bei 90,5% der Leistungsversicherten oder 73,5% aller Frauen berechnet.

An dritter Stelle der am häufigsten genutzten Leistungen steht die Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium mit einer Inanspruchnahmerate von 65,5% der Leistungsversicherten. Bezogen auf alle Wöchnerinnen beträgt der Anteil der Nutzerinnen noch gut die Hälfte.

Weitere häufige Leistungen sind „Materialpauschale Wochenbettbetreuung mit Beginn später als 4 Tage nach Geburt“, Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen, Geburtsvorbereitung, Beratung der Schwangeren und Rückbildungsgymnastik. Je rund die Hälfte der Leistungsversicherten nutzt diese Leistungen. Bezogen auf alle Frauen befinden sich die Anteile der Nutzerinnen etwa zwischen 40 und 46%. Vorsorgeuntersuchungen bei der Hebamme nutzen nur 25,1% der Leistungsversicherten bzw. 20,4% aller Schwangeren. Damit steht diese Leistung erst an 11. Stelle.

Geburtshilfe im Krankenhaus wird von 23,7% der Leistungsversicherten bzw. 19,2% aller Leistungsberechtigten in Anspruch genommen, während Hausgeburtshilfe (vollendet und unvollendet) nur 1,1% der Leistungsversicherten (0,9% aller Frauen; n=173) in Anspruch nehmen. Geburtshilfe in hebammengeleiteten außerklinischen Einrichtungen (vollendet und unvollendet) nutzen nur 0,33% der Leistungsversicherten bzw. 0,27% der Frauen des untersuchten Kollektivs (n=48). Geburtshilfe in ärztlich geleiteten außerklinischen Einrichtungen stellt die absolute Ausnahme dar: bei nur drei Frauen wurde diese Leistung abgerechnet.

Weiterhin ist ein bemerkenswertes Ergebnis, dass lediglich 18,2% aller leistungsberechtigten Frauen im Krankenhaus bzw. in einer außerklinischen, ärztlich geleiteten Einrichtung im Wochenbett von Hebammen betreut werden („Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt“).

Tabelle 5 enthält die zwanzig am meisten genutzten Leistungen. Eine Aufstellung aller Leistungen findet sich in Tabelle 11 im Anhang.

Tabelle 5: Die zwanzig am häufigsten in Anspruch genommenen Leistungen

	Leistung (APN)	Anzahl Nutzerinnen	Anteil an Schwangeren (n=18.104) in %	Anteil an LV (n=14.711) in %
1	Hausbesuch nach der Geburt (180, 181)	13.533	74,8	92,0
2	Zuschlag zu der Gebühr nach Nummer 180 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt (190)	13.314	73,6	90,5
3	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium (230)	9.630	53,2	65,5
4	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen (050, 051)	8.195	45,3	55,7
5	Materialpauschale Wochenbettbetreuung, wenn Beginn >4 Tage nach Geburt (390)	8.172	45,2	55,6
6	Geburtsvorbereitung in der Gruppe (070)	8.055	44,5	54,8
7	Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium (010)	7.616	42,1	51,8
8	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (270)	7.301	40,3	49,6
9	Materialpauschale Hilfe bei Schw.-beschwerden oder Wehen (350)	5.618	31,0	38,2
10	Kardiotokographische Überwachung (060)	5.277	29,2	35,9
11	Materialpauschale Wochenbettbetreuung, wenn Beginn ≤4 Tage nach der Geburt (380)	4.811	26,6	32,7
12	Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt (020)	4.103	22,7	27,9
13	Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren (030)	3.685	20,3	25,1
14	Entnahme von Körpermaterial z. Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen (250)	3.587	19,8	24,4
15	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus (090, 091)	3.479	19,2	23,7
16	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium (290)	3.389	18,7	23,0
17	Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt (200, 201)	3.292	18,2	22,4
18	Materialpauschale für jede einzelne Vorsorgeuntersuchung (340)	3.197	17,7	21,7
19	Entnahme v. Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen (040)	2.989	16,5	20,3
20	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten o. Ernährungsproblemen des Säuglings (280, 281)	2.878	15,9	19,6

Quelle: eigene Darstellung

7.6 Leistungen pro Kopf

Die 14.704 Leistungsversicherten¹⁵ erhielten insgesamt 676.104 Einzelleistungen. Im Durchschnitt nimmt jede Leistungsversicherte damit 46,0 Leistungen von Hebammen in Anspruch. Dabei ist eine große Streuung in der individuellen Leistungsmenge erkennbar (Standardabweichung 29,0). Tabelle 6 zeigt, aus welchen Leistungen sich die durchschnittlich 46 Pro-Kopf-Leistungen zusammensetzen.

Tabelle 6: Durchschnittliches Inanspruchnahme-Profil einer Leistungsversicherten

Leistung	Leistungen pro LV (n=14.711)
Wegegeld	11,8
Hausbesuch nach der Geburt	8,5
Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe	3,7
Auslagen für Material	3,3
Geburtsvorbereitung in der Gruppe	3,3
Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen	3,1
Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium	2,3
Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium	1,9
Kardiotokographische Überwachung	1,7
Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren	0,9
Zuschlag zu der Gebühr nach Nummer 180 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt	0,9
Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt	0,8
Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen	0,5
Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium	0,5
Arzneimittel	0,5
Andere Leistungen	1,9
Gesamt	46,0

Quelle: eigene Darstellung

Jede Leistungsversicherte hat während der Betreuung durchschnittlich 22,5 Eins-zu-eins-Kontakte mit ihrer Hebamme.

¹⁵ Die Differenz zu den vorher mit 14.711 bezifferten Leistungsversicherten erklärt sich folgendermaßen: beim Zählen der Leistungen wurden die Positionen, die bei der Variable „Betrag“ die Ausprägung 0 aufwiesen, ausgeschlossen. Bei diesen Leistungspositionen handelt es sich um wieder eingereichte Belege. Die doppelte Zählung von Leistungen kann mit deren Ausschluss vermieden werden. Bei der Inanspruchnahmerate wurden die genannten Leistungen hingegen eingeschlossen.

Die Anzahl der Pro-Kopf-Leistungen korreliert mit der Form der geburtshilflichen Betreuung. Die 377 Frauen, die Leistungen der außerklinischen Geburtshilfe in Anspruch genommen haben (vollendete und unvollendete Geburten), weisen durchschnittlich 88,0 Hebammenleistungen bzw. 39,2 Hebammenkontakte auf. Damit liegen die Werte rund doppelt so hoch wie der Durchschnittswert für alle Leistungsversicherten.

7.7 Regionale Verteilung

Die Inanspruchnahme ist je nach KV-Region unterschiedlich hoch. In den KVen Saarland, Schleswig-Holstein, Bayerns und Niedersachsen werden mehr Leistungen pro Leistungsversicherter gezählt als im GEK-Durchschnitt. Besonders hoch, nämlich um rund ein Drittel höher als der GEK-Durchschnitt, ist die Anzahl der Leistungen mit durchschnittlich 61,0 pro Leistungsversicherter im Saarland. Bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass die Erhöhung vor allem auf mehr Leistungen während der Schwangerschaft zurückgeführt werden kann. Deren Durchschnittszahl ist mit 21,5 Leistungen um 58% höher als der Bundesdurchschnitt von 13,6. Betrachtet man die Einzelleistungen während der Schwangerschaft, dann fällt ins Auge, dass im Saarland vor allem deutlich mehr CTG-Untersuchungen von Hebammen durchgeführt werden. Während im Bundesdurchschnitt 1,4 CTG-Untersuchungen pro Frau abgerechnet werden, sind es im Saarland 3,6 pro Frau.

Eine deutlich unterdurchschnittliche Anzahl an Leistungen erhalten die Leistungsversicherten in den KVen Nordrhein, Hamburg, Brandenburg, Baden-Württemberg und Bremen. Tabelle 7 enthält die durchschnittliche Anzahl der Leistungen und Hebammenkontakte aller KV-Regionen.

Tabelle 7: Anzahl der Hebammenleistungen und -Kontakte nach KV-Region

KV	Leistungen pro LV	Differenz zum Durchschnitt	Kontakte pro LV	Differenz zum Durchschnitt
Saarland	61,1	+15,1	26,9	+4,4
Schleswig-Holstein	52,4	+6,4	25,3	+2,8
Bayerns	51,5	+5,5	25,3	+2,8
Niedersachsen	49,9	+3,9	24,2	+1,7
Berlin	47,4	+1,4	23,1	+0,6
Thüringen	45,6	-0,4	23,4	+0,9
Sachsen	45,1	-0,9	21,8	-0,7
Hessen	45,1	-0,9	22,2	-0,3
Westfalen-Lippe	44,9	-1,1	21,8	-0,7
Mecklenburg-Vorpommern	44,9	-1,1	22,5	0
Rheinland-Pfalz	44,9	-1,1	20,8	-1,7
Nordrhein	43,0	-3,0	21,1	-1,4
Sachsen-Anhalt	42,9	-3,1	20,9	-1,6
Hamburg	41,5	-4,5	21,1	-1,4
Brandenburg	41,2	-4,8	19,8	-2,7
Baden-Württemberg	40,0	-6,0	20,0	-2,5
Bremen	39,0	-7,0	19,2	-3,3
Gesamtdurchschnitt	46,0		22,5	

Quelle: eigene Darstellung

Um einen Zusammenhang der Inanspruchnahme von Hebammenhilfe mit geburtshilflichen Interventionen zu prüfen, wurden die durchschnittlichen Kaiserschnittraten der Bundesländer¹⁶ aus der amtlichen Statistik herangezogen. Dabei zeigt sich ein positiver statistischer Zusammenhang zwischen Kaiserschnittrate und Anzahl der Hebammenleistungen (Pearson's $r=0,53$). Die Korrelation der Kaiserschnittrate mit der Anzahl der Leistungen während der Schwangerschaft bzw. während der Wochenbettperiode fällt etwas schwächer aus (Pearson's $r=0,44$ bzw. $0,30$) (siehe Tabelle 8).

¹⁶ Die KV-Regionen entsprechen den Bundesländern, mit einer Ausnahme: in Nordrhein-Westfalen gibt es die zwei KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Beim Vergleich mit Zahlen der Bundesländer wurden diese KV-Regionen zusammengefasst.

Tabelle 8: Kaiserschnittraten und Anzahl der Hebammenleistungen nach Bundesland

Bundesland	Kaiserschnitt- rate (2009)	Leistungen pro LV in der		
		gesamt	Schwangerschaft	im Wochenbett
Baden-Württemberg	32,7	40,0	11,3	12,5
Bayern	33,1	51,5	16,9	14,6
Berlin	26,6	47,4	11,8	15,9
Brandenburg	26,3	41,3	11,1	13,2
Bremen	31,3	39,0	9,8	13,2
Hamburg	28,0	41,3	9,3	15,5
Hessen	34,0	45,1	12,5	14,6
Mecklenburg- Vorpommern	27,9	44,9	13,1	13,3
Niedersachsen	32,3	49,9	14,2	15,2
Nordrhein-Westfalen	32,5	44,0	12,8	14,1
Rheinland-Pfalz	32,6	44,9	13,9	13,3
Saarland	38,4	61,1	21,5	14,9
Sachsen	22,6	45,1	14,3	12,6
Sachsen-Anhalt	26,0	42,9	13,9	13,2
Schleswig-Holstein	32,8	52,4	15,7	15,5
Thüringen	26,1	45,6	15,2	14,0
gesamt	31,3	46,0	13,6	14,1
Korr.-koeffizient (Pearson's r)		0,53	0,44	0,30

Quellen: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt und eigener Erhebung

7.8 Geburtshilfe durch freiberufliche Hebammen

Die Anzahl der Hebammen und Hebammengemeinschaften¹⁷, die in diesem Zeitraum Leistungen für GEK-versicherte Frauen erbracht haben, beträgt 9.937. Nimmt man die Gesamtzahl von 14.534 mit der GKV abrechnenden Hebammen und Hebammengemeinschaften (Albrecht et al., 2012) als Berechnungsgrundlage, dann beinhaltet die vorliegende Datenanalyse Leistungsdaten von rund 68% der Hebammen.

Abbildung 6 zeigt den Anteil der geburtshilflich tätigen Hebammen. Von den Hebammen, die Teil dieser Untersuchung waren, rechnet ein relativ kleiner Anteil (17,1%) geburtshilfliche Tätigkeiten ab, davon überwiegend im stationären Bereich. Außerklinische Geburtshilfe

¹⁷ Hinter der Kennziffer des abrechnenden Leistungserbringers kann sowohl eine einzelne freiberufliche Hebamme als auch eine Hebammengemeinschaft verborgen sein.

leisteten lediglich 3,3% (n=329) der Hebammen und Hebammengemeinschaften.

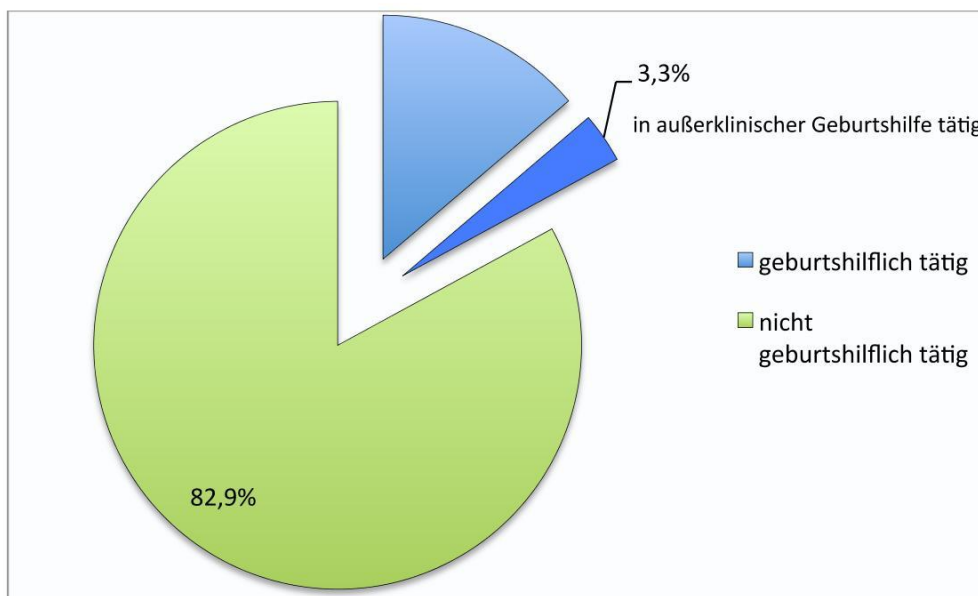


Abbildung 6: Geburtshilfe durch freiberufliche Hebammen (n=9.937)
Quelle: eigene Darstellung

Wie in Abbildung 7 dargestellt, nimmt ein Fünftel (20,5%, n=3.706) des untersuchten Kollektivs der schwangeren Frauen geburtshilfliche Leistungen durch freiberufliche Hebammen in Anspruch. Auch dies geschieht überwiegend im Krankenhaus: 94,0% (n=3.482) der Frauen, die mithilfe einer freiberuflichen Hebamme entbinden, tun dies im Krankenhaus, 4,7% (n=173) zu Hause, 1,3% (n=48) in hebammengeleiteten außerklinischen Einrichtungen und 0,08% (n=3) in ärztlich geleiteten außerklinischen Einrichtungen.

Nur 2,1% aller Schwangeren (n=377) nehmen Leistungen der außerklinischen Geburtshilfe in Anspruch. Außerklinisch beendete Geburten werden bei lediglich 1,1% der Frauen abgerechnet.

Auch die Verteilung der 4.404 geburtshilflichen Leistungen auf die Einsatzorte spiegelt die Dominanz der klinischen Geburtshilfe wider: 81,0% der geburtshilflichen Leistungen können der klinischen Geburtshilfe zugeordnet werden, 4,3% der Hausgeburtshilfe und

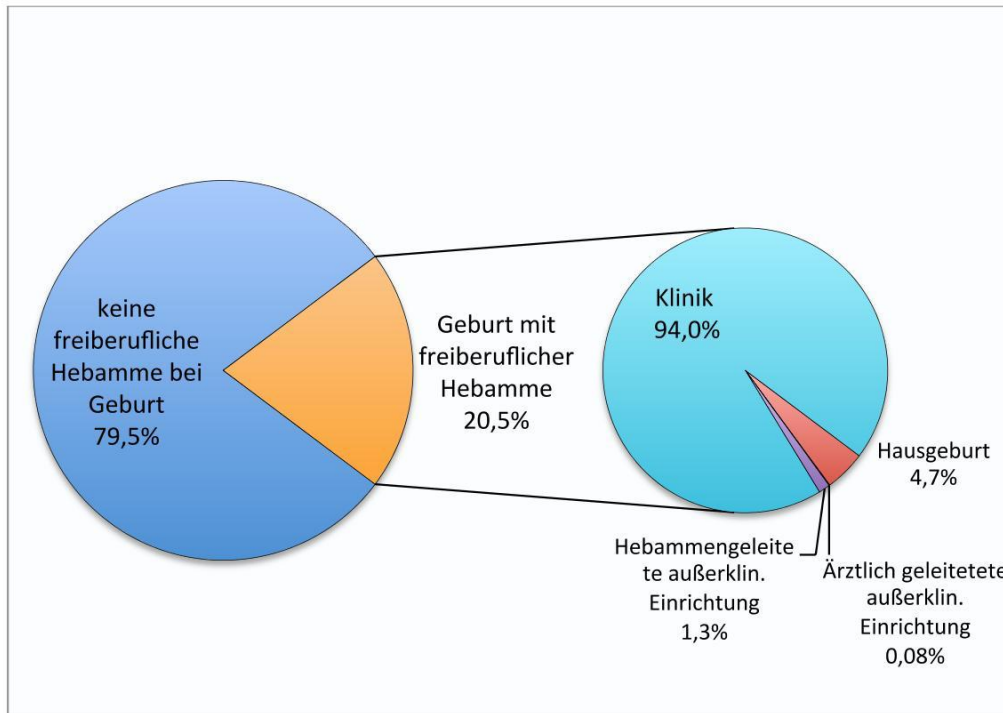


Abbildung 7: Inanspruchnahme von Geburtshilfe durch freiberufliche Hebammen (n=18.104)
Quelle: eigene Darstellung

1,3% der Geburtshilfe in außerklinischen Einrichtungen. Leistungen von Zweithebammen¹⁸ machen 6,9% der Geburtshilfeleistungen aus. Weitere 6,6% der geburtshilflichen Leistungen können keinem Einsatzort zugeordnet werden, da sie ortsunabhängig vergütet werden, zum Beispiel die Versorgung von Schnitt- und Rissverletzungen unter der Geburt.

7.9 Ausgaben für Hebammenhilfe in der GEK

Die Gesamtkosten für Hebammenhilfe der GEK¹⁹ beliefen sich im Jahr 2008 auf 8,63 Mio. €, im Jahr 2009 auf 9,46 Mio. € (+9,6%). Das entspricht rund 0,26% des Gesamtvolumens der GEK-Ausgaben von 3,57 Mrd. € (Sauer, Kemper, Kaboth, & Glaeske, 2010). Die GEK wendete im Jahr 2009 damit relativ gesehen ungefähr genauso viel für Hebammenhilfe auf wie die GKV (0,25%). Die Steigerungsrate von

¹⁸ Leistungen von Zweithebammen können laut damals gültiger Vergütungsvereinbarung nur bei außerklinischen Geburten abgerechnet werden.

¹⁹ Dies bezieht sich nicht nur auf das Untersuchungskollektiv, sondern gibt die jährlichen Gesamtausgaben für Hebammenhilfe an.

9,6% entspricht in etwa der Steigerungsrate der Gesamtkosten der GEK in diesem Zeitraum (9,8%; Sauer et al., 2010). Im Vergleich zur GKV wuchsen die GEK-Ausgaben für Hebammenhilfe von 2008 auf 2009 weniger stark (+16,5% gegenüber +9,6%).

Für das beobachtete Kollektiv der Frauen mit Schwangerschaftsdiagnose im Jahr 2008 betragen die Gesamtkosten über den Beobachtungszeitraum von zwei Jahren 10,5 Mio. €. Pro Leistungsversicherter entstanden damit im Zweijahreszeitraum Ausgaben von 716 €, pro leistungsberechtigter Frau 582 €. Im Vergleich dazu belaufen sich die PKV-Ausgaben pro Leistungsversicherter im Jahr 2009 auf 1.188 € (Albrecht et al., 2012). Der um den Faktor 1,66 höhere Pro-Kopf-Betrag der privat versicherten Frauen gegenüber den GEK-Versicherten erklärt sich dadurch, dass bei ihnen das 1,8- bis 2-fache der GKV-Gebühren berechnet werden kann (siehe Kapitel 3.7).

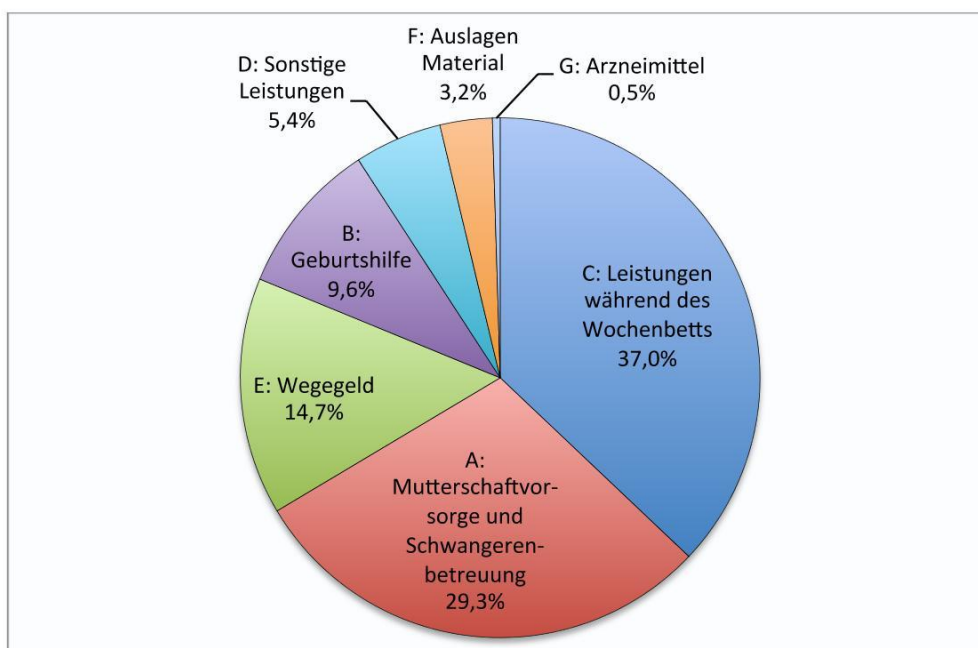


Abbildung 8: Verteilung der Kosten für Hebammenhilfe auf die Leistungsbereiche
Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 8 veranschaulicht die Verteilung der Kosten auf die Leistungsgruppen. Der größte Anteil der Kosten entfällt mit 37,0% auf die Leistungen im Wochenbett. Mit 29,3% den zweitgrößten Anteil machen Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und

Schwangerenbetreuung aus. Weitere 14,7% der Ausgaben entfallen auf Wegegeld und 9,6% auf geburtshilfliche Leistungen. Sonstige Leistungen der Gruppe D, die unter anderem Rückbildungsgymnastik und Stillberatung enthalten, verursachen 5,4% der Kosten. Auf Materialpauschalen entfallen 3,2% und auf Arzneimittel 0,5%.

Eine Einordnung der Größenordnung der Hebammenhilfe-Ausgaben innerhalb der GKV wurde bereits im Kapitel 3.8 unternommen. Um das Niveau der Pro-Kopf-Kosten einschätzen zu können, können diese in Relation zu den Kosten einer Krankenhausgeburt gesetzt werden. Zwar gibt es über die durchschnittlichen Kosten einer Geburt keine statistischen Angaben. Einen näherungsweisen Wert der Krankenhauskosten pro Geburt von 2.750 € kann errechnet werden, indem die GKV-Kosten für stationäre Entbindungen auf die Zahl der Krankenhaus-Geburten (668.950; Albrecht et al., 2012) bezogen wird. Damit sind allein die Kosten der Geburt im Krankenhaus schätzungsweise fast vier mal höher als die der Hebammenhilfe pro Leistungsversicherter. In Tabelle 9 ist außerdem beispielhaft für ausgewählte Geburtsmodi die Fallpauschalen-Vergütung dargestellt.

Tabelle 9: Vergütung von Geburten nach DRG (Durchschnittswerte)

Bezeichnung	Bewertungsrelation ohne Beleghebamme		Bewertungsrelation mit Beleghebamme	
		Vergütung		Vergütung
Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer >33 SSW, ohne komplexe Diagnose	0,932	2.642,22 €	0,832	2.358,72 €
Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose	0,652	1.848,42 €	0,501	1.420,34 €
Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	0,568	1.610,28 €	0,428	1.213,38 €

Quelle: eigene Darstellung nach DKG und AOK-Bundesverband

8 Diskussion

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit 81,3% ein Großteil der GEK-versicherten Frauen in der generativen Lebensphase Leistungen der gesetzlichen Hebammenhilfe in Anspruch nimmt. Dies zeigt, dass ein Großteil der Adressatinnen grundsätzlich erreicht wird, der limitierten politischen Durchsetzungskraft, der Dominanz der Medizin und des als mangelhaft beschriebenen Informationsstands der Nutzerinnen hinsichtlich des Versorgungsangebots der Hebammen zum Trotz.

Die nachgeburtliche Betreuung steht deutlich im Vordergrund: mit einem Anteil von 77,1% nutzt ein überwiegender Teil der leistungsberechtigten Frauen Leistungen während des Wochenbettes. Auch bereits während der Schwangerschaft nutzt mit 70,6% der überwiegende Teil der Frauen das Angebot der Hebammen. Die aufsuchende Tätigkeit spielt in der Versorgung eine große Rolle. Hebammen kommen zu 95% der betreuten Frauen nach Hause, und die Wochenbettbetreuung findet nahezu ausschließlich im häuslichen Umfeld statt.

Auch wenn die Inanspruchnahme von Leistungen während der Schwangerschaft insgesamt relativ hoch ist, nehmen mit einem Fünftel vergleichsweise wenige Frauen die Möglichkeit wahr, die Schwangerenvorsorge von Hebammen vornehmen zu lassen. Auch die Hebammengeburtshilfe spielt quantitativ eine untergeordnete Rolle. Die geringe Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge durch Hebammen weist darauf hin, dass diese Berufsgruppe entgegen der WHO-Empfehlung nicht die vorrangigen Betreuungspersonen stellt, zumindest nicht in der Zeit vor der Geburt. Hebammen sind jedoch die einzigen professionellen Betreuerinnen, die für *alle* Abschnitte der generativen Phase zuständig und qualifiziert sind (siehe Kap. 3.5). Die Ergebnisse deuten also darauf hin, dass eine umfassende, kontinuierliche Betreuung „aus einer Hand“ über alle Abschnitte der generativen Lebensphase hinweg wohl nur wenige Frauen erhalten.

Ein weiteres beachtenswertes Ergebnis ist der mit 18,2% relativ geringe Anteil Frauen, die nach der Geburt noch während des stationären

Aufenthalts von Hebammen betreut werden. Die in Kapitel 3.9.1 beschriebene Betreuungslücke im Frühwochenbett während des stationären Aufenthalts betrifft also den überwiegenden Teil der Wöchnerinnen.

Bezüglich der Verteilung der Leistungen auf die Leistungsbereiche gibt es gewisse Unterschiede zwischen den Ergebnissen dieser Arbeit und denen der IGES-Studie. Wochenbettleistungen werden hier etwas häufiger abgerechnet als Leistungen in der Schwangerschaft, während es sich bei der IGES-Studie umgekehrt verhält (Albrecht et al., 2012). Warum es zu unterschiedlichen Ergebnissen kommt, ist unklar. Die Zahlen entziehen sich einem direkten Vergleich, da die Daten auf einer unterschiedlichen Population, einem anderen Zeitraum, unterschiedlichen Vergütungsvereinbarungen mit verändertem Leistungskatalog sowie abweichender Berechnungsmethode (z.B. bezüglich der Wegegeldleistungen) beruhen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen gewisse Einschränkungen berücksichtigt werden. So muss bei der Analyse von Krankenkassendaten immer ein gewisses Risiko von Kodierfehlern bei den Diagnosen bedacht werden. Von diesem generell bestehenden Risiko einmal abgesehen, ist die Validität der Schwangerschaftsdiagnosen der ambulanten Daten als hoch einzuschätzen. Die in Deutschland stark institutionalisierte, engmaschige ärztliche Betreuung fast aller Schwangeren unabhängig vom Risikostatus erweist sich für diese Auswertung als Vorteil, da sie eine nahezu vollständige Erfassung der schwangeren Frauen über die ambulanten Diagnosedaten ermöglicht. Dennoch darf nicht vergessen werden, dass die Frauen, die während der Schwangerschaft keinen Arzt oder keine Ärztin kontaktiert haben, hier nicht erfasst wurden. Der Anteil der GEK-Versicherten, die im Jahr 2008 gar keinen Arzt/keine Ärztin aufsuchten, lag allerdings bei unter 8% (Grobe, Dörning, & Schwartz, 2008). Es ist zu vermuten, dass dieser Anteil bei schwangeren Frauen noch deutlich darunter liegt.

Bezüglich der Fehlgeburtsdiagnosen bestehen gewisse Zweifel an der Validität und Vollständigkeit. Wie in Kapitel 6.4 beschrieben, bilden die

dokumentierten Fehlgeburten möglicherweise nur die „Spitze des Eisbergs“ ab. Letztlich bleibt eine gewisse Unsicherheit, inwieweit der vollständige Ausschluss von Fehlgeburten aus der Grundgesamtheit gelungen ist. Die Anzahl der Schwangeren könnte daher tendenziell überschätzt, die Inanspruchnahme damit tendenziell unterschätzt werden.

Im Durchschnitt nutzt jede Leistungsversicherte 46,0 einzelne Hebammenleistungen bei 22,5 Hebammenkontakten. Zwar lassen die Daten keine Aussage über die Qualität der Beziehung zwischen Hebamme und Frau zu, die hohe Anzahl der Kontakte und der große Anteil der beratenden Leistungen lässt jedoch auf eine sehr intensive und persönliche Form der Betreuung schließen – mit einem vermutlich hohen Anteil so genannter „sprechender Medizin“, an der es in der ärztlichen Betreuung oft mangelt (siehe Kap. 2.2.1).

Wie bereits beschrieben war die exakte zeitliche Eingrenzung des Zeitraums der Leistungsberechtigung nicht möglich, da die Diagnosedaten keine Information über die Geburt als wichtigsten Referenzzeitpunkt liefern. Daher besteht ein gewisses Risiko, dass nicht der gesamte Zeitraum des Leistungsanspruchs bzw. der Inanspruchnahme vom Untersuchungszeitraum abgedeckt wird. Die Zahl der genutzten Leistungen könnte daher unterschätzt werden. Das Risiko, dass eine Frau fälschlicherweise zu den Nicht-Nutzerinnen gezählt wird, weil die gesamte Inanspruchnahme von Hebammenleistungen außerhalb des Beobachtungszeitraums lag, ist durch den relativ langen Beobachtungszeitraum von mindestens einem Jahr nach der letzten Schwangerschaftsdiagnose nahezu ausgeschlossen.

Wie bei jeder Analyse von Krankenkassenabrechnungsdaten können nur diejenigen Leistungen gezählt werden, die zulasten der GKV abgerechnet werden. Welchen Anteil Selbstzahlerleistungen an der Versorgung haben, ist nicht bekannt. Die Inanspruchnahme solcher Leistungen kann hier naturgemäß nicht erfasst werden, was tendenziell zu einer Unterschätzung der in Anspruch genommenen Leistungen führen kann.

Die Kostenanalyse der Hebammenhilfe zeigt Ausgaben von durchschnittlich 716 € pro Leistungsversicherter. Die Hebammenhilfe ist damit ein relativ kostengünstiger Leistungsbereich für eine betreuungsintensive Gesundheitsleistung. In Relation zu anderen medizinischen Leistungen in der generativen Lebensphase, wie zum Beispiel der stationären Versorgung bei der Geburt, entstehen der GEK durch die ambulante Hebammenhilfe nur vergleichsweise geringe Kosten. Kosten durch private Zahlungen können hier naturgemäß nicht ermittelt werden. Wie oft zusätzliche Gebühren zum Beispiel in Form von Bereitschaftspauschalen erhoben werden, ist nicht bekannt. Potenziell betrifft dies alle Frauen mit individueller Geburtsbegleitung durch eine freiberufliche Hebamme, also rund ein Fünftel des untersuchten Kollektivs.

Ein bemerkenswertes Ergebnis sind die deutlichen regionalen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Hebammenleistungen. Die KV-Regionen mit den höchsten Inanspruchnahmeraten sind Thüringen, Schleswig-Holstein und Bayern. Sie weisen jeweils Anteile von nur 12 bis 13% Nicht-Nutzerinnen auf. In den drei Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin finden sich dagegen mit je rund 30% die größten Anteile an Frauen, die gar keine Hebammenhilfe in Anspruch nehmen. Eine nahe liegende Erklärung ist der in Großstädten größere Anteil von sozial benachteiligten Frauen. Die geringere Inanspruchnahmerate könnte also auf unterversorgte Bevölkerungsgruppen hinweisen.

Darüber hinaus gibt es unter den Nutzerinnen der Hebammenhilfe regionale Differenzen in der Anzahl der Leistungen. So werden in der KV Saarland, die Region mit den meisten Hebammenleistungen, über 50% mehr Hebammenleistungen für jede Leistungsversicherte abgerechnet als in Bremen, der KV mit der geringsten Anzahl an Leistungen.

Über die Ursachen der Unterschiede kann hier keine abschließende Aussage gemacht werden. Der statistische Zusammenhang zwischen Kaiserschnittraten und der Anzahl der Hebammenleistungen weist darauf hin, dass es gewisse Wechselwirkungen zwischen den

Bedingungen in der geburtshilflichen Versorgung und der Inanspruchnahme von Hebammenhilfe geben kann. Ein höherer Betreuungsbedarf nach einem Kaiserschnitt wäre eine plausible Erklärung. Das Beispiel Saarland mit einer hohen Zahl an Betreuungsleistung bereits während der Schwangerschaft weist jedoch auch in eine andere Richtung: so könnte eine verstärkte Überwachung während der Schwangerschaft, auch durch Hebammen, zu einer höheren Zahl verdächtiger Befunde und damit zur höheren Kaiserschnitttrate beitragen. Ein Indiz dafür ist die im Saarland auffallend hohe Zahl an CTG-Untersuchungen, wobei natürlich hier nur die von Hebammen durchgeführten CTG-Untersuchungen erscheinen. Denkbar wäre auch eine verstärkte Hebammenbetreuung von Schwangeren, denen Geburtskomplikationen drohen oder bei denen ein Kaiserschnitt geplant ist. Bei diesen Interpretationsversuchen muss jedoch die Einschränkung bedacht werden, dass die Informationen über Kaiserschnitte nicht auf individueller Ebene vorliegen und daher die Gefahr des ökologischen Trugschlusses besteht. Wir wissen also nicht, ob diejenigen Frauen mit Kaiserschnitt tatsächlich diejenigen sind, die mehr Hebammenleistungen in Anspruch genommen haben.

Das Beispiel Saarland bietet noch einen weiteren Erklärungsansatz für die großen regionalen Differenzen. Hier findet sich die niedrigste Geburtenziffer aller Bundesländer, und der Geburtenrückgang ist größer als in allen anderen Bundesländern im alten Bundesgebiet (Albrecht et al., 2012). Eine Mengenausweitung sowohl der ambulanten Hebammenleistungen als auch der stationären Geburtshilfeleistungen könnte die Reaktion der Leistungserbringer widerspiegeln, trotz verringerter Nachfrage für die Auslastung vorhandener Kapazitäten zu sorgen.

Regional unterschiedliche geburtshilfliche Interventionsraten allein reichen jedoch nicht aus, um die Differenzen in der Nutzung von Hebammenhilfe zu erklären. Auch Unterschiede bezüglich Mortalität oder Bevölkerungsmerkmalen bieten keine hinreichende Erklärung, so dass als Erklärung eine regionale Über- bzw. Unterversorgung erwogen

werden muss. Die IGES-Studie deckt auf, dass die Hebammenzahl pro Lebendgeburten, die von den AutorInnen als *nachfrageadjustiertes Angebot der Hebammenhilfe* bezeichnet wird, eine breite regionale Streuung aufweist (Albrecht et al., 2012). Ein Über- bzw. Unterangebot an Hebammenleistungen könnte die Folge sein. Ein systematischer Vergleich der hier erhobenen Inanspruchnahme mit dem vom IGES ermittelten nachfrageadjustierten Angebot der Hebammenhilfe ist zwar nicht möglich, da dort andere regionale Einheiten als in der hier vorliegenden Arbeit verwendet wurden. In den Regionen, wo die in der IGES-Studie verwendeten Postleitzahlgebiete mit den KV-Regionen nahezu deckungsgleich sind, nämlich im Saarland, in Hamburg und in Berlin, deutet sich allerdings tatsächlich ein positiver Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme und Hebammendichte an. Dies könnte entweder auf angebotsinduzierte Nachfrage, oder aber auf einen tatsächlichen Hebammenmangel hinweisen.

Ein weiteres erklärungsbedürftiges Ergebnis ist die Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme. Dies kann entweder auf einen unterschiedlichen Betreuungsbedarf der Altersgruppen zurückgeführt werden, oder aber einen Hinweis auf Unterversorgung geben. Während man bei älteren Frauen, die mit höherer Wahrscheinlichkeit bereits Kinder haben, einen dadurch geringeren (subjektiven oder objektiven) Betreuungsbedarf vermuten darf, könnte die geringe Inanspruchnahme der jüngeren Frauen tatsächlich auf ein Versorgungsdefizit hinweisen. Wie bereits beschrieben weisen junge Mütter auch häufiger sozioökonomische Probleme auf. Dieses Ergebnis könnte also ein bereits bekanntes Problem, die mangelhafte medizinische Versorgung von Müttern in sozialen Problemlagen (siehe Kap. 2.2.1) illustrieren. Als alternative Erklärung wäre es jedoch auch denkbar, dass jüngere Frauen noch stärker in ihre Familien eingebunden sind, mehr auf familiäre Unterstützung zurückgreifen können und daher weniger professionellen Betreuungsbedarf sehen. Allerdings soll an dieser Stelle daran erinnert werden, dass hier nur GKV-Leistungen betrachtet wurden. Die Inanspruchnahme von Leistungen der Familienhebammen, deren

Angebot sich speziell an sozial belastete Frauen richtet, wurde nicht erfasst. Manche Frauen könnten daher als „unversorgt“ kategorisiert sein, obwohl sie vergleichbare Leistungen durch Familienhebammen erhalten. Die Möglichkeit, dass es an zielgruppenspezifischen Versorgungsangeboten für sehr junge Mütter, aber auch für ältere mit oder ohne weitere Kinder mangelt, ist dennoch nicht auszuschließen.

9 Schlussfolgerung

Mit dieser Arbeit liegen erstmals bundesweite Daten zur individuellen Inanspruchnahme von Hebammenleistungen im deutschen Gesundheitssystem vor. Die Ergebnisse dieser Arbeit führen vor Augen, dass Hebammenhilfe ein wichtiges Element im Rahmen der Betreuung von Frauen in der generativen Phase darstellt. Die Quantifizierung der Inanspruchnahme liefert bedeutsame Argumente für den berufspolitischen und gesundheitswissenschaftlichen Diskurs. Mithilfe dieser Daten ist es erstmals möglich zu beziffern, wie viele Frauen es betrifft, wenn Hebammen ihr Leistungsangebot einschränken.

Diese Arbeit stellt auch die erste Studie mit GEK-Daten über den Leistungsbereich der Hebammenhilfe dar. Bisher gibt es für die Leistungsdaten der Hebammenhilfe im Gegensatz zu den meisten anderen Leistungsbereichen keine standardisierte Aufbereitung der GEK-Abrechnungsdaten, also Vorgänge, die die Daten für Forschungszwecke erst zugänglich machen. Es verwundert, dass der Bereich der Hebammenhilfe bisher komplett ausgespart wurde. Ansätze wie die GEK-Kaiserschnittstudie aus dem Jahr 2006, die offenbar einen Nerv getroffen hat, hätten den Anstoß geben können, die Versorgung der generativen Gesundheit weiter zu erforschen und dabei den Blick auch auf die Daten der Hebammenhilfe zu richten. Die im Jahr 2008 eingeführte Pflicht der Hebammen zur elektronischen Abrechnung hat den Weg für eine Erforschung dieses Sektors geebnet und lässt darauf schließen, dass die Politik die Relevanz der Versorgungsforschung auch bezüglich dieses GKV-Leistungsbereichs erkannt hat. Die von Schücking (2002) konstatierte Vernachlässigung des

Themenkomplexes der generativen Gesundheit scheint sich hier einmal mehr zu offenbaren.

Das bislang geringe Interesse seitens der Kostenträger für den Bereich der Hebammenleistungen erklärt sich wohl aus den relativ geringen absoluten Kosten. Die Hebammenhilfe als zu vernachlässigende Größe zu betrachten, ignoriert jedoch das beträchtliche Einsparpotenzial. Die Ergebnisse dieser Arbeit decken auf, dass die Möglichkeiten der umfassenden Hebammenbetreuung derzeit nicht ausgeschöpft werden. Wenn es gelänge, die Versorgung durch Hebammen in der generativen Lebensphase stärker zu etablieren und dabei gleichzeitig die Versorgung mit medizinischen Leistungen auf ein sinnvolles Maß zu reduzieren, dann könnten beträchtliche Kosten in der ambulant-ärztlichen Versorgung und im stationären Bereich eingespart werden.

Einsparungen an sich mögen zwar aus Kostenträgersicht ein legitimes Ziel sein. Aus Sicht von Public Health muss jedoch zuerst nach dem Nutzen für die Bevölkerung gefragt werden. Es steht außer Frage, dass Frauen von der Betreuung durch Hebammen profitieren. Für gesunde Frauen ohne Risiken und mit geringer Gefahr von Komplikationen ist darüber hinaus auch kein Nachteil zu erwarten, wenn sie in erster Linie durch Hebammen anstatt durch GynäkologInnen betreut werden. Dieses Erkenntnis sollte auch im deutschen Versorgungssystem bei politischen Entscheidungen stärker als bisher Berücksichtigung finden.

Bezüglich der Kosten soll hier auf einen weiteren Zusammenhang hingewiesen werden. Denn die Kosten der Hebammenhilfe sind nicht zuletzt auch deshalb so niedrig, weil Hebammen für ihre Arbeit relativ geringe Vergütungssätze erhalten. Dies hat nicht nur potenziell negative Auswirkungen auf die wirtschaftliche Existenz der Hebammen, und damit verbunden auch auf ihr Risiko einer späteren Altersarmut. Letztlich könnten die Nutzerinnen die Leidtragenden der prekären Vergütungssituation von Hebammen werden. Dies ist der Fall, wenn die Kosten in Form von Bereitschaftspauschalen schlicht an sie weitergereicht werden und damit bestimmte Leistungen nur noch gegen hohen Aufpreis erhältlich sind. Die Leidtragenden sind die Nutzerinnen

auch dann, wenn bestimmte Angebote nicht mehr flächendeckend angeboten werden, weil sie von Hebammen nicht wirtschaftlich erbracht werden können.

Eine Einschränkung von Leistungen würde die Beteiligung von Hebammen an der Versorgung von Frauen in der generativen Lebensphase tendenziell verringern. Es dürfte klar geworden sein, dass im Hinblick auf Qualität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung im Gegenteil eine stärkere Einbeziehung der Hebammen sinnvoll und notwendig wäre.

Die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention in der generativen Lebensphase von Frauen steht außer Zweifel. Neben der Qualifikation von Hebammen macht auch die hier festgestellte große Reichweite ihres Betreuungsangebotes die Hebammen zu wichtigen Akteurinnen in Prävention und Gesundheitsförderung. Dieses Potential gilt es anzuerkennen und noch besser zu nutzen. Dafür sollten Maßnahmen ergriffen werden, Hebammen bereits während der Schwangerschaft stärker in die Versorgung einzubinden. Dafür sind unabhängige, verständliche und zugängliche Informationen über die zur Verfügung stehenden Betreuungsalternativen notwendig. Hier sind auch die gesetzlichen Krankenversicherungen gefordert. § 1 SGB V schreibt der Krankenversicherung bei der Gesunderhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Versicherten explizit auch Aufklärungs- und Beratungsfunktionen zu. Auch der Hebammenhilfe-Vertrag bezieht die Krankenkassen in Absatz 2 § 3 in die Unterstützung der Schwangeren ein. Neben den Krankenkassen müssen auch die GynäkologInnen in Verbesserungsprozesse einbezogen werden, denn sie sind für viele Frauen erste AnsprechpartnerIn in der Schwangerschaft. Als Ergänzung, vielleicht sogar als Ersatz für die bisher jeweils eigenen Handlungsempfehlungen der beiden Berufsstände könnte eine gemeinsame, interdisziplinäre Richtlinie zur Schwangerenbetreuung erstellt werden, die auch ein Aufklärungsgespräch über die verschiedenen Betreuungsmöglichkeiten enthalten könnte. Darüber hinaus könnte erwogen werden, Schwangerschaft, Geburt und

Wochenbett in die prioritären Handlungsfelder der Prävention in § 20 SGB V aufzunehmen, um das Präventionspotenzial und weitere Finanzierungsoptionen auszuschöpfen. Als Nebeneffekt könnte dies zu einer angemessenen Vergütung der Hebammen beitragen und damit helfen, die Versorgung mit Hebammenhilfe sicherzustellen.

Ein Ergebnis dieser Arbeit besagt, dass der überwiegende Teil der Frauen bereits während der Schwangerschaft Kontakt zu Hebammen aufnimmt. Dies stellt die Behauptung infrage, Frauen nutzen Hebammenbetreuung vor allem wegen mangelnder Kenntnis des Angebots nicht. Denn schließlich sollte man annehmen, dass Hebammen die Möglichkeit zu nutzen wissen, Schwangere über alternative Betreuungsangebote aus Hebammenhand zu informieren und von den Vorteilen zu überzeugen. Ergreifen Hebammen zu selten diese Gelegenheit? Favorisieren viele Frauen auch dann die überwiegend ärztliche Betreuung, wenn sie die Alternativen kennen? Oder mangelt es am (passenden) Angebot?

Was die Informationspolitik der Hebammen gegenüber den betreuten Frauen bezüglich ihrer eigenen Profession betrifft, so gibt es sicherlich nicht nur Fürsprecherinnen hebammengeleiteter Versorgungsmodelle. Eine Ausbildung schwankender Qualität, die nur den Klinikkreißaal als praktischen Lernort vorsieht und die von ärztlichen GeburtshelferInnen geprägt wird, ist für ein selbstbewusstes Berufsverständnis sicherlich nicht förderlich. Wenn also die Informationslage der Nutzerinnen kritisiert wird, dann sollten auch die Botschaften der Hebammen selbst einmal unter die Lupe genommen werden. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass Hebammen in ihrer Ausbildung tatsächlich die für die eigenständige, auch ambulante Arbeit notwendigen Kenntnisse erlangen. Die Akademisierung des Hebammenberufs kann dazu beitragen, die Qualität der Lehre und der Lehrinhalte zu steigern und damit auch die Hebammenarbeit selbst aufzuwerten.

Wie viele Frauen sich für oder gegen eine (stärkere) Hebammenbetreuung entscheiden, auch wenn sie umfassend über das Leistungsangebot informiert sind, ist nicht bekannt. Vermutlich besteht

jedoch ein Zusammenhang zwischen Medikalisierung und Pathologisierung einerseits und der Möglichkeit zur freien Entscheidungsfindung andererseits. Neben solchen psychologischen Zugangsbarrieren zu der Technik vermeidenden hebammengeleiteten Betreuung entstehen aktuell wahrscheinlich weitere Hürden, und zwar finanzieller Art in Form von hohen Eigenbeteiligungen bei Geburten mit Eins-zu-eins-Betreuung. Darüber hinaus kann die von den beteiligten Professionen aufrecht erhaltene Dichotomie der ärztlichen Geburtsmedizin und Schwangerenbetreuung einerseits und der Hebammen-Geburtshilfe bzw. -betreuung andererseits dazu beitragen, dass eine Entscheidung *für* (mehr) Hebammenbetreuung von den Nutzerinnen mit der Abkehr von der Schulmedizin gleich gesetzt wird. Die teils emotionsgeladenen Diskussionen um Sicherheitsaspekte könnten interessierte Frauen und ihre Familien nicht nur verunsichern, sondern regelrecht abschrecken. Die - tatsächliche oder vermeintliche - Nähe mancher Hebammen zur Alternativmedizin und Esoterik spricht darüber hinaus sicherlich nicht alle Frauen gleichermaßen an – ihre Partner möglicherweise noch weniger. Um das Vertrauen der Nutzerinnen - und der angrenzenden medizinischen Disziplinen – zu gewinnen, sollten Hebammen und ihre Interessensverbände die Professionalität der Hebammen unterstreichen und die Verbreitung evidenzbasierter Methoden in der Hebammenarbeit fördern.

Die Frage, ob tatsächlich ein Mangel im Bereich der Versorgung mit Hebammenhilfe bzw. eine nicht gedeckte Nachfrage nach Hebammenbetreuung vorliegt, kann erst nach einer sorgfältigen Bedarfsanalyse beantwortet werden. Erste Hinweise auf Unterversorgung, oder aber auf Überversorgung liegen mit den Ergebnissen dieser Arbeit vor. Wenn die weiterhin steigenden Haftpflichtprämien die Verschiebung des Leistungsangebots weiter vorantreiben sollten, könnte eine möglicherweise bereits bestehende Unterversorgung schon bald deutlicher zutage treten.

Auch wenn Aussagen über den genauen Bedarf an Hebammenhilfe derzeit nicht möglich sind, so zeigt diese Bestandsaufnahme der

Versorgungssituation mit Hebammenhilfe dennoch, dass die Hebammenbetreuung nicht in dem Maße stattfindet, wie sie aus Sicht von Public Health angezeigt wäre. Mehr Hebammenbetreuung bedeutet natürlich nicht, dass ÄrztInnen schlicht durch Hebammen ersetzt werden sollten. Vielmehr geht es darum, im Sinne einer angemessenen, effizienten und nutzerinnenorientierten Versorgung das bestehende, auf biomedizinischen Ansätzen und Risikofokussierung basierende Versorgungsmodell um die gesundheitsfördernde Perspektive der Hebammen zu erweitern und Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Betreuungsformen zu erhalten.

10 Ausblick

Aus den vorgestellten Ergebnissen und deren Implikationen ergeben sich viele weitere Fragen, die bisher noch nicht oder nur im Ansatz wissenschaftlich untersucht wurden.

Damit Aussagen zur Über- und Unterversorgung mit Hebammenhilfe möglich werden, muss zunächst der individuelle Bedarf der Frauen ermittelt werden. In Bedarfsstudien gilt es zu berücksichtigen, dass verschiedene Subgruppen unterschiedliche Bedürfnisse mitbringen, wie das hier vorliegende Ergebnis der Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme nahelegt. Dabei sind außerdem die Wechselwirkungen von familiärer Unterstützung einerseits und professioneller Betreuung andererseits zu klären.

Um einen drohenden oder schon bestehenden Mangel an bestimmten Angeboten zu erkennen und frühzeitig handeln zu können, sind Studien zur weiteren Beobachtung der Inanspruchnahme notwendig. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Leistungsbereiche gerichtet werden, in denen Hebammen Leistungseinschränkungen angekündigt haben, allen voran der geburtshilflichen Eins-zu-eins-Betreuung. In dem Zusammenhang sollte außerdem systematisch erforscht werden, in welchem Umfang Out-of-pocket-Zahlungen geleistet werden und welche Auswirkungen dies auf die Entscheidungen und die Wahlmöglichkeiten der Nutzerinnen hat.

Zur Beschreibung der Versorgungssituation von Frauen in der generativen Lebensphase reicht es natürlich nicht aus, die Leistungen der Hebammenhilfe zu analysieren. Denn viele Leistungen werden sowohl von Hebammen als auch von ÄrztInnen erbracht, zum Beispiel Vorsorge- oder CTG-Untersuchungen. Anstelle einer getrennten Erfassung von Leistungen verschiedener Anbieter sollten die Leistungen zusammen erfasst und dargestellt werden. Dieser Appell richtet sich auch an die Perinatalerhebung als eine der wichtigsten Datenquellen der geburtshilflichen Versorgung.

Die positiven Wirkungen der Hebammenbetreuung sind in der internationalen Literatur bereits vielfach belegt. Da die Ergebnisse nicht immer ohne weiteres auf Deutschland übertragbar sind, sind weitere Studien nötig, die im Kontext des deutschen Gesundheitssystems stattfinden. Von Interesse sind dabei vor allem Studien, die verschiedene Betreuungsformen hinsichtlich geburtshilflicher und nutzerinnenrelevanter Outcomes sowie hinsichtlich der Kosten vergleichen.

Weitere Studien und Modellprojekte sollten sich mit Konzepten zur Verbesserung der Arbeitsteilung von ÄrztInnen und Hebammen befassen. Um die Kooperation von ÄrztInnen und Hebammen zu erleichtern, müssen interdisziplinäre Leitlinien zur Betreuung erstellt und ihre Implementation evaluiert werden. Während dies im Bereich der Klinik-Geburtshilfe im Modellprojekt Hebammenkreißsaal bereits erfolgreich geschehen ist, stehen entsprechende Projekte für die ambulante Schwangerenbetreuung bisher aus.

Literaturverzeichnis

- Albrecht, M., Loos, S., Sander, M., Schliwen, A. & Wolfschütz, A. (2012). Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: IGES Institut GmbH.
- Allhoff, P. (2004). Schwangerenvorsorge durch freiberufliche Hebammen in NRW, eine landesweite Erhebung im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.
- AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2011). Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2010. 16/1 – Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren. Göttingen. Verfügbar unter:
http://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2010/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2010.pdf {Zugriff: 25.03.2012}
- Ayerle, G. M., Luderer, C. & Behrens, J. (2009). Die Begleitung von Familien mit besonderen Belastungen durch Familienhebammen: das Spektrum gesundheitsfördernder Leistungen und die Perspektive der Nutzerinnen. Halle/Saale: Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft.
- Bauer, N., Kehrbach, A., Krahl, A., Rahden, O. v. & Sayn-Wittgenstein, F. z. (2007). Handbuch Hebammenkreißaal. Von der Idee zur Umsetzung. Osnabrück: Verbund Hebammenforschung.
- Bauer, N., Pohlabein, H. & Sayn-Wittgenstein, F. z. (2010). Hebammenkreißaal: weniger Interventionen, gute Ergebnisse. Hebammenforum, 10, 838-840.
- BDH - Bund Deutscher Hebammen e. V. (2004). Empfehlungen für Schwangerenvorsorge durch Hebammen. Verfügbar unter:
http://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/pdf/BDH-Empf_Vorsorge.pdf&t=1337346864&hash=a07712aacdf3adae5c63862a60a9146a82cfb33c {Zugriff: 13.07.2011}
- BDH - Bund Deutscher Hebammen (2006). Expertise des Bund Deutscher Hebammen e.V. im Rahmen der Anhörung vor dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24. August 2006 in Berlin zum Thema: „Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen im Sinne einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung“. Karlsruhe. Verfügbar unter: [http://www.svr-gesundheit.de/Informationen/Anh%F6rungBerufsverb%E4nde/Bund Deutscher Hebammen.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/Informationen/Anh%F6rungBerufsverb%E4nde/Bund%20Deutscher%20Hebammen.pdf) {Zugriff: 07.06.2012}
- Behnke, J. (2007). Kausalprozesse und Identität. Über den Sinn von Signifikanztests und Konfidenzintervallen bei Vollerhebungen.

Beiträge zu empirischen Methoden der Politikwissenschaft.
Teilgebiet: Statistik/Wissenschaftstheorie, 2(3), 1-34.

- BfHD - Bund freiberuflicher Deutscher Hebammen (2010). Abrechnung von Leistungen. Verfügbar unter:
<http://www.bfhd.de/service/abrechnung-von-leistungen.html> {Zugriff: 23.02.2012}
- Bitzer, E. M., Grobe, T. G., Neusser, S., Mieth, I. & Schwartz, F. W. (2011). Barmer GEK Report Krankenhaus 2011. St. Augustin: Asgard.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2011). Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2010. Verfügbar unter: [http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=gesetzliche
krankenversicherung endg%C3%BCltige rechnungsergebnisse
2010&source=web&cd=1&ved=0CKABEBywAA&url=http%3A%2F
%2Fwww.bmg.bund.de%2Ffileadmin%2Fdateien%2FDownloads%2
FStatistiken%2FGKV%2FFinanzergebnisse%2FKJ1_2010.pdf&ei=
TU63T4uZPIixtAag0uz7Bw&usg=AFQjCNHHhWO7FARkBpTp9D3I
wcrP2z5Tbg](http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=gesetzliche%20krankenversicherung%20endg%C3%BCltige%20rechnungsergebnisse%202010&source=web&cd=1&ved=0CKABEBywAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bmg.bund.de%2Ffileadmin%2Fdateien%2FDownloads%2FStatistiken%2FGKV%2FFinanzergebnisse%2FKJ1_2010.pdf&ei=TU63T4uZPIixtAag0uz7Bw&usg=AFQjCNHHhWO7FARkBpTp9D3IwcrP2z5Tbg) {Zugriff: 14.05.2012}
- Braun, B. (2006). Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. St. Augustin: Asgard.
- Brockman, A. & Reichard, D. (2000). Schwangerschaft und Geburt im "Zangengriff" der Medizin. In P. Kolip (Hrsg.), Weiblichkeit ist keine Krankheit: die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen (S. 58-87). Weinheim, München: Juventa.
- Broscheid, A. & Gschwend, T. (2003). Augäpfel, Murmeltiere und Bayes: Zur Auswertung stochastischer Daten aus Vollerhebungen. MPIfG Working Paper 03/7.
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. (1985). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während Schwangerschaft und nach der Entbindung ("Mutterschafts-Richtlinien"), zuletzt geändert am 15. Dezember 2011.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006). Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik. Köln. Verfügbar unter:
[http://www.bzga.de/pdf.php?id=fd85f56912058353d480713ffea6c57
9](http://www.bzga.de/pdf.php?id=fd85f56912058353d480713ffea6c579) {Zugriff: 13.04.2012}
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). Bevallig, lengte en gewicht bij geboorte, borstvoeding. Verfügbar unter:
[http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?VW=T&DM=
SLNL&PA=37302&D1=0-1%2c45-48&D2=0%2c5-l&HD=110413-
1418&HDR=G1&STB=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?VW=T&DM=SLNL&PA=37302&D1=0-1%2c45-48&D2=0%2c5-l&HD=110413-1418&HDR=G1&STB=T) {Zugriff: 16.04.2012}

- Declercq, E., DeVries, R., Viisainen, K., Salvesen, H. B. & Wrede, S. (2001). Where to Give Birth? Politics and the Place of Birth. In R. DeVries, C. Benoit, E. R. V. Teijlingen & S. Wrede (Hrsg.), Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe (S. 7-27). London: Routledge.
- Demott, K., Bick, D., Norman, R., Ritchie, G., Turnbull, N., Adams, C., Barry, C., Byrom, S., Elliman, D., Marchant, S., Mccandlish, R., Mellows, H., Neale, C., Parkar, M., Tait, P. & Taylor, C. (2006). Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies. London: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG037fullguideline.pdf> {Zugriff: 20.04.2012}
- DeVries, R. G. (2001). Birth by design: pregnancy, maternity care, and midwifery in North America and Europe: Routledge.
- DGGG - Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2006). Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland. Verfügbar unter: http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/3-5-1-strukturzentren-2010.pdf {Zugriff: 17.04.2012}
- DGPFG - Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (o.J.). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe zur Anfrage des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen an die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften „Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-Unter und Fehlversorgung im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung“. Berlin. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/befragung/id-nummern/160.pdf> {Zugriff: 27.04.2012}
- DHV - Deutscher Hebammenverband e.V. (2005). Übersetzung der "Definition der Hebamme" des ICM. Verfügbar unter: http://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/pdf/Definition.pdf&t=1331719626&hash=8061ddc6d2d95cbbdcfa1ff4aa595243db2edd64 {Zugriff: 13.03.2012}
- DHV - Deutscher Hebammenverband (2010a). 186.000 MitzeichnerInnen unterstützen den Deutschen Hebammenverband bei der Rettung der Hebammenhilfe. Verfügbar unter: http://www.hebammenverband.de/index.php?id=764&tx_ttnews%5Btt_news%5D=53&tx_ttnews%5BbackPid%5D=8&cHash=aa7c654028 {Zugriff: 27.03.2012}
- DHV - Deutscher Hebammenverband (2010b). Die Petition. Verfügbar unter: <http://www.hebammenverband.de/index.php?id=1341> {Zugriff: 27.03.2012}

- DHV - Deutscher Hebammenverband e.V. (2012). Verhandlungen um Finanzierung gescheitert – Hebammenverbände rufen Schiedsstelle an. Verfügbar unter: <http://www.hebammenverband.de/index.php?id=2256> {Zugriff: 14.03.2012}
- Enkin, M. W., Keirse, M. J. N. C., Renfrew, M. J. & Neilson, J. P. (1998). Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt: Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Ensel, A. (2005). Pränatale Diagnostik. In Bund deutscher Hebammen (Hrsg.), Schwangerenvorsorge durch Hebammen (S. 127-154). Stuttgart: Hippokrates.
- Geburtshaus Hamburg (o. J.). Verfügbar unter: <http://www.geburtshaus-hamburg.de/haus/kosten.html> {Zugriff: 10.05.2012}
- Geburtshaus ins-Leben (2012, zuletzt aktualisiert: 16.04.2012). Verfügbar unter: <http://www.ins-leben.de/angebote/geburt.php> {Zugriff: 11.05.2012}
- GKV-Spitzenverband, BfHD - Bund freiberuflichen Hebammen Deutschlands e.V., DHV - Deutscher Hebammenverband e.V. & Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland e.V. (2011). Pilotprojekt zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit. Berlin. Verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Nov-2011_Pilotprojekt_Vergleich__klin-au%C3%9Ferklin_Geburten_GKV-SV_18221.pdf {Zugriff: 14.03.2012}
- Glaeske, G. & Janhsen, K. (2006). GEK-Arzneimittelreport 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004-2005. St. Augustin: Asgard.
- Grobe, T. G., Dörning, H. & Schwartz, F. W. (2008). GEK-Report ambulanzärztliche Versorgung 2008. St. Augustin: Asgard.
- Grothaus, F.-J. (2009). Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - 2008 – Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH. Verfügbar unter: <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d.pdf> {Zugriff: 15.03.2012}
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008(4).
- Herbst, V. (2007). Untersuchungen zur Früherkennung für Schwangere. Nutzen und Risiken. Berlin: Stiftung Warentest.

- Hildebrandt, H. & Pschyrembel, W. (1998). Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (258., neu bearb. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2012). Report-Browser 2010/2012. Verfügbar unter: <http://www.g-drg.de/cms/content/view/full/3297> {Zugriff: 12.03.2012}
- Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M. & Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Journal of the Canadian Medical Association*, 181(6-7), 377-383.
- Kemper, C., Sauer, K. & Glaeske, G. (2009). GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2009. St. Augustin: Asgard.
- Khunpradit, S., Tavender, E., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Wasiak, J. & Gruen, R. (2011). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section (Review). *The Cochrane Library*(6).
- Kirkham, M. (2000). *The midwife-mother relationship*. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Kolip, P. (2000). Frauenleben in Ärztehand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen. In P. Kolip (Hrsg.), *Weiblichkeit ist keine Krankheit: die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen* (S. 9-30). Weinheim, München: Juventa.
- Kolip, P. & v. Rahden, O. (2007). Abschlussbericht des Teilprojektes 4 des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) und des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS). "Entscheidungskriterien für oder gegen eine Geburt im Hebammenkreißsaal". Verfügbar unter: <http://edok01.tib.uni-hannover.de/edoks/e01fb08/558039618l.pdf> {Zugriff: 06.01.2010}
- Kuhlmann, E. & Kolip, P. (2005). *Gender und Public Health: grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik*. Weinheim, München: Juventa.
- Kunz, V. (2000). Kulturelle Variablen, organisatorische Netzwerke und demokratische Staatsstrukturen als Determinanten der wirtschaftlichen Entwicklung im internationalen Vergleich. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 52, 195-225.
- Loytved, C. (1997). *Dem Hebammenwissen auf der Spur. Zur Geschichte der Geburtshilfe*. Osnabrück: Universität Osnabrück, AGW, Gesundheits- und Krankheitslehre, Psychosomatik.
- Loytved, C. (2010). *Qualitätsbericht 2009 - Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Auerbach: Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
- Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Gülmezoglu, A. M., Souza, J. P., Taneepanichskul, S., Ruyan, P., et al. (2010). Method of delivery

and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *The Lancet*, 375(9713), 490-499.

Lutz, U. & Kolip, P. (2006). *Die GEK-Kaiserschnittstudie*. St. Augustin: Asgard.

MacArthur, C., Winter, H. R., Bick, D. E., Lilford, R. J., Lancashire, R. J., Knowles, H., et al. (2003). Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. *Health Technol Assess*, 7(37).

McNay, M. B. & Fleming, J. E. E. (1999). Forty Years of Obstetric Ultrasound 1957–1997: From A-Scope to Three Dimensions. *Ultrasound in Medicine and Biology*, 25(1), 3-56.

National Institute of Health (2012, zuletzt aktualisiert: 19.04.2012). MedlinePlus. Miscarriage. Verfügbar unter: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001488.htm> {Zugriff: 14.05.2012}

Obinger, H. (2001). Verteilungskonstellationen und demokratische Staatsstrukturen als Determinanten der wirtschaftlichen Entwicklung. Eine Replik auf Volker Kunz. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 53, 136-148.

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (2011). OECD Health Data. Frequently Requested Data. Verfügbar unter: <http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/49188719.xls> {Zugriff: 16.04.2012}

Rahden, O. v. & Ayerle, G. M. (2005). Grundsätze der Schwangerenvorsorge durch Hebammen. In *Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), Schwangerenvorsorge durch Hebammen (2., überarb. u. erw. Aufl., S. 27-29)*. Stuttgart: Hippokrates.

Rahden, O. v., Ayerle, G. M. & Lohmann, S. (2005). Bedürfnisse und Wünsche der Schwangeren. In *Bund deutscher Hebammen (Hrsg.), Schwangerenvorsorge durch Hebammen (S. 1-21)*. Stuttgart: Hippokrates.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2005). *Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen. Jahresgutachten 2005/06*. Verfügbar unter: http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/ga05_ges.pdf {Zugriff: 23.03.2012}

Sauer, K., Kemper, C., Kaboth, K. & Glaeske, G. (2010). *Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2010*. St. Augustin: Asgard.

- Sayn-Wittgenstein, F. z. (2007). Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Sayn-Wittgenstein, F. z. (2011). Geburtshilfe durch Hebammen. In D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaft (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Schäfers, R. (2011). Gesundheitsförderung durch Hebammen: Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt. Stuttgart: Schattauer.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (1999). Methoden der empirischen Sozialforschung (6., völlig überarb. u. erw. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Schücking, B. A. (2002). Generative Gesundheit von Frauen. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich (1. Aufl., S. 225-240). Bern: Huber.
- Schwarz, C. & Stahl, K. (2005). Betreuung von Frauen mit Risikoschwangerschaften. In Bund deutscher Hebammen (Hrsg.), Schwangerenvorsorge durch Hebammen (S. 161-196). Stuttgart: Hippokrates.
- Securvita Krankenkasse (2008). Werdende Mütter - optimal betreut. Verfügbar unter: <http://www.securvita.de/presse-medien/mitteilungen/schwangerschaft-und-geburt-optimal-betreut-mit-primama.html> {Zugriff: 15.03.2012}
- Simoës, E., Kunz, S., Bosing-Schwenkglens, M. & Schmahl, F. W. (2004). Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg - Psychosoziale Risikofaktoren in der Schwangerschaft. Psychoneuro, 30(6), 342-347.
- Stahl, Katja (2007). Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen in Hamburg durch freiberufliche Hebammen. Ergebnisbericht., Verfügbar unter: http://www.hebammenverband-hamburg.de/uf/Bericht_Druck_doppelseitig2.pdf {Zugriff: 07.05.2012}
- Statistisches Bundesamt (2010). Familienzuwachs: Mutter und Kind wohlauf? Bonn. Verfügbar unter: https://http://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2010_10/2010_10MutterKind.html {Zugriff: 15.03.2012}
- Statistisches Bundesamt (2011a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Fachserie 12 Reihe 6.2.1. Wiesbaden. Verfügbar unter: <https://http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesund>

heit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus2120621107004.pdf?__blob=publicationFile {Zugriff: 10.05.2012}

- Statistisches Bundesamt (2011b, zuletzt aktualisiert: 15.12.2011). Gesundheitspersonal nach Berufen in 1000., Verfügbar unter: <https://http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Berufe.html> {Zugriff: 18.04.2012}
- Statistisches Bundesamt (2011c). Natürliche Bevölkerungsbewegung. Geborene und Gestorbene. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen/Content75/GeboreneGestorbene,templateId=renderPrint.psml> {Zugriff: 29.02.2012}
- SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. (2002). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (1. Aufl. Bd. 3 : Über-, Unter- und Fehlversorgung). Baden-Baden: Nomos.
- Tew, M. (2007). Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe (Übers. C. Schwarz & K. Stahl). Frankfurt: Mabuse.
- Uebe, A. (2000). Die rechtliche Situation der Hebammen in der Geburtshilfe in Deutschland seit 1871. Hanover: Staude.
- Verbund Hebammenforschung. (2009). Neue Perpektiven entwickeln - Hebammen stellen ihre Arbeit dar. Ergebnisse einer Bestandsaufnahme der Versorgungsleistungen durch Hebammen in Niedersachsen im Jahr 2007: Verbund Hebammenforschung.
- Wahrig, B. (2011). Von der „weisen Frau“ zum Gesundheitsberuf: Ausschnitte aus der Geschichte der Geburtshilfe. In G. Boeck & H.-U. Lammel (Hrsg.), Frauen in der Wissenschaft (S. 59-80). Rostock: Universität Rostock.
- WHO. (1985). Appropriate Technology for Birth. Lancet, 2(8452), 436–437.
- WHO - World Health Organization. (1996). Care in Normal Birth: a practical guide. Genf.
- WHO - World Health Organization (2000). Erklärung von München - Pflegende und Hebammen - ein Plus für Gesundheit. München. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/53855/E93016G.pdf {Zugriff: 30.03.2012}
- Zoege, M. (2004). Die Professionalisierung des Hebammenberufs: Anforderungen an die Ausbildung (1. Aufl.). Bern: Huber.

Anhang

Tabelle 10: Einzelleistungen nach Häufigkeit

Nr	APN	Häufigkeit	Anteil in %
1	180	106.736	15,79
2	321	81.896	12,11
3	320	69.579	10,29
4	270	54.946	8,13
5	070	48.603	7,19
6	050	36.148	5,35
7	230	34.494	5,10
8	010	28.089	4,15
9	060	25.575	3,78
10	350	23.648	3,50
11	181	18.571	2,75
12	340	11.723	1,73
13	051	9.215	1,36
14	200	8.525	1,26
15	390	8.174	1,21
16	040	7.742	1,15
17	290	7.298	1,08
18	250	5.358	0,79
19	380	4.873	0,72
20	280	4.745	0,70
21	020	4.336	0,64
22	201	3.771	0,56
23	331	3.610	0,53
24	800	3.345	0,49
25	330	3.262	0,48
26	610	2.819	0,42
27	240	2.737	0,40
28	620	2.549	0,38
29	220	2.172	0,32
30	091	1.900	0,28
31	090	1.644	0,24
32	301	1.609	0,24
33	530	720	0,11
34	310	622	0,09
35	281	490	0,07
36	360	356	0,05
37	600	354	0,05
38	400	315	0,05
39	311	262	0,04
40	140	243	0,04
41	570	230	0,03

Nr	APN	Häufigkeit	Anteil in %
42	261	214	0,03
43	171	183	0,03
44	550	179	0,03
45	260	164	0,02
46	370	149	0,02
47	580	144	0,02
48	210	142	0,02
49	170	117	0,02
50	080	114	0,02
51	121	102	0,02
52	120	63	0,01
53	560	62	0,01
54	150	34	0,01
55	111	29	0,00
56	540	29	0,00
57	335	26	0,00
58	75a	23	0,00
59	163	15	0,00
60	110	14	0,00
61	25	10	0,00
62	18	9	0,00
63	131	8	0,00
64	211	8	0,00
65	29	8	0,00
66	510	7	0,00
67	100	5	0,00
68	130	4	0,00
69	162	4	0,00
70	50	4	0,00
71	500	4	0,00
72	520	4	0,00
73	0135	3	0,00
74	165	3	0,00
75	590	3	0,00
76	160	2	0,00
77	161	2	0,00
78	164	2	0,00
79	191	2	0,00
80	26	2	0,00
81	51	2	0,00

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 11: Inanspruchnahme der Einzelleistungen

Nr	Leistung (APN)	Anzahl Nutzerinnen	Anteil an Schwangeren (n=18.104) in %	Anteil an LV (n=14.711) in %
1	Hausbesuch nach der Geburt (180, 181)	13.533	74,77	91,99
2	Zuschlag zu der Gebühr nach Nummer 180 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt (190)	13.314	73,56	90,50
3	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium (230)	9.630	53,20	65,46
4	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen (050, 051)	8.195	45,28	55,71
5	Materialpauschale Wochenbettbetreuung, wenn diese >4 Tage nach der Geburt übernommen wird (390)	8.172	45,15	55,55
6	Geburtsvorbereitung in der Gruppe (070)	8.055	44,50	54,75
7	Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium (010)	7.616	42,08	51,77
8	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (270)	7.301	40,34	49,63
9	Materialpauschale Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen (350)	5.618	31,04	38,19
10	Kardiotokographische Überwachung (060)	5.277	29,15	35,87
11	Materialpauschale Wochenbettbetreuung, wenn diese nicht > 4 Tage nach Geburt übernommen wird (380)	4.811	26,58	32,70
12	Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt (020)	4.103	22,67	27,89
13	Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren (030)	3.685	20,36	25,05
14	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen (250)	3.587	19,82	24,38
15	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus (090, 091)	3.479	19,22	23,65
16	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium (290)	3.389	18,72	23,04
17	Besuch im Krankenhaus o. in einer außerklin. Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt (200, 201)	3.292	18,19	22,38
18	Materialpauschale für jede einzelne Vorsorgeuntersuchung (340)	3.197	17,66	21,73
19	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen (040)	2.989	16,51	20,32
20	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings (280, 281)	2.878	15,90	19,56
21	Erstuntersuchung des Kindes einschl. Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U1) (240)	2.665	14,72	18,12
22	Sonstige Auslagen. Diese Auslagen werden zwischen Krankenkassen und Hebammen vereinbart (800)	1.878	10,38	12,77

23	Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe anthroposophischen Medizin (620)	1.680	9,28	11,42
24	Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Homöopathie (610)	1.315	7,27	8,94
25	Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Dermatika (530)	674	3,72	4,58
26	Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Phytotherapie (600)	377	2,08	2,56
27	Materialpauschale für die Hilfe bei einer Geburt (360)	377	2,08	2,56
28	Überwachung (260, 261)	316	1,75	2,15
29	Perinatalerhebung bei einer außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten (400)	315	1,74	2,14
30	Versorgung einer geburtshilflichen Schnitt- oder Rissverletzung mit Ausnahme DR III oder IV (140)	234	1,29	1,59
31	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme (170, 171)	234	1,29	1,59
32	Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern (220)	211	1,17	1,43
33	Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Antimykotika (570)	206	1,14	1,40
34	Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Vitamin D (550)	178	0,98	1,21
35	Hilfe bei einer Hausgeburt (120, 121)	152	0,84	1,03
36	Materialpauschale für die Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen zusätzlich (370)	148	0,82	1,01
37	Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Carminativa (580)	134	0,74	0,91
38	Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztl. Anordnung (080)	66	0,36	0,45
39	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt (210, 211)	62	0,34	0,42
40	Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Vitamin K (560)	59	0,33	0,40
41	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung (110, 111)	43	0,24	0,29
42	Zuschlag für Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind (150)	34	0,19	0,23
43	Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Ophthalmika (540)	26	0,14	0,18
44	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt zu Hause (162, 163)	21	0,12	0,14
45	Hilfe bei einer Fehlgeburt (130, 131)	12	0,07	0,08
46	Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Antiemetika (510)	7	0,04	0,05
47	Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Antihypotonika (520)	5	0,03	0,03
48	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklin. Einrichtung unter Leitung einer Hebamme (164, 165)	5	0,03	0,03
49	Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Antidiarrhoika (500)	4	0,02	0,03
50	Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Galle- und Lebertherapeutika (590)	4	0,02	0,03
51	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einem Krankenhaus(160, 161)	4	0,02	0,03

52	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung (100, 101)	3	0,02	0,02
53	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklin. Einrichtung unter ärztlicher Leitung (166, 167)	0	0,00	0,00

Quelle: eigene Darstellung

**Bundeseinheitliches
Positionsnummern-
verzeichnis
gemäß der
Hebammenhilfe -
Vergütungsvereinbarung**

**(Anlage 1 zum Vertrag nach §134a SGB V
über die Versorgung mit Hebammenhilfe)**

**Bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis gemäß der
Hebammenhilfe-Vergütungsvereinbarung**

A : Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung

- 010 Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium
- 020 Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt, mind. 30 Min., je angef. 15 Min.
- 030 Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren
- 040 Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen, je Entnahme
- 050 Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangenen 30 Minuten
- 051 Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, für jede angefangene halbe Stunde
- 060 Kardiotokographische Überwachung
- 070 Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe
- 080 Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung, höchstens 14 Unterrichtseinheiten á 30 Minuten

B : Geburtshilfe

- 090 Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus
- 091 Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen
- 100 Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung
- 101 Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen
- 110 Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung
- 111 Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen
- 120 Hilfe bei einer Hausgeburt
- 121 Hilfe bei einer Hausgeburt zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen
- 130 Hilfe bei einer Fehlgeburt
- 131 Hilfe bei einer Fehlgeburt zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen
- 140 Versorgung einer geburtshilfflichen Schnitt- oder Rissverletzung mit Ausnahme DR III oder IV
- 150 Zuschlag für Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind
- 160 Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einem Krankenhaus
- 161 Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einem Krankenhaus gem. Nr. 160 zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr)
- 162 Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt zu Hause
- 163 Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt zu Hause gem. Nr. 162 zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr)
- 164 Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter Leitung einer Hebamme
- 165 Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter Leitung einer Hebamme gem. Nr. 164 zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr)
- 166 Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung
- 167 Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung gem. Nr. 166 zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr)
- 170 Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene halbe Stunde
- 171 Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, für jede angefangene halbe Stunde

C : Leistungen während des Wochenbetts

- 180 Hausbesuch nach der Geburt
- 181 Hausbesuch nach der Geburt zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen
- 190 Zuschlag zu der Gebühr nach Nummer 180 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt
- 200 Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt
- 201 Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen
- 210 Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt
- 211 Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen
- 220 Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 180 bis 210, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind
- 230 Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium
- 240 Erstuntersuchung des Kindes einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U1)
- 250 Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen, je Entnahme

D : Sonstige Leistungen

- 260 Überwachung, je angefangene halbe Stunde
- 261 Überwachung zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, je angefangene halbe Stunde
- 270 Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe
- 280 Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings
- 281 Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen
- 290 Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium

E : Wegegeld

- 300 je Besuch, Entfernung von nicht mehr als 2 Kilometer, bei Tag
- 301 anteiliges Wegegeld, je Besuch, Entfernung von nicht mehr als 2 Kilometer, bei Tag
- 310 je Besuch, Entfernung von nicht mehr als 2 Kilometer, bei Nacht
- 311 anteiliges Wegegeld, je Besuch, Entfernung von nicht mehr als 2 Kilometer, bei Nacht
- 320 Einzelkilometer bei Entfernung von mehr als 2 Kilometer bei Tag
- 321 anteiliges Wegegeld, Einzelkilometer bei Entfernung von mehr als 2 Kilometer bei Tag
- 330 Einzelkilometer bei Entfernung von mehr als 2 Kilometer bei Nacht
- 331 anteiliges Wegegeld, Einzelkilometer bei Entfernung von mehr als 2 Kilometer bei Nacht
- 335 Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel

F : Auslagen für Material

- 340 Materialpauschale für jede einzelne Vorsorgeuntersuchung
- 350 Materialpauschale für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen nach den Nummern 050 oder 051
- 360 Materialpauschale für die Hilfe bei einer Geburt
- 370 Materialpauschale für die Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen zusätzlich
- 380 Materialpauschale für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung, wenn diese nicht mehr als vier Tage nach der Geburt übernommen wird
- 390 Materialpauschale für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung, wenn diese später als vier Tage nach der Geburt übernommen wird
- 400 Perinatalerhebung bei einer außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten

G : Einzelabrechnung Arzneimittel

- 500 Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Antidiarrhoika
 - 510 Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Antiemetika
 - 520 Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Antihypotonika
 - 530 Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Dermatika
 - 540 Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Ophthalmika
 - 550 Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Vitamin D – auch in Kombination mit Fluorsalzen
 - 560 Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Vitamin K
 - 570 Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Antimykotika
 - 580 Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Carminativa
 - 590 Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Galle- und Lebertherapeutika
 - 600 Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Phytotherapie
 - 610 Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe Homöopathie
 - 620 Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe anthroposophischen Medizin
- 800 **Sonstige Auslagen:**
Mit dieser Gebührenziffer sind Auslagen abzurechnen, die nicht in den Positionen 500 bis 620 beschrieben sind. Die Auslagen werden zwischen Krankenkassen und Hebammen vereinbart.

Hebammen-Vergütungsvereinbarung¹

(Anlage 1 zum Vertrag nach § 134a SGB V)

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Die Vergütungen für die Leistungen der freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen sich gemäß § 1 des Vertrages nach § 134a SGB V nach dieser Vergütungsvereinbarung.
- (2) Als Hebamme im Sinne dieser Vereinbarung gelten auch Entbindungspfleger.

§ 2

Auslagen

- (1) Als Auslagen kann die Hebamme neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 die ihr entstandenen Kosten der für die Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren, für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen, für die Hilfe bei einer Geburt, für die Überwachung des Wochenbettverlaufs sowie für die zur Unterstützung bei Stillschwierigkeiten notwendigen Materialien und apothekenpflichtigen Arzneimittel berechnen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind oder zur weiteren Verwendung überlassen werden. Dabei ist auf wirtschaftliche Beschaffung zu achten. Lebensmittel sowie Diätetika nach § 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes sowie Kosmetika und Körperpflegeprodukte können nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.
- (2) Auslagen für mit der Anwendung verbrauchte oder zur weiteren Verwendung überlassene Materialien sind ausschließlich als Pauschalen ohne Einzelnachweis abzurechnen, wenn im zeitlichen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Hebamme Material verbraucht wurde.

Die Pauschalen richten sich:

- a) für jede einzelne Vorsorgeuntersuchung nach der Nr. 340
- b) für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen nach den Nummern 050 oder 051 des Leistungsverzeichnisses nach der Nr. 350 je Inanspruchnahme der Hebamme
- c) für die Hilfe bei einer Geburt nach der Nr. 360 sowie für die Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen zusätzlich nach der Nr. 370 sowie
- d) für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung nach der Nr. 380, wenn diese nicht mehr als vier Tage nach der Geburt, übernommen wird; bei

¹ Version ab 01.07.08 inkl. Änderungen/Kommentierungen, die sich durch die Protokollnotiz zum Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V zum 01.06.08 ergeben haben (s. Unterstreichungen).

späterer Übernahme der Betreuung für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung nach der Nr. 390.

- (3) Zusätzlich zu den Pauschalen für Materialienbedarf nach Absatz 2 können die entstandenen Kosten für im Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Leistungen notwendige, apothekenpflichtige Arzneimittel nach Maßgabe der Absätze 4 bis 6 berechnet werden, sofern diese Arzneimittel verbraucht oder zur weiteren Verwendung überlassen wurden. Für diese Arzneimittel trägt die Krankenkasse die der Hebamme tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens bis zur Höhe des Betrages, der sich nach der Arzneimittel-Preisverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ergibt. Die Arzneimittel sind in der Abrechnung einzeln aufzulisten.

- (4) Aus den Wirkstoffgruppen der

- a) Antidiarrhoika,
- b) Antiemetika,
- c) Antihypotonika,
- d) Dermatika - mit Ausnahme der zur Wundversorgung oder zur Entzündungsbehandlung zugelassenen und bei der Mutter und/oder bei dem Neugeborenen anwendbaren Dermatika –,
- e) Ophthalmika,
- f) Vitamin D - auch in Kombination mit Fluorsalzen -, sowie
- g) Vitamin K

darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden.

Aus den Wirkstoffgruppen der

- a) Antimykotika,
- b) Carminativa und
- c) Galle- und Lebertherapeutika

darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden, wenn zuvor allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen wie zum Beispiel diätetischer und physikalischer Art ohne ausreichenden Erfolg angewandt wurden.

- (5) Kosten für Arzneimittel, die

- a) nicht der Apothekenpflicht unterliegen,
- b) nach der Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht an Hebammen abgegeben werden dürfen,
- c) nach § 34 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ausgeschlossen sind,
- d) nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind oder
- e) im Rahmen nicht allgemein anerkannter Therapieverfahren eingesetzt werden,

können nicht berechnet werden.

- (6) Für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen der Phytotherapie, der Homöopathie sowie der anthroposophischen Medizin gelten die Absätze 3 bis 5 entsprechend. Arzneimittel, die der homöopathischen oder anthroposophischen Therapierichtung zugeordnet werden, können berechnet werden, wenn aus dem jeweiligen Arzneimittelbild Wirkungen und Anwendungen ableitbar sind, die in den Tätigkeitsbereich der Hebammenhilfe fallen.

§ 3 Wegegeld

- (1) Die Hebamme erhält für jeden Besuch aus Anlass einer abrechnungsfähigen Leistung Wegegeld; hierdurch sind auch Zeitversäumnisse abgegolten. Wege zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme, der Weg zum Krankenhaus zur Ableistung eines Schichtdienstes mit Anwesenheitspflicht, Wege zu Kursstätten sowie zu durchgeführten Sprechstunden in Einrichtungen sind nicht berechnungsfähig.
- (2) Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden als Wegegeld die Fahrkosten erstattet. In den übrigen Fällen richtet sich das Wegegeld
- a) bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung nach der Nr. 300, bei Nacht nach der Nr. 310,
 - b) bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung für jeden zurückgelegten Kilometer nach der Nr. 320, bei Nacht nach der Nr. 330.
- (3) Hat eine andere als die nächstwohnende Hebamme Hilfe geleistet, so kann die Krankenkasse die Zahlung des dadurch entstehenden Mehrbetrages an Wegegeld ablehnen, wenn der Weg von der Stelle der Leistung zur Wohnung oder Praxis der anderen Hebamme mehr als 20 Kilometer länger ist als zur Wohnung oder Praxis der nächstwohnenden Hebamme. Dies gilt nicht, wenn das Wegegeld anfällt, weil mehrere Hebammen die Dienstleistungen in einem Krankenhaus nach einem vereinbarten Einsatzplan ausführen oder wenn die Zuziehung der anderen Hebamme nach der besonderen Lage des Falles aus anderen Gründen gerechtfertigt war.
- (4) Besucht die Hebamme mehrere Frauen auf einem Weg, ist das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig nach dem Verhältnis der zurückgelegten Gesamtstrecke zu der Zahl der besuchten Frauen zu berechnen. [Die Gebühren richten sich dabei nach den Nummern 301, 311, 321 und 331.](#)

§ 4 Nachweis über erbrachte Leistungen und Auslagen

- (1) Die auf der Grundlage dieser Vergütungsregelung erbrachten Leistungen sind spätestens am Tage nach der Leistungserbringung von der Versicherten unter Angabe der Art der Leistung, des Datums sowie der Uhrzeit der Leistungserbringung und, soweit dies für die Höhe der Vergütung der Leistung von Be-

deutung ist, die Dauer der Leistung durch Unterschrift zu bestätigen (Versichertenbestätigung). Bei stationärem Aufenthalt der Versicherten ist eine einmalige Unterschrift zur Bestätigung der an einem Tag empfangenen Leistungen ausreichend

- (2) Die Modalitäten zur Versichertenbestätigung sind in Anhang A der Anlage 1 des Vertrages geregelt. Die Muster der Versichertenbestätigungen sind in Anhang B der Anlage 1 des Vertrages enthalten.
- (3) Der Nachweis für empfangene Materialien und Arzneimittel wird in Anlage 3 zum Rahmenvertrag geregelt.
- (4) Die Hebamme hat die Versichertenbestätigung bei der Abrechnung mit der Krankenkasse (ggf. in elektronischer Form) beizufügen.

§ 5 Zuschläge

- (1) Erfolgen die Leistungen der Hebamme zur Nachtzeit, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, erhöht sich die Gebühr um einen Zuschlag von 20 %. Als Nacht im Sinne dieses Vertrages gilt die Zeit von 20:00 bis 8:00.
- (2) Der maßgebliche Zeitpunkt für die Berücksichtigung des Zuschlags ist im Leistungsverzeichnis angegeben. Bezüge und Erläuterungen innerhalb des Leistungsverzeichnisses gelten immer auch für die entsprechende Position mit Zuschlag.

Leistungsverzeichnis

Nr.	Leistung	Gebühr
	A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung	
010	<p>Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium</p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 010 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens 12 x berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 010 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nrn. 020, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 010 kann an demselben Tag nur dann mehr als 1x berechnet werden, wenn die mehrmalige Erbringung der Leistung an demselben Tag durch die Beschaffenheit des Falles geboten war. Eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag ist in der Rechnung unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit der Leistungserbringung näher zu begründen.</i></p>	5,81 €
020	<p>Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt, mindestens 30 Minuten, je angefangene 15 Minuten</p> <p><i>Die Gebühr nach der Nr. 020 ist bei jeder Schwangeren einmal im Umfang von bis höchstens 60 Minuten, bei geplanter Geburt zu Hause oder in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung ein weiteres Mal im Umfang von bis zu 90 Minuten abrechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Absicht der Versicherten, zu Hause bzw. in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung zu gebären, ist nach § 4 zu dokumentieren.</i></p> <p><i>Die Gebühr nach Nummer 020 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern 010, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.</i></p>	7,34 €
030	<p>Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung</p>	22,44 €

	<p><i>Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen:</i></p> <p><i>Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpass des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung.</i></p> <p><i>Die Gebühr nach Nummer 030 ist berechnungsfähig</i></p> <p>a) <i>bei normalem Schwangerschaftsverlauf,</i></p> <p>b) <i>bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere wegen des pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte.</i></p>	
<p>040</p>	<p>Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien und Befundübermittlung</p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 040 ist auch abrechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial zur Risikoabklärung notwendig ist oder die Schwangere sich nach Nr. 030 b) in Hebammenbetreuung befindet oder die Entnahme ärztlich angeordnet ist.</i></p> <p><i>Die Leistungen nach den Nummern 030 und 040 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurden.</i></p>	<p>5,71 €</p>
<p>050</p>	<p>Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangenen 30 Minuten</p> <p><i>Dauert die Leistung nach Nummer 050 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.</i></p>	<p>14,69 €</p>

Stand: 01.07.08

Nr.	Leistung	Gebühr
051	Nr. 050 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</u>	17,63 €
060	Cardiotokografische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 zu den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung einschl. Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. <i>Die Gebühr für die Leistungen nach Nr. 060 ist je Tag höchstens 2x berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen ärztlich angeordnet werden.</i>	6,43 €
070	Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	5,71 €
080	Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung höchstens 14 Unterrichtseinheiten á 30 Minuten, für jede angefangenen 30 Minuten <i>Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 070 und 080 umfassen insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die physische und psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.</i>	14,69 €

Nr.	Leistung	Gebühr
	<p style="text-align: center;">B. Geburtshilfe</p> <p style="text-align: center;"><u>Allgemeine Bestimmungen</u></p> <p>a) Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 090 bis 130 umfassen die Hilfe für die Dauer von bis zu 8 Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu 3 Stunden danach einschl. aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen mit Ausnahme der ggf. gesondert berechnungsfähigen Leistungen nach Nr. 140 und 150, 240 und 250.</p> <p>b) Die jeweilige Gebühr steht der Hebamme auch dann zu, wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung der Mutter und des Kindes Hilfe leisten konnte.</p> <p>c) Die Gebühren für Leistungen nach den Nr. 090 und 130 können auch dann berechnet werden, wenn die Geburt oder Fehlgeburt ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde.</p> <p>d) Die Gebühr für Leistungen nach den Nummern 160 bis 167 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen.</p> <p>Die Gebühr für Leistungen nach den Nummern 160 bis 167 ist nicht neben den Gebühren nach den Nummern 090 bis 130 abrechnungsfähig.</p>	
090	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus	224,40 €
091	Nr. 090 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</u>	269,28 €
100	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	224,40 €

Stand: 01.07.08

Nr.	Leistung	Gebühr
101	Nr. 100 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</u>	269,28 €
110	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	367,20 €
111	Nr. 110 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</u>	440,64 €
120	Hilfe bei einer Hausgeburt	448,80 €
121	Nr. 120 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</u>	538,56 €
130	Hilfe bei einer Fehlgeburt	142,80 €
131	Nr. 130 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Fehlgeburt.</u>	171,36 €
140	Versorgung einer geburtshilflichen Schnitt- oder Rissverletzung mit Ausnahme DR III oder IV	25,50 €
150	Zuschlag für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	58,65 €

Nr.	Leistung	Gebühr
160	<p>Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt im Krankenhaus</p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 160 ist nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere vom Krankenhaus aus in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.</i></p>	142,80 €
161	<p>Nr. 160 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.</p>	171,36 €
162	<p>Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt zu Hause</p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 162 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.</i></p>	142,80 €
163	<p>Nr. 162 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.</p>	171,36 €
164	<p>Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter Leitung einer Hebamme</p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 164 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt in einer außerklinischen Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.</i></p>	142,80 €
165	<p>Nr. 164 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.</p>	171,36 €

Nr.	Leistung	Gebühr
166	<p>Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung</p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 166 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt in einer außerklinischen Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.</i></p>	142,80 €
167	<p>Nr. 166 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.</p>	171,36 €
170	<p>Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene halbe Stunde</p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 170 ist bis zu einer Dauer von 4 Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.</i></p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 170 ist auch bei einer Geburt in der Klinik abrechnungsfähig, wenn es sich um eine Geburt von Mehrlingen handelt, wenn die Geburt ohne Arzt durchgeführt wird oder wenn es zu lebensbedrohlichen Blutungen nach der Geburt kommt.</i></p>	14,69 €
171	<p>Nr. 170 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei in der Übergangszeit liegendem Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</p>	17,63 €

Nr.	Leistung	Gebühr
	<p style="text-align: center;">C. Leistungen während des Wochenbetts</p> <p style="text-align: center;">Allgemeine Bestimmungen</p> <p>a) <i>Die Leistungen nach den Nummern 180 bis 230 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung und/oder Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 240 und 250. Die Leistungen und Zuschläge nach den Nummern 180 bis 210, 230 und 250 sind auch nach einer Fehlgeburt bzw. einer medizinisch induzierten Geburt oder Fehlgeburt berechnungsfähig. Die Leistungen stehen der Mutter auch dann zu, wenn sich das Kind in Adoptionspflege befindet.</i></p> <p>b) <i>In den ersten zehn Tagen nach der Geburt ist an demselben Tag jeweils ein Besuch nach Nummer 180, 200 oder 210 berechnungsfähig. Wird der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt, können weitere Besuche nach Nummer 180, 200 oder 210 nur für die folgenden neun Tage berechnet werden. Wird die Wochenbettbetreuung erst im Laufe der ersten zehn Tage nach der Geburt von einer anderen Hebamme übernommen, werden die Besuche bis zum zehnten Tag nach der Geburt vergütet.</i></p> <p>c) <i>In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 berechnungsfähig, weitere Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 dabei jedoch nur nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmung nach Buchstabe d. Der in Satz 1 genannte Zeitraum beginnt bereits am 10. Tag nach der Geburt, wenn der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt wird. Mehr als 16 Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 sind in diesem Zeitraum nur berechnungsfähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.</i></p> <p>d) <i>Ein weiterer Besuch nach Nummer 180 bis 210 an demselben Tag ist berechnungsfähig</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>aa) nach ambulanter Entbindung in den ersten zehn Tagen nach der Geburt sowie</i></p>	

Nr.	Leistung	Gebühr
	<p><i>bb) unabhängig von der Art der Entbindung während des gesamten Zeitraums bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bei Vorliegen insbesondere folgender Besuchsgründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung. Der Grund ist in der Rechnung anzugeben. Mehr als zwei Besuche an demselben Tag sind nur berechnungsfähig, wenn sie ärztlich angeordnet worden sind.</i></p> <p><i>e) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation berechnungsfähig.</i></p>	
180	Hausbesuch nach der Geburt	26,52 €
181	<p>Nr. 180 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p><u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</u></p>	31,82 €
190	Zuschlag zu der Gebühr nach Nr. 180 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt	5,71 €
200	Besuch in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	13,16 €
201	<p>Nr. 200 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p><u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</u></p>	15,79 €
210	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt	21,42 €

Nr.	Leistung	Gebühr
211	Nr. 210 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</u>	25,70 €
220	Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 180 bis 210, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	8,87 €
230	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium	5,10 €
240	Erstuntersuchung des Kindes einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U 1) nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung	7,65 €
250	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) oder im Rahmen der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation nach den vorgenannten Richtlinien und Befundübermittlung <i>Die Leistung nach Nr. 250 ist auch berechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial wegen Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode notwendig ist (z.B. Bilirubin-, Blutzucker-, pH-Kontrolle, Entzündungsparameter) sowie auf ärztliche Anordnung.</i> <i>Leistungen nach Nr. 240 und 250 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert sind.</i>	5,71 €

Nr.	Leistung	Gebühr
D. Sonstige Leistungen		
260	<p>Überwachung, je angefangene halbe Stunde</p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 260 ist bei der Überwachung der Mutter und/oder des Kindes auf ärztliche Anordnung berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Leistung nach der Nr. 260 beginnt nach Ablauf der 3-stündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.</i></p>	14,69 €
261	<p>Nr. 260 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p><u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</u></p>	17,63 €
270	<p>Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten)</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 270 ist nur berechnungsfähig, wenn die Rückbildungsgymnastik in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.</i></p>	5,71 €
280	<p>Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings</p>	26,52 €
281	<p>Nr. 280 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p><u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.</u></p>	31,82 €

Nr.	Leistung	Gebühr
290	<p>Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium</p> <p><i>Die Gebühren nach den Nr. 280 und/oder 290 sind frühestens nach Ablauf von 8 Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des 9. Monats nach der Geburt berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Leistungen nach den Nr. 280 und 290 sind jeweils höchstens 4x in diesem Zeitraum berechnungsfähig.</i></p>	5,10 €
E. Auslagenersatz/Wegegeld		
300	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung <u>bei Tag</u>	1,68 €
<u>301</u>	<u>Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Tag</u>	1,68 €
310	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung <u>bei Nacht</u>	2,38 €
	<u>Maßgeblich für die Berücksichtigung der Nr. 310 ist das Ende des Weges.</u>	
<u>311</u>	<u>Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht</u>	2,38 €
320	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung <u>bei Tag, je zurückgelegten Kilometer</u>	0,59 €
<u>321</u>	<u>Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Tag, je zurückgelegten Kilometer</u>	0,59 €

Stand: 01.07.08

330	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung <u>bei Nacht, je zurückgelegten Kilometer</u>	0,81 €
331	<u>Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht, je zurückgelegten Kilometer</u>	0,81 €
335	<u>Pauschale für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel</u> <u>Zur Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten sind die entsprechenden Belege einzureichen.</u>	<u>2,10 €</u>
340	Materialpauschale Vorsorgeuntersuchung <i>Die Pauschale nach Nr. 340 kann nicht neben der Nr. 350 abgerechnet werden.</i>	2,58 €
350	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen <i>Die Pauschale nach Nr. 350 kann nicht neben den Nrn. 340 und 360 abgerechnet werden.</i>	2,58 €
360	Materialpauschale Geburtshilfe <i>Die Pauschale nach Nr. 360 kann nur im Zusammenhang mit einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt geltend gemacht werden. Bei Leistungen, die in der Klinik erbracht werden, sind Materialien und Arzneimittel in der DRG enthalten, die die Klinik gegenüber der Krankenkasse geltend macht. Eine Abrechnung durch die Beleghebamme gegenüber der Krankenkasse ist nicht möglich.</i>	35,02 €
370	Materialpauschale, zusätzlich zu Nr. 360, bei Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen	28,33 €
380	Materialpauschale Wochenbettbetreuung	25,24 €
390	Materialpauschale bei Beginn der Betreuung später als vier Tage nach der Geburt	13,70 €

Stand: 01.07.08

400	Perinatalerhebung bei einer <u>vollendeten oder nicht vollendeten</u> außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten <i>Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Auswertung des Formblatts abgegolten.</i>	7,50 €
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

!Dieses Formular muss als letzte Seite in alle drei Exemplare der Abschlussarbeit eingebunden werden!

Name in Druckbuchstaben

Matrikelnummer

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Abschlussarbeit selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen habe ich unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Studenten/in

Erklärung über die Einsichtnahme in die Abschlussarbeit

Hiermit erkläre ich, dass meine Abschlussarbeit in unveränderter Fassung der Öffentlichkeit zwecks Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden kann.

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift des/der Studenten/in