

Schwangerschaftsvorsorge im Spannungsfeld der Berufsgruppen

Ein Plädoyer für Kooperation auf Augenhöhe und eine selbstbestimmte Schwangerschaftsbegleitung

DAGMAR HERTLE,
DANNY WENDE,
NIKOLAUS SCHMITT

Dagmar Hertle, Danny Wende und Nikolaus Schmitt sind MitarbeiterIn der BARMER am Institut für Gesundheitssystemforschung, bifg in Wuppertal

Die Betreuung schwangerer Frauen teilen sich in Deutschland GynäkologInnen und Hebammen. Dabei kann die Schwangere nach ihren eigenen Bedürfnissen frei wählen, von wem sie betreut werden möchte. Die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen und eine im Sinne der Schwangeren reibungsfreie Zusammenarbeit der Berufsgruppen wird jedoch seit Jahren durch formale Hürden behindert. Es resultieren Zuständigkeits- und Abrechnungskonflikte sowie Ängste hinsichtlich der Haftung. Schwangere geraten zwischen die Fronten der Berufsgruppen. Um Wahlfreiheit und gute Kooperation zu gewährleisten, müssen die Hürden beseitigt werden.

Die strukturellen Voraussetzungen für eine adäquate Versorgung von Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt sind immer wieder präsent in der öffentlichen Debatte (1, 2), denn die Thematik betrifft viele: In Deutschland werden jährlich etwa 780.000 Kinder geboren (3), Schwangerschaft und Geburt gehören zu den häufigsten Behandlungsanlässen (4).

Besonderheiten der Geburtsmedizin

Zwei Besonderheiten kennzeichnen den Versorgungsbereich rund um die Geburt: Erstens sind die meisten der Behandelten keine Patientinnen im üblichen Sinne, sondern gesunde Frauen, bei denen es um die Begleitung einer natürlichen Lebensphase geht und zweitens steht neben den ÄrztInnen mit den Hebammen eine spezielle Berufsgruppe für die Versorgung zur Verfügung. Im fünften Sozialgesetzbuch ist im

§24d der uneingeschränkte Anspruch der Schwangeren auf eine Versorgung durch beide Berufsgruppen festgeschrieben: „Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe einschließlich der Untersuchung zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerschaftsvorsorge“ (5).

Versorgungsanspruch und Versorgungswirklichkeit: Was zeigen die Daten einer großen Krankenkasse?

Die BARMER hat in ihren Abrechnungsdaten (ca. 9,1 Millionen Versicherte) untersucht, in welchem Umfang welche Leistungen der Schwangerschaftsvorsorge bei ihren Versicherten zwischen 2015 und 2019 durch Hebammen und GynäkologInnen tatsächlich abgerechnet wurden.

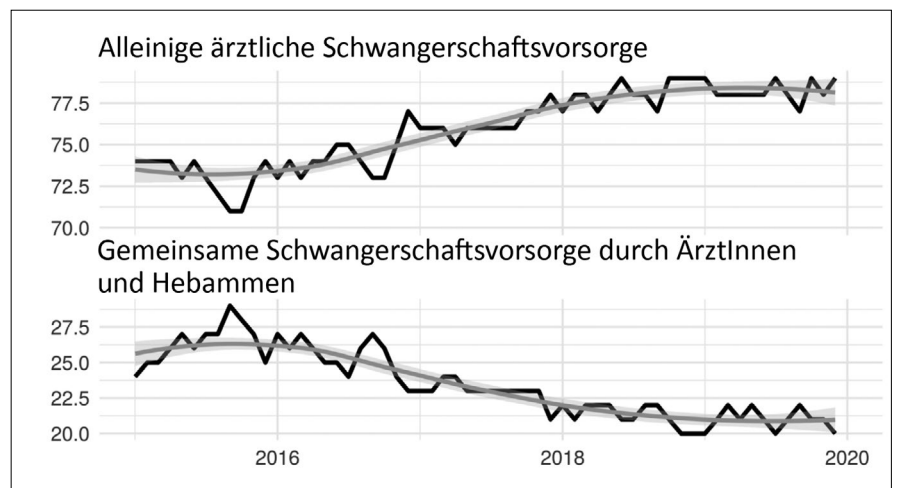
Hebammen und GynäkologInnen rechnen die Schwangerschaftsvorsorge in unterschiedlichen Systemen ab: Für die GynäkologInnen gilt eine pauschalierte Abrechnung für die Betreuung einer Schwangeren, die EBM Gebührenposition 01770. Darin sind alle Vorsorgeuntersuchungen eines Quartals und die vorgesehenen Ultraschall-Screeninguntersuchungen enthalten. Die Abrechnung der Hebammen erfolgt auf der Basis einer Einzelleistungsvergütung gemäß dem Leistungskatalog für Hebammen, der mit dem GKV-Spitzenverband vereinbart wird (6, 7). Eine Vorsorgeuntersuchung ist mit der Gebührenziffer 0300 abzurechnen. Der Analyse zugrunde gelegt wurden die abgerechneten Vorsorgeleistungen beider Berufsgruppen in den 10 Monaten vor einer Geburt in den Jahren 2015 bis 2019. Für den genannten Zeitraum konnten in den Daten 432.864 Geburten bei 351.147 Frauen mit 358.765 Kindern identifiziert werden. Das Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt war 31,54 Jahre. Bei 8.741 (2,0%) lagen Mehrlingschwangerschaften vor. 69.642 (19,4%) der Frauen waren im betrachteten Zeitraum mehrmals schwanger.

Wenn bei einer Schwangeren keine Hebammenvorsorge abgerechnet wurde, wird von einer rein ärztlichen Schwangerschaftsvorsorge ausgegangen (auch wenn andere Hebammenleistungen, z.B. Hilfe bei Beschwerden abgerechnet wurden). Tauchen die Vorsorgeziffern beider Berufsgruppen auf, liegt eine gemeinsame Schwangerschaftsvorsorge vor, ohne dass der anteilige Umfang weiter spezifiziert wird. Wurden keine ärztliche Vorsorgepauschale abgerechnet, sondern nur Vorsorgeleistungen von Hebammen, wird von einer hebammengeleiteten Schwangerschaftsvorsorge ausgegangen.

Schwangerschaftsvorsorge ist überwiegend in ärztlicher Hand

Die Daten zeigen, dass die ärztliche Vorsorge das Versorgungsgeschehen dominiert. Im Durchschnitt wurde für jede schwangere BARMER-Versicherte während der Schwangerschaft 3,9mal die ärztliche Quartalspauschale (01770) abgerechnet, jedoch nur durchschnittlich 0,37mal eine Vorsorgeuntersuchung bei der Hebamme (Ziffer 0300). Bei nur sehr wenigen Schwangeren, nämlich 355 Frauen über den gesamten Zeitraum von

Abbildung 1: Anteil der Geburten differenziert nach Schwangerschaftsvorsorge



Quelle: Eigene Darstellung, BARMER 2015-2019

fünf Jahren wurde keine ärztliche Vorsorgepauschale während der Schwangerschaft abgerechnet, sondern nur Vorsorgeleistungen bei einer Hebamme (0,08%). Für den bei weitem größten Anteil der Schwangerschaften, nämlich 325.917 (75%) wurde gar keine Schwangerschaftsvorsorge durch eine Hebamme abgerechnet, 104.368 (24%) Schwangere waren zur Vorsorgeuntersuchung sowohl bei der ÄrztIn als auch (mindestens einmal) bei einer Hebamme. Abbildung 1 zeigt darüber hinaus, dass der Anteil der rein ärztlichen Schwangerschaftsvorsorge im Zeitverlauf zunahm, wohingegen die Schwangerschaftsvorsorge durch beide Berufsgruppen abnahm. Dies trifft auch zu, wenn nur die Schwangeren betrachtet werden, bei denen keine Risikoschwangerschaft nach ICD Z35.9 kodiert wurde.

Die Daten zur gemeinsamen Schwangerschaftsvorsorge erlauben keine Aussage zur Häufigkeit einer ärztlichen und Hebammenvorsorge im Wechsel, da die Anzahl der ärztlichen Vorsorgen innerhalb eines Quartals aufgrund der Pauschale nicht dokumentiert ist. Die „gemeinsame“ Vorsorge liegt nach der hier verwendeten Definition auch dann schon vor, wenn während einer Schwangerschaft nur ein einziges Mal die Hebammenvorsorgeziffer abgerechnet wurde. Wenn man bei einer Vorsorge im Wechsel fünf durch die Hebamme abgerechnete Vorsorgeleistungen pro Schwangerschaft zugrunde legen würde, dann beträfe eine solche Versorgung etwa 1,2% der schwangeren BARMER-Versicherten.

Ein gesundheitsorientierter Blick verbessert das Outcome für Mutter und Kind

Obwohl die Mehrzahl der Frauen eine normale Schwangerschaft erlebt, sind Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett seit den 1960iger Jahren in Deutschland eingebunden in ein mittlerweile hochtechnisiertes Medizinsystem, das ärztlich dominiert ist und den Schwerpunkt auf das Erkennen und Behandeln von Risiken und krankhaften Zuständen legt. Unstrittig hat die medizinische Entwicklung lebensrettende Fortschritte mit sich gebracht, andererseits führt eine überbordende Risikofokussierung zu vermehrtem, oft nicht indiziertem Eingreifen (11), erkennbar u.a. an den hohen Kaiserschnitttraten, die mit Nachteilen für Mutter und Kind verbunden sind (12, 13). Dieser schon länger bestehenden Entwicklung trägt das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ mit einem konsequent salutogenetischen Ansatz Rechnung. Betont wird dabei insbesondere der präventive Ansatz der Hebammenbetreuung (14), die Studien zufolge u.a. zu geringeren Interventionsraten bei der Geburt, zur Vermeidung von Frühgeburten, zu einer höheren Stillrate und zu mehr Zufriedenheit bei den Frauen beiträgt (15–17). Im Teilziel 1.7 wird auf wissenschaftlicher Grundlage ausdrücklich die Stärkung einer multiprofessionellen Schwangerenvorsorge/-betreuung und Geburtsvorbereitung und die Entwicklung von Kooperationsmodellen für die Zusammenarbeit zwischen Frauenärz-

tInnen und Hebammen angestrebt (14). Der praktischen Umsetzung stehen jedoch seit Jahren zwei formale Hürden entgegen: Die Ausführungen zum Delegationsvorbehalt in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinie“) und die Interpretation der ärztlichen Abrechnungsbestimmungen im EBM.

Fehlerhafte Formulierung in der Mutterschafts-Richtlinie erschwert Zusammenarbeit der Berufsgruppen

In der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (18) ist ein Delegationsvorbehalt verankert, der eine Vorsorge durch die Hebamme nur vorsieht, „...wenn der Arzt dies im Einzelfall angeordnet hat oder wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat und daher seinerseits keine Bedenken gegenüber weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme bestehen“ (18). Dies steht aber im Widerspruch zum Leistungsanspruch wie er im § 24d des fünften Sozialgesetzbuches festgelegt ist, und deckt sich nicht mit dem Hebammengesetz und den Berufsordnungen der Hebammen. Die Befähigung zur Berufsausübung umfasst nämlich laut Hebammengesetz eine eigenverantwortliche Tätigkeit der Hebammen, welche auch das Erkennen von Risiken und Abweichungen umfasst, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen. Die Hebamme wird hier als Primärversorgende gesehen, die zur ÄrztIn schickt, wenn dies wegen eines pathologischen Schwangerschaftsverlaufs erforderlich ist. Das Vergütungsverzeichnis der Hebammen nimmt ausdrücklich Bezug auf die Leistungsinhalte der jeweils gültigen Fassung der Mutterschafts-Richtlinie. Entgegen den Aussagen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (19) sind also die Vorsorgeleistungen von Hebammen und ÄrztInnen gleichwertig. Dementsprechend ist eine doppelte Abrechnung nicht zulässig (20).

Fehlinterpretation hinsichtlich der Abrechnung von Vorsorgeleistungen

Die beschriebenen unterschiedlichen Abrechnungssysteme von Hebammen und GynäkologInnen (s.o.) stehen der

Durchführung der Schwangerschaftsvorsorge in unterschiedlichen Settings formal nicht im Wege und damit auch nicht der freien Wahl der Schwangeren über die Inanspruchnahme der Vorsorge bei einer ÄrztIn, bei einer Hebamme oder bei beiden im Wechsel (21, 22).

Allerdings wird die Abrechnungspauschale immer wieder dahingehend fehlinterpretiert, dass von der ÄrztIn alle im Quartal anfallenden Vorsorgeleistungen erbracht werden müssten, um die Pauschale zum Ansatz bringen zu dürfen, da ansonsten ein „Regress“ drohe. In einem eigens zu diesem Thema verfassten Newsletter lehnte der Berufsverband der Frauenärzte (BVF) Betreuungsmodelle mit eigenständiger Schwangerschaftsvorsorge bei einer Hebamme u.a. deshalb ab (23). Auch Kassenärztliche Vereinigungen verbreiten diese Fehlinformation. So heißt es im aktuellen Merkblatt zur Abrechnung der Mutterschaftsvorsorge der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (Stand Juli 2020): „Sofern nicht alle vorgesehenen Beratungen und Untersuchungen des jeweiligen Quartals erbracht werden können z.B. weil die Schwangere nicht mehr in der Praxis erscheint, kann die GOP 01770 nicht abgerechnet werden“ (24). Diese Auffassung zur Abrechnung der Vorsorgepauschale ist aus den Angaben zu den obligaten Leistungsinhalten im EBM, die Grundlage für die Abrechnungsfähigkeit sind, nicht abzuleiten. Dort wird zwar auf die Mutterschafts-Richtlinie Bezug genommen, jedoch heißt es lediglich, die Vorsorgeleistungen seien „im Allgemeinen alle vier Wochen zu erbringen“. Ein Ausschluss der Abrechnung bei nur einmaliger Vorsorge im Quartal, wie von der KVB kommuniziert, ist daraus nicht zu folgern. Dem widerspricht die Wahlfreiheit der Schwangeren, denn diese beinhaltet sowohl die Inanspruchnahme verschiedener Leistungserbringer als auch z.B. den Verzicht auf einzelne Vorsorgeleistungen, der keinesfalls die Abrechnung der Vorsorgepauschale ausschließt. Da alle Vorsorgeleistungen im Mutterpass dokumentiert werden, ist für den jeweiligen Leistungserbringer ersichtlich, welche Untersuchungen bereits stattgefunden haben, so dass eine unzulässige doppelte Leistungserbringung und Abrechnung von ÄrztInnen und Hebammen leicht vermieden werden kann. Eine systematische Prüfung der abgerechneten Schwangerschaftsvorsorgeleistungen durch die Krankenkassen –

wie im Newsletter des BVF behauptet wird (23) – findet im Übrigen nicht statt. Diese ist aus sachlogischen Gründen gar nicht möglich.

Zwischen den Fronten: Es fehlt die Ausrichtung auf das Wohl und die Wahlfreiheit der Schwangeren

Die beschriebenen Fehler und Fehlinterpretationen führen dazu, dass Schwangere zwischen die Fronten der Berufsgruppen geraten und verunsichert und unter Druck gesetzt werden. Es kam deswegen auch bereits mehrmals zu Anfragen an die Bundesregierung (25–27). Anlass war ein offener Brief der „Elterninitiativen für Geburtskultur“ (EfG), der darüber informiert hatte, dass Frauen in gynäkologischen Praxen in NRW ein Schreiben zur Unterschrift vorgelegt wurde, das „den Hinweis (enthalt), „dass Vertragsärzte [...] die „Behandlungspauschale“ für Schwangere „gegenüber der Krankenkasse nur abrechnen dürfen, [...] wenn nicht gleichzeitig eine Betreuung durch Hebammen stattfindet...“. Eine „Behandlung“ sei „nur noch dann erlaubt und möglich [...], wenn die Schwangeren [...] schriftlich versichern, dass weder eine gleichzeitige Hebammenversorgung noch eine Behandlung durch einen anderen Arzt im gleichen Quartal stattfindet oder stattgefunden hat“. Weiter wird ausgeführt: „Dem schließt sich eine von der Schwangeren zu unterzeichnende „Erklärung“ an, „im gleichen Quartal keine Vorsorgeuntersuchung bei einer Hebamme in Anspruch genommen zu haben...“. Mit der Unterschrift sollen sich die Schwangeren „ausdrücklich damit einverstanden“ erklären, „im Falle einer Verweigerung der Krankenkasse zur Übernahme der entstehenden Kosten“, „die Kosten [...] zu begleichen“. Solche und andere Beispiele zeigen, dass das gesetzlich verbrieftete Recht der Schwangeren unzulässig eingeschränkt werden soll und das Ziel einer bestmöglichen Versorgung und Wahlfreiheit nicht optimal umgesetzt wird.

Klarstellungen der Bundesregierung kommen in der Praxis nicht an

Alle Antworten der Bundesregierung (22) stellten zwar heraus, dass die Konstellation einer Vorsorge durch Hebamme und ÄrztIn im selben Quartal sich nicht

grundsätzlich ausschließen, sofern keine doppelte Leistungserbringung stattfindet. Im Detail blieben die Antworten aber schwammig und es wurde auch keine Klarstellung bei den zuständigen Institutionen veranlasst. Juristische Einschätzungen, wie die der Rechtsanwältin Claudia Halstrick, die bereits 2017 in der Fachzeitschrift „Frauenarzt“ veröffentlicht wurde, weisen in dieselbe Richtung (21) wie die Antworten der Bundesregierung. All dies reicht aber offenbar nicht aus, um die Versorgungslage zu verbessern, wie ein aktuelles Papier des Hebammenverbands Baden-Württemberg vom März 2020 zeigt (28), in dem die beschriebenen Konflikte erneut aufgegriffen werden. Ein Antrag der Elterninitiative „GreenBirth“ beim G-BA auf Änderung der Mutterschutz-Richtlinie vom Januar 2020 zielt in die richtige Richtung; bisher erfolgte jedoch keine

Reaktion seitens des G-BA (Mitteilung des Vorstands von GreenBirth e.V.).

Unterstützen statt verhindern: Vergütungsanreiz für eine kooperative Schwangerschaftsvorsorge

Versorgungsmodelle in anderen Ländern, wie z.B. den Niederlanden zeigen, dass ein deutlich höherer Prozentsatz von Frauen eigenverantwortlich durch Hebammen betreut werden kann, als dies in Deutschland der Fall ist (29) – bei sehr guten Outcomes. Der oben geschilderte Zuständigkeits- und Abrechnungskonflikt trägt jedoch wesentlich dazu bei, dass Hebammen hierzulande so wenig eigenständige Vorsorgeleistungen erbringen. Der Rückgang der Vorsorgeleistungen durch Hebammen in den letzten Jahren, in denen sich der

Konflikt weiter zuspitzte, unterstreicht dies.

Es ist nun Aufgabe des G-BA, die Mutterschaftsrichtlinie hinsichtlich des nicht gesetzeskonformen Delegationsvorbehaltes zu ändern und damit das Leistungsrecht vollständig umzusetzen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist aufgefordert, diese Korrektur einzufordern und zu genehmigen. Zusätzlich wäre eine klarstellende Anmerkung zur GOP 01770 im EBM Katalog durch den Bewertungsausschuss hilfreich. Ein Vergütungsanreiz sollte die kooperative Schwangerschaftsvorsorge unterstützen, wenn überzeugende Kooperationsmodelle vorliegen. Der Aufwand für die notwendigen formalen Veränderungen ist gering im Vergleich zum Nutzen für alle Beteiligten, insbesondere aber für die Frauen und ihre Kinder. ■

Literatur

1 Hebammenmangel in NRW:

Besorgniserregende Situation bei Schwangeren. Welt 2019, 20 November 2019.

2 Bruhn E: Gebärende haben keine Lobby. taz 2016, 27 June 2016.

3 Statistisches Bundesamt (DESTATIS):

Geburten: Veränderung der Zahl der Lebendgeborenen zum jeweiligen Vorjahr. Wiesbaden 2020.

4 Statistisches Bundesamt (DESTATIS):

Krankenhäuser: Krankenhausentbindungen in Deutschland. Wiesbaden 2020.

5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch –

Gesetzliche Krankenversicherung – § 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe: SGB V – § 24d 2015.

6 GKV-Spitzenverband:

Hebammenhilfevertrag.

7 GKV-Spitzenverband:

Hebammenvergütungsvereinbarung 2018.

8 Bundesministerium der Justiz und

für Verbraucherschutz: Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG) 2019.

9 Bundesministerium für Gesundheit:

Hebammenreformgesetz (HebRefG) 2019.

10 Ministerium für Gesundheit,

Emanzipation, Pflege und Alter NRW:

Hebammenberufsordnung NRW (HebBo) 2017.

11 Avery MD, Neerland CE, Saftner MA:

Women's Perceptions of Prenatal Influences on Maternal Confidence for Physiologic Birth. J Midwifery Womens Health 2019; 64(2): 201–8.

12 Fernandez Turienzo C, Sandall J, Peacock

JL: Models of antenatal care to reduce and

prevent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2016; 6(1): e009044.

13 Stokholm J, Thorsen J, Blaser MJ, et al.:

Delivery mode and gut microbial changes correlate with an increased risk of childhood asthma. Sci Transl Med 2020; 12(569).

14 Bundesministerium für Gesundheit:

Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt. Berlin 2017.

15 Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem

M, Gates S: Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. J Midwifery Womens Health 2010; 55(3): 255–61.

16 Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A,

Devane D: Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2016; 4: CD004667.

17 Butler MM, Sheehy L, Kington MM, et al.:

Evaluating midwife-led antenatal care: choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. Midwifery 2015; 31(4): 418–25.

18 Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinien

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien): zuletzt geändert am 20. Februar 2020.

19 Kassenärztliche Bundesvereinigung:

Schwangerenbetreuung: Hebammenhilfe und ärztliche Betreuung. EBM-Ratgeber. Deutsches Ärzteblatt 2017, 16 June 2017: A 1202.

20 GKV-Spitzenverband: Anlage 1.3

Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach § 134a SGB V 2017.

21 Halstrick C: Die Vergütung der

ärztlichen Schwangerenvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien – aktuelle Entwicklungen: BSG-Urteil und Schwangerenbetreuung 2017.

22 Bundesregierung (ed.): Antwort der

Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Linken zur Versorgung mit Leistungen der Schwangerenvorsorge und deren Vergütung: vom: Drucksache 18/10845 2017.

23 Berufsverband der Frauenärzte e.V.:

Newsletter Nr. 11 – 2015.

24 Kassenärztliche Vereinigung

Bayerns: Informationen zum Thema Mutterschaftsvorsorge 2020.

25 Die Linke: Kleine Anfrage der Linken

zur Versorgung mit Leistungen der Schwangerenvorsorge und deren Vergütung: Drucksache 18/10765 2016.

26 Die Grünen: Fragen an die

Bundesregierung und eingegangene Antworten: Frage 28: Drucksache 18/8281.

27 Die Grünen: Fragen an die

Bundesregierung und eingegangene Antworten: Frage 68: Drucksache 18/8052.

28 Hirschmüller AK: Gemeinsame

Schwangerenvorsorgeuntersuchung Hebamme Gynäkologin 2020.

29 Jonge A de, Mesman JAJM, Manniën

J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J: Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. BMJ 2013; 346: f3263.