

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsversorgung in der Kommune
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)**

29.04.2024

Deutscher

Hebammenverband e. V.

Geschäftsstelle Berlin

Lietzenburger Straße 53

10719 Berlin

T. 030-3940 677 0

F. 030-3940 677 49

referat-pol-strategie@hebammenverband.de

Vorbemerkung

Der DHV bedankt sich für die Möglichkeit, zum vorliegenden Referentenentwurf des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GSVG) Stellung nehmen zu können. Wir begrüßen und unterstützen ausdrücklich das Ziel, *„eine noch besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Interessen der an der Versorgung mitwirkenden Personen und Berufsgruppen“* zu erreichen.

Die Organisation der derzeitigen Versorgungslandschaft zeichnet sich durch zu starre Grenzen zwischen den Sektoren aus und ist zu stark auf die ärztliche Versorgung fokussiert, um die vielfältigen Bedürfnisse und Herausforderungen innerhalb der Bevölkerung abdecken zu können. Vor dem Hintergrund des zunehmend ungedeckten Fachkräftebedarfs sowohl im Bereich ärztlicher als auch nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, größer werdender Versorgungslücken - sowohl in ländlichen Regionen als auch in Metropolen - sowie angesichts des demografischen Wandel, erscheint die grundlegende Überarbeitung der Versorgungsstrukturen unumgänglich. Nicht nur müssen die vorhandenen Kompetenzen *aller* Gesundheitsberufe besser genutzt werden und für die Bürgerinnen und Bürger niedrigschwellig zur Verfügung stehen. Der Anteil der Arbeit der Leistungserbringer*innen, der durch Verwaltung und fachfremde Tätigkeiten gebunden wird, sollte deutlich reduziert werden, um die Versorgung effizienter zu gestalten. Die hohen Hürden zwischen dem klinischen und ambulanten Sektor müssen abgebaut werden und Anreize für gelungene Kooperationen regulatorisch gesetzt werden. Nur so können auf kommunaler Ebene regional passende Versorgungsangebote über Sektorengrenzen und Berufsgruppen hinweg etabliert und langfristig sichergestellt werden.

Der vorliegende Referentenentwurf entspricht leider nur noch in sehr begrenztem Ausmaß dem Titel des Vorhabens, nämlich der Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune. **In vorher bekannt gewordenen Versionen dieses Gesetzesentwurfs wurde das Ziel verfolgt, auf einen besseren Zugang benachteiligter Gruppen zur Gesundheitsversorgung, auf neue Ansätze in der Versorgung und auf mehr Prävention hinzuwirken. Diese Ziele sollten unbedingt Kernstück der benötigten Reform der Versorgungslandschaft bleiben.** Leider sind diese Ansätze im vorliegenden Entwurf kaum noch zu erkennen. Der DHV bedauert diese Entwicklung und betont ausdrücklich:

Die Chance, im ambulanten Bereich - als Gegenstück zu einer sich verändernden Krankenhauslandschaft - einen Schritt weiterzukommen und Innovationen und neue Versorgungsansätze möglich zu machen, sollte nicht vertan werden. **Der DHV bedauert daher ausdrücklich den kompletten Wegfall der Konzepte zu Primärversorgungszentren, Gesundheitskiosken und Gesundheitsregionen. Insbesondere der Ansatz der Gesundheitsregionen birgt großes Potential, um eine kooperative und flächendeckende Gesundheitsversorgung regional passend voranzubringen.** Solche niedrigschwelligen Zugänge sind im Sinne des sozialstaatlichen Subsidiaritätsprinzips sinnvoll.

Darüber hinaus unterstützt der DHV ausdrücklich das Ziel, den G-BA umzugestalten, mit einem stärkeren Fokus auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und die Ausweitung der Beteiligungsrechte verschiedener Berufsgruppen. In der detaillierten Ausgestaltung sieht der DHV allerdings noch Anpassungsbedarf. Die geplanten Stellungnahmerechte der Vertretungen der Hebammen sollen zu *„Mitberatungsrechten“* ausgebaut werden. **Der DHV fordert, das Mitberatungsrecht zu präzisieren und zu erweitern in Form eines eigenständigen Antragsrechts für die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen in den sie betreffenden Bereichen, nach Vorbild der im vorliegenden Entwurf für die Pflege vorgesehen Beteiligungsrechte.**

Mittelfristig wäre eine grundlegende Reform des G-BA sinnvoll, um die Gesundheitsberufe in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen umfassend in die Gestaltung der Versorgung einzubeziehen.

Zum vorliegenden Referentenentwurf nimmt der DHV im Einzelnen wie folgt Stellung:

Notwendigkeit der Reformierung des G-BA

Der G-BA sieht sich zunehmend mit dem Wandel der Versorgungslandschaft und damit neuen, komplexeren Versorgungsfragen konfrontiert, die über die ärztliche Versorgung weit hinaus reichen und die Leistungen und Kompetenzen weiterer Gesundheitsberufe massiv beeinflussen. Das wird auch aus der Formulierung der Hauptaufgabe des G-BA deutlich:

“Hauptaufgabe des G-BA ist es, in Richtlinien die Inhalte der gesundheitlichen Versorgung näher zu bestimmen und zu entscheiden, welche Leistungen von der GKV gezahlt werden. Damit erfüllt der G-BA seinen gesetzlichen Auftrag, dafür zu sorgen, dass alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten gut versorgt werden können und vom medizinischen Fortschritt profitieren. Zugleich dienen seine Richtlinien der Gewährleistung, dass die Versorgung qualitätsgesichert und wirtschaftlich erfolgt.”

In seiner jetzigen Verfasstheit kann der G-BA nicht ausreichend auf diese notwendigen Anforderungen reagieren, da wichtige Perspektiven und Stakeholder im Entscheidungsprozess fehlen. Eine qualitativ hochwertige und flächendeckende sowie niedrigschwellig zugängliche Gesundheitsversorgung ist nur möglich, wenn die verschiedenen gesundheitlichen Fachberufe auch in die Entscheidungen über die Versorgung einbezogen werden. Das gilt auch für die Sicht der Patient*innen, weswegen die Stärkung Rolle der Patient*innenvertretungen zu begrüßen ist und ebenfalls weiterentwickelt werden sollte.

Dafür wäre eine grundlegende Reform des G-BA notwendig. Somit ist eine Stärkung der Mitwirkungsrechte der Gesundheitsberufe in diesem Gesetzentwurf ein wichtiger Schritt, aber bei weitem nicht ausreichend. Der DHV begrüßt in diesem Zusammenhang ausdrücklich, dass den Berufsorganisationen der Pflegeberufe für die sie betreffenden Bereiche ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt werden soll.

Der DHV fordert, diese Ausgestaltung analog für die Berufsorganisationen der Hebammen in den sie betreffenden Bereichen umzusetzen:

Mitberatungs- und Antragsrechte für Hebammen im G-BA - Anpassungen in § 92 und § 136, SGB V

Durch die Anpassung des § 92a sollen laut Entwurf die Beteiligungsrechte der Hebammen ausgeweitet werden, durch das Recht auf Mitsprache im G-BA im Bereich der Mutterschaftsrichtlinien. Diese Ausweitung ist aus Sicht des DHV sehr begrüßenswert und notwendig, aber nicht ausreichend. Der DHV ist überzeugt, dass ein reines Mitberatungsrecht nicht ausreichend ist, wenn ergebnisoffene Diskussionen um die Verbesserung der Versorgungslandschaft initiiert werden sollen. Um die notwendigen Reformen in den Richtlinien und Normsetzung voranzutreiben und um neue Impulse für die Geburtshilfe zu ermöglichen, ist es daher notwendig, neben dem Mitberatungsrecht zusätzlich das Antragsrecht für Hebammen in den sie betreffenden Bereichen sicherzustellen.

Am Beispiel der Mutterschaftsrichtlinien lässt sich dies verdeutlichen. Die Mutterschaftsrichtlinien regeln zwar die ärztliche Versorgung, haben aber sehr konkret Einfluss auf die Versorgung durch Hebammen. Als Beispiel wäre hier die Ausgestaltung des Mutterpasses zu nennen, die die Vorsorgeuntersuchungen schwangerer Frauen strukturiert und somit einen entscheidenden Einfluss auf die Möglichkeiten der interprofessionellen Vorsorge hat, sowie auf die Gestaltung der Vorsorge durch die Frauen selbst. Auch die starke Risikofokussierung in der Schwangerenvorsorge wird entscheidend durch die Mutterschaftsrichtlinien geprägt. Hier sind Reformen notwendig, für die die Expertise von Seiten der Hebammen entscheidend ist. Für Hebammen, die als einzige Berufsgruppe in diesem Versorgungsbereich speziell für die Physiologie ausgebildet sind, ist ein Antragsrecht damit dringend geboten.

In diesem Zusammenhang begrüßt der DHV auch die klarstellenden Erläuterungen auf Seite 47 zur vollständig eigenverantwortlichen Tätigkeit der Hebammen, da dies in der Vergangenheit zu

Unsicherheiten in der Gesundheitsversorgung geführt hatte und in den Mutterschutzrichtlinien klargestellt werden musste. Bis heute besteht hier Klärungsbedarf und ein weiterer fachlicher Austausch im G-BA erscheint äußerst sinnvoll.

Auch bei der Festlegung von Standards und Qualitätssicherung ist ein reines Mitberatungsrecht nicht ausreichend. Der Bereich der klinischen Geburtshilfe zeigt hervorragend, warum im Sinne der Qualität, der Versorgungssicherheit sowie der Wirtschaftlichkeit die Beteiligung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe deutlich gestärkt werden muss. Die fachärztliche Sicht auf Geburten ist ausbildungs-gemäß eine stark risikoorientierte, pathologische Sichtweise und weniger auf die Begleitung und Betreuung der physiologischen Prozesse gerichtet. Diese Sichtweise entspricht der Rolle der ärztlichen Versorgung im Geburtsverlauf.

Das Problem in Bezug auf den G-BA ist, dass die gesamte Qualitäts- und Leistungsmessung auf der pathologischen Grundlogik aufgebaut ist, obwohl es sich bei der Geburt um einen physiologischen Prozess von meist gesunden Frauen mit gesunden Kindern handelt. Die Folge der einseitigen Risiko-Fokussierung ist die systembedingte Fehl-, Über- und Unterversorgung, die im Widerspruch zu internationalen Standards, dem nationalen Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt" sowie dem wirtschaftlichen Einsatz von Mitteln stehen.

Bislang wird die Expertise von Hebammen für die physiologische Geburtshilfe bei der Erarbeitung von Qualitätsstandards und Qualitätssicherungsverfahren nicht ausreichend berücksichtigt. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund unverständlich, dass es eine gesetzliche Hinzuziehungspflicht für Hebammen zur Geburt gibt, nicht jedoch für Ärzte. Bei Entscheidungen über die Qualitätsvorgaben der Geburtshilfe, die die Strukturen entscheidend mitgestalten, müssen Hebammen daher sowohl zwingend mitsprechen als auch Themen auf eigene Initiative einbringen können.

Der DHV schlägt daher folgende Formulierung des § 92 Absatz 1b vor:

12. § 92 wird wie folgt geändert: a) Absatz 1b wird durch die folgenden Absätze 1b und 1c ersetzt:

„(1b) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 und den Beschlüssen nach § 136, sofern sie die Geburtshilfe oder die Berufsausübung der Hebammen berühren, erhalten die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Es wird von bis zu zwei Vertretern der maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen ausgeübt. Absatz 7e Satz 3 bis 7 gilt entsprechend. Die Vertretung der Berufsverbände der Hebammen erhält Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss. Verzichtet ein Verband auf die in Satz 1 genannte Beteiligung an der Beratung, so ist ihm vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 ist zudem den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Wird die Formulierung des § 92 Absatz 1b wie vorgeschlagen übernommen, kann die Anpassung des § 136 Absatz 3 b bezüglich der Beteiligung der Hebammen folgerichtig entfallen. Grundsätzlich ist aber anzumerken, dass hier ggfs. folgende Formulierung vorzuziehen wäre:

19. § 136 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Im ersten Halbsatz wird das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe“ gestrichen.

b) Folgender Satz wird angefügt: „Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen sind zu beteiligen, soweit die Geburtshilfe oder die Berufsausübung der Hebammen berührt ist.“

Der Verweis auf § 134 a SGB V ist hier rechtstechnisch zu korrigieren, da in diesem Paragraph neben den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen auch Verbände der hebammengeleiteten Einrichtungen (Geburtshäuser) aufgeführt werden. Da hebammengeleitete Einrichtungen selbst keine Leistungserbringer, sondern rechtlich gesehen nur eine Organisationsform darstellen und damit nicht die Interessen der Hebammen als Berufsträgerinnen vertreten, ist die oben genannte Konkretisierung notwendig.

Darüber hinaus befürwortet der DHV ausdrücklich, dass den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften explizit die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt wird. Zum vorgeschlagenen §92, Absatz 1c zu Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 und 11 bittet der DHV darum zu präzisieren, dass hier als einschlägige Fachgesellschaft auch die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft einbezogen wird und verweist dazu auf die Stellungnahme der DGHWI.

Ausgehöhlte Reform - Chance für strukturelle Veränderungen in der Ausgestaltung der Versorgungslandschaft verpasst

Der DHV hat mit Bedauern festgestellt, dass alle Ansätze zur grundsätzlichen Umgestaltung der ambulanten Versorgungslandschaft sowie der besseren Verzahnung des klinischen mit dem ambulanten Sektor, aus der aktuellen Fassung des Referentenentwurfs gestrichen wurden. So wird die wichtige Chance verpasst, die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen oder sogar zu verbessern. Als Verband, der aus ethischen Gründen und auf Grundlage seiner Selbstverpflichtung nicht nur das Berufsinteresse von Hebammen, sondern insbesondere immer das Wohl der Frauen und Familien ins Zentrum seiner Überlegungen stellt, ist diese Lücke sehr enttäuschend. Gerade für den Bereich der Schwangerenversorgung, der Geburtshilfe als auch der Betreuung der Familien in Wochenbett und Stillzeit gibt es große Lücken, die dringend adressiert werden müssten.

In den zuvor bekannt gewordenen Entwürfen wurden mit Gesundheitskiosken, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen Ansätze formuliert, um neue Wege zu gehen und Gesundheit vor Ort zu gestalten. Wir können an dieser Stelle nur bestärken, dass es absolut notwendig ist, in unserem Gesundheitssystem sektorenübergreifend mehr Kooperation und Weiterentwicklung zu ermöglichen. Besonders der Prävention von Krankheiten oder Notfällen muss ein zentraler Stellenwert in der Versorgung zukommen. Gleichzeitig ist es notwendig, die flächendeckende Versorgung sowohl in Bezug auf sozial benachteiligte Gruppen unserer Gesellschaft als auch in strukturschwachen Räumen sicherzustellen. **Dass diese Ansätze im aktuellen Entwurf komplett entfallen, ist hoch problematisch. Gerade in Ergänzung zur Umgestaltung der Krankenhauslandschaft wären jetzt klare Schritte zur Verbesserung der ambulanten Versorgung dringend geboten gewesen.**

Es ist mit Sicherheit wichtig, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Die Herausforderungen in der ambulanten Versorgung werden so aber nicht nachhaltig oder konzeptionell umfassend angegangen. Der Fachkräftemangel sowohl bei ärztlichen als auch nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen ist ein so starkes Argument dafür, dass notwendige Reformen nicht länger nur von einer Berufsgruppe ausgedacht werden können, sondern als Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen und Kompetenzen sowie angepasst auf regionale Bedarfe organisiert werden muss.

Beim im Referentenentwurf mit Bearbeitungsstand vom 21.03.2024 enthaltenen Vorschlag zu Primärversorgungszentren war die Primärversorgung ebenfalls zu sehr mit hausärztlicher Versorgung gleichgesetzt worden. Sowohl der Einbezug weiterer Berufsgruppen als auch die Integration des Präventionsgedanken kam dabei zu kurz. Dies hätte aber im laufenden Anhörungsprozess ergebnisorientiert gelöst werden können. Mit dem kompletten Wegfall dieser Zentren bleibt es beim Status Quo, der erhebliche Hürden und Probleme bei der Versorgung der Bevölkerung ungelöst lässt.

Dies gilt noch stärker für das Konzept der Gesundheitsregionen, das für die Verbesserung der Versorgungsangebote für Mutter und Kind hervorragende Möglichkeiten bieten würde. Hier waren sowohl die Behebung regionaler Versorgungsdefizite als auch das Bedienen von Präventionsbedarfen als feste Bestandteile berücksichtigt, ebenso wie die Verbesserung der Zusammenarbeit an Schnittstellen der Versorgungsbereiche.

Als Hebammenverband betonen wir immer wieder: Gerade im Bereich der Hebammenarbeit mit dem Ansatz, Frauen über den gesamten Betreuungsbogen zu begleiten, scheitert gute Versorgung zu oft an mangelhafter interprofessioneller Zusammenarbeit im Bereich der Vor- und Nachsorge, an einer mangelnden Verknüpfung von Vor- und Nachsorge mit der (klinischen) Geburtshilfe sowie an einer besseren Verzahnung außerklinischer Geburtshilfe mit der klinischen Versorgung. Der physiologische Versorgungsansatz der Hebammen ist stark mit dem Präventionsgedanken verknüpft. Eine gute Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit sowie die Verhinderung unnötiger Interventionen sind die beste Prävention für Mutter und Kind. Über die strukturelle Einbindung von Hebammenhilfe wird die Gesundheitskompetenz der Familien nachhaltig gestärkt, was sich wiederum qualitativ und wirtschaftlich positiv auf die Gesundheitsversorgung auswirkt.

Die Umsetzung der Gesundheitsregionen hätte hier vielfältige Ansätze zur Entwicklung regionaler und passgenauer Versorgung bieten und die Qualität der Versorgung entscheidend verbessern können. Das wäre besonders vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen Gesundheitsökonomisch extrem sinnvoll.

Der DHV plädiert im Lichte dieser Argumente dafür, im Laufe des parlamentarischen Verfahrens den Einbezug besonders der Gesundheitsregionen und der Primärversorgungszentren nochmal neu zu überdenken und wieder im Gesetzesentwurf zu verankern.

Weitergehender Reformbedarf im Bereich der § 115 - 122 (Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten)

Die vorangehend beschriebene Problematik, dass die Versorgung zu sehr von der ärztlichen Versorgung ausgedacht wird, spiegelt sich auch darin wider, dass die Übergänge von ambulant zu stationär für den Arbeitsbereich der Hebammen bisher nicht angemessen geregelt sind. Die Paragraphen 115 - 122 sollten daher perspektivisch überarbeitet werden, um die Verzahnung der Sektoren auch im Bereich der Hebammenarbeit gesetzlich abzusichern. Das entspricht ebenfalls der ursprünglichen Zielsetzung dieses Gesetzes.

Hebammen sind das beste Beispiel, wie die sektorenübergreifende Versorgung flexibel organisiert werden kann. Es existiert ein breites Angebot von freiberuflichen Hebammenpraxen, aufsuchend tätigen Hebammen, Geburtshäusern sowie klinisch angestellten Hebammen. Viele Hebammen arbeiten sowohl im klinischen als auch im ambulanten Kontext. Mit dem System der Dienst-Beleghebammen und Begleit-Beleghebammen existieren zudem bereits erprobte Modelle der sektorenübergreifenden Kooperation. Diese Ansätze sollten im Rahmen des GVSG systematisch

ausgebaut werden, um die nahtlose Versorgung im gesamten Betreuungsbogen zu ermöglichen. Damit würden die Kommunen die notwendigen Werkzeuge an die Hand bekommen, regional passende Versorgungsangebote für Schwangere, Mütter und Kinder zu etablieren.

Für den Bereich der Hebammenhilfe regt der DHV daher an, die Einbindung von Hebammenpraxen, Geburtshäusern oder auch Kooperationsformen im Gesetz zu verankern. Sollten die weiterführenden Konzepte wie Primärversorgungszentren oder Gesundheitsregionen im weiteren Verlauf der Gesetzesberatungen wieder aufgegriffen werden, beteiligt sich der DHV gerne mit konkreten Vorschlägen, wie die bereits vorhandenen, gesetzlich geregelten Versorgungskompetenzen der Hebammenhilfe gewinnbringend in die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in den Kommunen eingebaut werden können.

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 22.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Hebammen in den Frühen Hilfen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammschüler*innen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.