

Hannover, den 28.08.2011

Sind die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) aufgrund des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) berechtigt bzw. verpflichtet die spezifische Tätigkeit von Familienhebammen zu finanzieren?

Lothar Rimpl, Jurist (Ass.), Sozialarbeiter (grad.)

Die Krankenkassen müssen bzw. dürfen die Kosten (teilweise) übernehmen, wenn ihre Versicherten ihnen gegenüber einen Anspruch auf diese Leistungen haben und diese ihrerseits mit den Familienhebammen vertraglich die Leistungen, Entgelte usw. festgelegt haben. Versicherte können hier alle Familienmitglieder sein, die durch die Familienhebamme betreut werden (Leistungsbeschreibung der Familienhebammen: siehe Anlagen.)

1.) § 20 (Prävention und Selbsthilfe) SGB V

Nach dieser Vorschrift sollen die Krankenkassen in ihren Satzungen „Leistungen zur primären Prävention vorsehen“. Weiter heißt es: „Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“

Für Primärpräventionsmaßnahmen kommen jene Bereiche in Betracht, in denen ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen Risikofaktoren und möglichen Erkrankungen besteht und eine später zu erbringende Behandlungsleistung der GKV zuzuordnen ist.¹ Darüber hinaus ist aber auch an Maßnahmen zu denken, die den Zugang zum Gesundheitssystem für Gruppen erleichtern, der ihnen aufgrund anhaltender sozialer Belastungen erschwert ist. Das Gesetz schreibt nicht vor, dass diese beiden Ziele miteinander verknüpft sein müssen; denkbar sind also auch Maßnahmen, die z.B. ihren Fokus auf den erleichterten Zugang zum Gesundheitssystem setzen

Die einzelnen Krankenkassen können nicht in eigener Zuständigkeit festlegen, welche Präventionsmaßnahmen sie unter welchen Umständen finanzieren. Nach § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V müssen sie gemeinsam (durch den Bund der Krankenkassen) Bedarf, Zielgruppen, Zugangswege, Inhalte und Methodik für sich verbindlich festlegen. Dieses ist in Form des Leitfadens Prävention geschehen². Zu prüfen ist also, ob die hier interessierenden Leistungen in den Katalog passen. Ist dieses nicht der Fall, ist zu bewerten, wie aussichtsreich eine (politische) Intervention wäre, um Änderungen zu erreichen.

¹ BT-Drs. 14/1245 S. 62

² Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010, Berlin

Der Leitfaden unterscheidet nach Setting-Ansätzen (Seite 23 ff) und individuellen Ansätzen (Seite 35 ff) und bezieht diese auf einzelne, begrenzte Handlungsfelder. Bezüglich der aufsuchenden Tätigkeit der Familienhebammen in den einzelnen Familien kommt nur der individuelle Ansatz in Betracht. Handlungsfelder, Altersvorgaben für die Zielgruppen und die Bevorzugung der Gruppenarbeit sehen verkürzt folgendermaßen aus:

- Bewegungsgewohnheiten (Reduzierung von Bewegungsmangel, Vorbeugung und Reduzierung gesundheitlicher Risiken durch Bewegungsprogramme . Alter: ab 6 Jahren.)
- Ernährung (Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung, Vermeidung und Reduktion von Übergewicht. Keine Altersbeschränkung.)
- Stressmanagement (Förderung von Stressbewältigungskompetenzen, Förderung von Entspannung. Alter: ab 6 Jahren.)
- Suchtmittelkonsum (Förderung des Nichtrauchens, gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkohols. Alter: ab 16 Jahren.)

Für Arbeit im Rahmen der o.g. Handlungsfelder werden Qualifikationsanforderungen (Grundausbildung und Zusatzqualifikationen) für die einzusetzenden Fachkräfte beschrieben (Anbieterqualifikation), von denen keine auf die Familienhebammen zutreffen.

Betrachtet man die Tätigkeit der Familienhebammen vor dem Hintergrund der Vorgaben des Leitfadens bezüglich der Altersangaben und der Gruppenarbeit, fällt der weit überwiegende Teil nicht unter die Finanzierbarkeit durch Krankenkassen. Im Hinblick auf die Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen trifft dieses sogar zu 100% zu.

Dieses Ergebnis ist besonders ärgerlich, weil es zu den originären Aufgaben der Familienhebammen gehört, durch aufsuchende Motivations- und Vermittlungstätigkeit ein Ziel von § 20 SGB V zu erreichen, nämlich die Erbringung eines „Beitrag(es) zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.“

Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden: Eine (Mit-) Finanzierung der GKV über „Präventionsmittel“ ist gegenwärtig nicht möglich. Dieses ist aber nicht in Stein gemeißelt, sondern könnte im Rahmen der Weiterentwicklung des „Leitfadens Prävention“ erreicht werden. In diesem Leitfaden ist der Wille zu einer solchen Weiterentwicklung ausdrücklich betont (Seite 18, Kommission zur Weiterentwicklung). Ebenso ist die modellhafte Erprobung weiterer Präventionsprinzipien zur Förderung innovativer Ansätze vorgesehen (Seite 15).

Bei den Gesprächen mit den Krankenkassen sind u.a. die nachstehenden Überlegungen und Zielsetzungen vorzubringen:

- Primärprävention setzt, im Gegensatz zur Sekundär- und Tertiärprävention, an den noch nicht erkrankten Menschen an; sie will den Eintritt von Erkrankungen verhindern. Die Maßnahmen als solche, mit denen dieses Ziel erreicht werden sollen, sind durch den Begriff „Primärprävention“ nicht eingegrenzt. Es kann sich z.B. um massenkommunikative Ansätze handeln, wie den Einsatz von Broschüren oder Filmen, um personale Maßnahmen, wie Unterricht und Gruppensitzungen oder auch um strukturelle Maßnahmen, wie die Verbesserung von Wohn- und Arbeitsbedingungen. Auch das am Einzelfall orientierte Arbeiten durch persönliches Aufsuchen, wie z.B.

Hausbesuche, zählt zu den primärpräventiven Maßnahmen.³ Die Primärprävention ist als nicht auf Gruppenarbeit und Unterricht beschränkt. (Siehe auch die Ausführungen zur „Bringstruktur“ im Leitfaden; Seite 16.)

- Wie die wissenschaftliche Begleitung der Maßnahmen durch die Stiftung „Eine Chance für Kinder“, Hannover⁴ belegt, wirkt der Einsatz von Familienhebammen präventiv, – allerdings nicht nur in einem gesundheitspräventiven Sinne, sondern in einem breiteren Maße. Positive Veränderungen zeigen sich in unterschiedlichsten Lebensbereichen und diese wiederum nicht nur bei den Kindern sondern auch bei den Erwachsenen.
 - Bei den **Kindern**: Pflege, Ernährung, medizinische Versorgung, körperlicher Zustand, Unruhe, Zeichen von Kindesvernachlässigung.
 - Bei den **Eltern**: fehlende/abgebrochene Ausbildung, fehlende Berufschancen, gewalttätiger Vater, (andere) Partnerprobleme, Suchtprobleme, Hemmnisse beim Zugang zum Gesundheitssystem, Überforderung der Mutter, mangelhafter sozialer Kontakt, schlechte materielle Lage.

Mit einer nicht genauer eingrenzbaeren Wahrscheinlichkeit wirkt die Arbeit der Familienhebammen gesundheitspräventiv. Es ist nicht erforderlich, dass der letztendlich gewünschte Erfolg auch tatsächlich erreicht wird.⁵ Die Möglichkeit der Zweckerfüllung ist ausreichend und bei Fragen von Pflege, Ernährung, medizinischer Versorgung (siehe die wissenschaftliche Begleitung) bezüglich der Kinder hinreichend belegt. Dieses kann auch bezüglich des Abbaus von Hemmnissen gegenüber dem Gesundheitssystem gesehen werden. Gerade hier ist der aufsuchende Ansatz besonders wichtig. Wenn ferne Zielgruppen erreicht werden sollen, die nicht die Angebote des Gesundheitssystems aufsuchen, müssen sie ihrerseits aufgesucht werden (Bringstruktur). Hier reichen Setting-Ansätze und die Befreiung von Zuzahlungen nicht aus.

Der Leitfaden Prävention sollte dem Aspekt der Ungleichheit von Gesundheitschancen durch eigene Maßnahmen mehr Gewicht einräumen. Um hier wirklich durchgreifende Erfolge vorweisen zu können, ist es notwendig, spezifische Maßnahmen, wie die der Familienhebammentätigkeit anzuerkennen. Darüberhinaus wäre es sinnvoll, im Zusammenhang mit spezifischen Erkrankungsbereichen (In der gegenwärtigen Fassung: Krankheiten des Kreislaufsystems; Seite 20) die Arbeit der Familienhebammen einzubeziehen. Für die Eltern wäre der Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern und z.B. bei Suchtmittelmissbrauch primärpräventiv vorzugehen. Bezüglich der (Klein-) Kinder wäre es Ziel, späteren Erkrankungen primärpräventiv vorzubeugen.

Für die Darlegung des nachweisbaren Zusammenhangs zwischen den Risikofaktoren in den betreuten Familien bzw. für die betreuten Kinder und möglichen Erkrankungen kann auf das vorhandene wissenschaftlich Material zurückgegriffen werden. Die Stiftung „Eine Chance für Kinder“ kann hier gerne behilflich sein.

³ Siehe Rosenstock: Primärprävention – Was ist das und was soll das? März 2008, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin, (auf den Autor wird im Leitfaden bezügl. der Ressourcenstärkung verwiesen; S. 14). Nomos, Kommentar zum SGB V, 3. Aufl., Baden-Baden, 2009, § 20 Rz. 7 (Adelt)

⁴ Schriftenreihe Band 1 (Einsatz von Familienhebammen zum Schutz des Kindeswohls – optimale Prävention von Kindesvernachlässigung), Hannover, 2008

⁵ Siehe Nomos (FN 3) § 20 Rz. 24 (Adelt) m.w.N.

- Eine bisher nicht berührte Frage ist von besonderer Wichtigkeit, nämlich die nach einer eventuell bestehenden anderen Zuständigkeit, hier die des Jugendamtes aufgrund des „Kinder- und Jugendhilfegesetzes“ (KJHG). In der Tat werden Familienhebammen im Rahmen von § 16 oder § 31 KJHG eingesetzt, und dies zurecht, soweit es sich um Aufgaben der Jugendhilfe handelt. Insoweit kann eine Zuständigkeit der GVK nicht bestehen. Rein soziale und familiäre Entwicklungsprobleme gehören zu den Aufgaben des Jugendamtes⁶. Andererseits gehören gesundheitliche Probleme zu den Aufgaben der Krankenkassen. Sie sind vorrangig zu Leistungen aus dem KJHG (§ 10 Abs.1 KJHG), hier jene aus § 20 SGB V (Prävention). Die Tätigkeit der Familienhebammen ist übergreifend in ihrer komplexen Anforderung und Ausgestaltung. Daraus ergibt sich eine Zuständigkeit der Krankenkassen für den präventiven Teil und für das Jugendamt bezüglich der restlichen Arbeit. Eine Gewichtung müsste vorgenommen werden. Auf jeden Fall ist kein Anteil so gering, dass man ihn zum Nachteil eines der beiden Sozialleistungsträger vernachlässigen könnte. Eine Kostenteilung ist angebracht; der Leitfaden schließt dies nicht aus (siehe Seiten 13 und 16).

Bei den Verhandlungen muss des Weiteren bedacht werden:

- Schon bevor sich die GKV überhaupt mit dem Thema befasst, könnten die Kommunen zu dem Entschluss kommen, bezüglich des gesundheitspräventiven Teils den Finanzierungssatz zu streichen. Dem muss unbedingt vorgebeugt werden.
- Die Krankenkassen könnten eine Finanzierung ablehnen, mit dem Argument, (siehe Leitfaden Seite 35) die Kommunen zögen sich aus einer „etablierten“ Förderung zurück. (Überhaupt besteht bei den Krankenkassen die Angst zu zusätzlichen Leistungen herangezogen zu werden, lediglich weil dieses im weiteren Zusammenhang auch gesundheitspräventiv wirken könnte wie man z.B. für die Eheberatung vorbringen könnte). Auch dem ist entgegenzutreten.
- Sollte eine GKV-Finanzierung tatsächlich ermöglicht werden, ist der Verwaltungsaufwand zu prüfen. Fraglich ist, ob eine hinreichende Finanzierung erreicht werden kann. Bewilligt werden gegenwärtig für Gruppensitzungen mit max. 15 Personen 8 Einheiten von jeweils 45 Minuten bis zu 12 Einheiten von je 90 Minuten. Auch Kompaktangebote sind möglich. Im Jahr sind max. zwei Kurse pro versicherte Person möglich. Allerdings sollen sozial benachteiligte Personen keinen Eigenanteil erbringen. Es bleibt auszuloten, inwieweit die GKV bereit ist, einen auf den Einzelfall bezogenen Ansatz hinreichen zu finanzieren.

2.) § 23 SGB V (Medizinische Vorsorgeleistung)

Nach § 23 Abs.1 Nr. 2 haben Versicherte u.a. Anspruch auf ärztliche Behandlung, wenn diese notwendig ist, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken. Reicht diese Leistung nicht aus, kann nach Abs. 2 eine ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten erbracht werden.

Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Familienhebammen kann hieraus nicht abgeleitet werden. Es muss eine Behandlung durch einen Arzt vorgenommen, bzw. Leistungen in einem anerkannten Kurort erbracht werden. Beide Voraussetzungen liegen für die Tätigkeit von Familienhebammen nicht vor.

⁶ Becker/Kingreen, SGB V, Kommentar, 2. Aufl. Beck, München, 2010; § 23 Rz. 6 (Welti)

3.) § 37a (Soziotherapie)

Die Soziotherapie ist keine Heilkunde, sondern entspricht eher der sog. Sozialtherapie, wie sie insbesondere für Sozialarbeiter/-pädagogen angeboten wird. Nach Abs.2 bestimmt der „Gemeinsame Bundesausschuss“ bei welchen Krankheitsbildern usw. Soziotherapie zum Zuge kommt. Die Arbeit von Familienhebammen fällt nicht darunter. (Auch die psycho-soziale Begleitung Substituierter durch Sozialarbeiter-/Pädagogen wurde nicht aufgenommen.)

4.) § 43a (Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen)

Nach dieser Vorschrift haben versicherte Kinder Anspruch auf u.a. psychologische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühesten Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen.

Auch diese Vorschrift kommt nicht zur Anwendung, da es bereits an der Übernahme der ärztlichen Verantwortung für das Tun der Familienhebamme mangelt.

5.) Ergebnis

Nach der vorgenommenen Prüfung (weitere Rechtsnormen als die Obigen wurden nicht geprüft, da Ansprüche aus rein ärztlicher Behandlung sowie Maßnahmen der Rehabilitation nicht in Betracht kamen) lässt sich die spezifische Tätigkeit der Familienhebammen nicht mit Krankenkassen abrechnen. Einzig eine entsprechende Überarbeitung des „Leitfadens Prävention“ könnte den Weg zu einer Abrechenbarkeit ebnen.

Anlagen: Leistungsbeschreibung „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter; Netzwerke Familienhebammen“

Aufgaben der Hebammen/ Differenziertes Aufgabenspektrum der Familienhebammen