



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines
Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz –
HebRefG) vom 20.03.2019

Berlin, 12.04.2019

Korrespondenzadresse:
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Für die insgesamt niedrige Kinder- und Müttermorbidität und -mortalität in Deutschland trägt entscheidend die hervorragende Zusammenarbeit von Ärztinnen, Ärzten und Hebammen in der Geburtshilfe bei. Diese qualitativ sehr gute Versorgungssituation mit ihren bewährten Qualitätsstandards gilt es auch in Zukunft beizubehalten und zu sichern. Die Bundesärztekammer hat sich daher stets für eine kontinuierliche qualitative Weiterentwicklung und Anpassung an sich verändernde Anforderungen in der Geburtshilfe eingesetzt. Die dreijährige duale Berufsausbildung von Hebammen und Entbindungspflegern hat aus Sicht der Bundesärztekammer bereits heute ein sehr hohes, allgemein anerkanntes Qualitätsniveau. Hebammen und Entbindungspfleger leisten einen wertvollen Beitrag in der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland.

Die Bundesärztekammer unterstützt daher die Bestrebungen des Gesetzgebers, die Ausbildung attraktiver zu gestalten und die Qualität der Berufsausübung weiter zu verbessern. Insbesondere vor dem Hintergrund des akuten Hebammenmangels in Deutschland und der teils gestiegenen Anforderungen an die Hebammentätigkeit sind entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation dringend erforderlich. Gleichwohl muss darauf geachtet werden, dass die geplante Akademisierung den akuten Fachkräftemangel von Hebammen und Geburtshelfern, der vor allem im stationären Bereich besteht, nicht verschärft und zu weiteren Engpässen im Kreißaal führt.

Soweit mit der Ausbildungsreform eine Senkung der Sectio-Rate verfolgt wird, merkt die Bundesärztekammer an, dass die Zahl der Entbindungen durch Kaiserschnitt zwar in den vergangenen Jahren nachweislich stark angestiegen ist, dies aber auf multifaktorielle Gründe zurückzuführen ist. Aus Sicht der Bundesärztekammer wird sich ein Rückgang von primären und sekundären Sectiones daher nicht allein durch eine Höherqualifizierung des Hebammenberufs erreichen lassen.

Insgesamt setzt sich die Bundesärztekammer für eine klare und rechtlich eindeutige Abgrenzung der Verantwortungs- und Tätigkeitsbereiche von Ärztinnen und Ärzten einerseits und Hebammen andererseits in der Geburtshilfe ein. Allerdings lässt der vorliegende Referentenentwurf zum Teil Auslegungsspielräume zu, die von der Bundesärztekammer kritisch gesehen werden. So stellt sich z. B. die Frage nach der Letztverantwortung für Mutter und Kind je nach Betreuungssetting.

2. Vorbemerkung

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer gliedert sich in drei Abschnitte. Die nachfolgenden Ausführungen konzentrieren sich insbesondere auf eine Bewertung der geplanten Definition des Hebammenberufs (Teil 1 - § 1 HebRefG-E), der Regelungen zur Geburtshilfe als vorbehaltene Tätigkeiten (Teil 1 - § 2 HebRefG-E) sowie des Studienziels (Teil 3 - § 9 Abs. 4 HebRefG-E).

3. Stellungnahme im Einzelnen

Teil 1 – Allgemeines

Der Hebammenberuf - § 1 HebRefG-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll der Hebammenberuf die selbständige und umfassende Beratung, Betreuung und Beobachtung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und der Stillzeit sowie die selbständige Leitung von physiologischen Geburten umfassen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Unklar bleibt, welche Zielstellung der Gesetzgeber mit der Beschreibung des künftigen Berufsbildes in § 1 HebRefG-E verfolgt. Im Begründungsteil des Referentenentwurfs wird lediglich angemerkt, dass die Aufzählung in § 1 – HebRefG-E aufgrund der umfassenden Tätigkeiten des Hebammenberufs nicht abschließend sei. Im Vergleich zum derzeit geltenden Hebmammengesetz (vgl. § 5 HebG) scheint § 1 HebRefG-E seinem Wortlaut nach (*„selbständige und umfassende Beratung, Betreuung und Beobachtung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, [...] die selbständige Leitung von physiologischen Geburten [...]“*) und in Zusammenschau mit § 9 Abs. 3 und Abs. 4 HebRefG-E auf eine deutliche Ausweitung der Handlungskompetenzen von Hebammen in der Geburtshilfe ausgerichtet zu sein. Insbesondere die „umfassende Beratung, Betreuung und Beobachtung (...)“ sieht die Bundesärztekammer wegen ihrer unbestimmten Abgrenzung zu Kerngebieten des Arztberufes kritisch.

Aufgrund des sehr unterschiedlichen Qualifikationsniveaus von Fachärzten (sechsjährige Hochschulausbildung und mindestens fünfjährige Facharzt-Weiterbildung) und Hebammen (dreijähriges duales Bachelorstudium bzw. dreijährige Berufsausbildung) ist eine klare Kompetenzabgrenzung für den Erhalt der hohen Qualitätsstandards in der Geburtshilfe in Deutschland unerlässlich.

Zudem existiert keine einheitlich gültige Definition der „physiologischen Geburt“. Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte daher zumindest der Begründungsteil um eine klarstellende Begriffsbestimmung der „physiologischen Geburt“ in Abgrenzung zur Risikoschwangerschaft und möglichen Komplikationen vor, während und nach der Geburt ergänzt werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Aufnahme einer klarstellenden Begriffsbestimmung der „physiologischen Geburt“ im Gesetzentwurf und Klarstellung der Kompetenzgrenzen des Hebammenberufes.

Teil 1 - Allgemeines

Geburtshilfe als vorbehaltene Tätigkeit - § 2 Abs. 3 HebRefG-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Ausnahme von Notfällen sind ausschließlich Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte zur Leistung von Geburtshilfe berechtigt. § 2 Abs. 3 HebRefG-E regelt ausdrücklich, dass Ärztinnen und Ärzte bei einer Geburt eine Hebamme hinzuziehen müssen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aufgrund des historischen Ursprungs und insbesondere der damaligen, ethisch sehr fragwürdigen Begründung für die Regelung in § 2 Abs. 3 HebRefG-E ist diese Regelung heutzutage nicht akzeptabel.

Die Bundesärztekammer setzt sich zudem dafür ein, dass in § 2 HebRefG-E ebenfalls ausdrücklich festgelegt wird, dass aus Gründen der Patientensicherheit Hebammen im Notfall, bei der Feststellung einer Risikoschwangerschaft sowie bei Anzeichen von drohenden Komplikationen umgehend eine Ärztin bzw. einen Arzt hinzuziehen müssen. Dies ist einerseits aus medizinischen Gründen andererseits aus haftungsrechtlichen Überlegungen erforderlich. Gemäß Kompetenzbeschreibung des Hebammenreformgesetzes-E muss die Letztverantwortung der ausschließlich durch Hebammen erfolgten Leistungen auch ausschließlich bei diesen liegen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 2 Abs. 3 HebRefG-E ist ersatzlos zu streichen. Stattdessen soll folgende Formulierung aufgegriffen werden:

„(3) Hebammen sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei Feststellung einer Risikoschwangerschaft, bei Anzeichen von drohenden Komplikationen und im eingetretenen Notfall unverzüglich eine Ärztin bzw. ein Arzt hinzugezogen wird.“

Teil 3 - Studium und Vertrag zur akademischen Hebammenausbildung /Abschnitt 1 Studium/Unterabschnitt 1 Studienziel, Zugang Dauer und Struktur sowie Akkreditierung von Studiengängen

Studienziel - § 9 HebRefG-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 9 HebRefG-E werden das Studienziel und die mit dem Abschluss des Studiums zu erlangenden Fähigkeiten für die künftige Hebammentätigkeit beschrieben. § 9 Abs. 4 Nr. 1 HebRefG-E enthält zudem einen ausführlichen, laut Begründungsteil nicht abschließenden, Katalog an Handlungskompetenzen zur künftig selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung des Hebammenberufs.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

§ 9 Abs. 3 Nr. 1 HebRefG-E

Die Bundesärztekammer merkt kritisch an, dass der in § 9 Abs. 3 Nr. 1 HebRefG-E in Bezug auf die Betreuungsaufgaben der künftigen Hebammentätigkeit verwendete unklare Begriff „hochkomplex(e)“ eine fehlende Trennschärfe zu den ärztlich zu verantwortenden Aufgaben aufweist. Ein Aufweichen aktueller Qualitätsstandards, z. B. gemäß Mutterschafts-Richtlinien, lehnt die Bundesärztekammer ab.

§ 9 Abs. 3 Nr. 2 HebRefG-E

Mit § 9 Abs. 3. Nr. 2 HebRefG-E soll festgeschrieben werden, dass „neue Technologien“ in das berufliche Handeln übertragen werden können. An dieser Stelle muss eine Präzisierung erfolgen, was unter „neue Technologien“ verstanden wird. Die Bundesärztekammer weist vorsorglich darauf hin, dass für die Anwendung bestimmter Technologien ein Arztvorbehalt gilt.

§ 9 Abs. 4 Nr. 1 HebRefG-E:

Die Bundesärztekammer sieht keinen Bedarf, die Inhalte dermaßen detailliert in das Hebammenreformgesetz aufzunehmen und damit über die Vorgaben nach Art. 40 Abs. 3 der EU-Richtlinie 2013/55 hinauszugehen.

Die unter § 9 Abs. 4 Nr. 1 HebRefG-E aufgeführten Aufgaben, die Hebammen künftig „selbständig und eigenverantwortlich ausführen“ sollen, sind teilweise kritisch zu sehen und müssen durch eindeutige Vorgaben, wann eine Ärztin bzw. ein Arzt von der Hebamme hinzugezogen werden muss, ergänzt werden. Der sehr knapp gefasste Begründungsteil zur Aufzählung der Handlungskompetenzen gibt kaum Anhaltspunkte für eine eindeutige Auslegung.

Zur derzeit vorgesehenen Aufzählung in § 9 Abs. 4 Nr. 1 Buchstaben a) bis q) ist zudem im Einzelnen Folgendes anzumerken:

§ 9 Abs. 4 Nr. 1 Buchstabe b)

Die Bundesärztekammer merkt kritisch an, dass es an einer konkreten Benennung fehlt mit Hilfe welcher Mittel eine Schwangerschaft durch Hebammen festgestellt werden soll, und setzt sich dafür ein, dass hier eine Präzisierung vorgenommen wird.

§ 9 Abs. 4 Nr. 1 Buchstabe e)

Hebammen sollen künftig selbständig und eigenverantwortlich die Überwachung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel ausführen. Der Referentenentwurf enthält jedoch keine konkretisierenden Aussagen darüber, welche „technischen Mittel(n)“ zur Überwachung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter von den Hebammen zukünftig eingesetzt werden dürfen. Der Einsatz bestimmter technischer Mittel im Verlauf einer Schwangerschaft und in der Nachsorge – wie z. B. Ultraschall-Untersuchungen - muss auch künftig Ärztinnen und Ärzten vorbehalten bleiben.

§ 9 Abs. 4 Nr. 1 Buchstabe i)

Es ist vorgesehen, dass Hebammen selbständig und eigenverantwortlich Frauen und Familien bei Tot- und Fehlgeburten sowie bei Abbrüchen von Schwangerschaften nach der zwölften Schwangerschaftswoche betreuen.

In der vorgesehenen Regelung bleiben Inhalt und Umfang der Betreuung unklar. Es stellt sich die Frage, ob diese auch eine medizinische Betreuung umfasst.

§ 9 Abs. 4 Nr. 1 Buchstabe k)

Hier liegt ein begrifflicher Widerspruch vor. Die Entwicklung eines Kindes aus Steißlage gilt als nicht „physiologische Geburt“ und darf somit nicht ohne ärztliche Anwesenheit eigenständig von einer Hebamme durchgeführt werden.

Die Gefahr von Komplikationen in der Schwangerschaft ist bei einer Beckenendlage des Kindes erhöht. Eine Beckenendlage und somit eine mögliche Steißgeburt des Kindes zählen zu den relativen Indikationen für einen Kaiserschnitt (operative Geburt). Eine Begleitung durch einen Arzt bzw. eine Ärztin ist aus Sicht der Bundesärztekammer aus Gründen des Patientenschutzes zwingend erforderlich.

Im Übrigen ist eine explizite Nennung der selbständigen und eigenverantwortlichen Durchführung von Steißgeburten durch Hebammen unter Buchstabe k) auch formal nicht stimmig, da Anzeichen von Regelwidrigkeiten bei Mutter und Kind, die das ärztliche Eingreifen erforderlich machen, unter Buchstabe l) subsumiert sind.

Die Regelung in § 9 Abs. 4 Nr. 1 Buchstabe k) ist somit insgesamt obsolet.

§ 9 Abs. 4 Nr. 1 Buchstabe o)

Grundsätzlich ist kritisch anzumerken, dass unter diesem Punkt zwei nicht vergleichbare Situationen, eine Notfallsituation und eine „geplante Regelsituation“, gemeinsam genannt werden. Für die sehr unterschiedlichen Konstellationen sollen gemäß Referentenentwurf gleiche Regelungen getroffen werden.

§ 9 Abs. 4 Nr. 1 Buchstabe o) aa)

In diesem Unterpunkt werden u. A. folgende medizinischen Maßnahmen beschrieben: „(...) *die manuelle Ablösung der Plazenta, an die sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt, einzuleiten und durchzuführen (...)*“.

Die hier beschriebenen Maßnahmen zählen zu den originär ärztlichen Tätigkeiten. Es besteht daher aus Sicht der Bundesärztekammer dringender Klärungsbedarf dahingehend, welcher besondere Versorgungsbedarf aus gesetzgeberischer Sicht dieser Regelung zugrunde gelegt wurde.

§ 9 Abs. 4 Nr. 1 Buchstabe o) bb)

In diesem Unterpunkt wird die Durchführung der Wiederbelebnungsmaßnahmen bei der Frau und dem Neugeborenen beschrieben.

Aus Sicht der Bundesärztekammer muss geklärt werden, welche konkreten Wiederbelebnungsmaßnahmen künftig auch von Hebammen durchgeführt werden dürfen.

Bei Handlungen, die über die Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen im Notfall hinausgehen, muss immer eine Ärztin bzw. ein Arzt hinzugezogen werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Ersetzen des § 9 Abs. 4 Nr. 1 HebRefG-E durch die entsprechenden Vorgaben nach Art. 40 Abs. 3 der EU-Richtlinie 2013/55.

Redaktioneller Änderungsvorschlag in § 9 Abs. 1 HebRefG-E:

„(1) Das Studium zur Hebamme vermittelt die fachlichen und personalen Kompetenzen, die für die selbständige und umfassende Hebammentätigkeit im klinischen sowie und ambulanten Bereich erforderlich sind. Die Vermittlung erfolgt **auf** wissenschaftlicher Grundlage nach wissenschaftlicher Methodik.“

Dauer und Struktur des Studiums - § 11 HebRefG-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 11 HebRefG-E soll die Studiendauer mit mindestens sechs Semestern und höchstens acht Semestern für die Hebammenausbildung festgelegt werden. Das Studium soll künftig aus einem berufspraktischen Teil von mindestens 2100 Stunden und einem hochschulischen Teil von mindestens 2100 Stunden bestehen.

Aktuell umfasst die duale Hebammenausbildung ebenfalls drei Jahre und beinhaltet 1600 Stunden Theorie und 3000 Stunden praktische Ausbildung.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist die geplante Ausweitung der praktischen Kompetenzen in der Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen in der Geburtshilfe durch akademisch ausgebildete Hebammen bei gleicher Ausbildungsdauer (drei Jahre) und gleichzeitiger Reduzierung des Praxisanteils im Vergleich zur dualen Berufsausbildung als problematisch anzusehen. Aus Sicht der Bundesärztekammer stellt sich die Frage, wie das geplante, wesentlich höhere Anforderungsniveau für die künftige Berufsausübung bei gleichbleibender Ausbildungsdauer erreicht werden soll. Auf die Ausführungen zu § 1 – HebRefG-E zu den unterschiedlichen Qualifikationsniveaus von Fachärztinnen und -ärzten sowie Hebammen wird verwiesen.