



Geschäftsstelle  
Postfach 20 03 63  
80003 München  
Telefon (0 89) 2 444 66 0  
Telefax (0 89) 2 444 66 100  
E-Mail [bvf@bvf.de](mailto:bvf@bvf.de)  
Internet <http://www.bvf.de>

## **Stellungnahme des BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung vom 20.03.2019**

Der Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF) ist die berufliche Interessenvertretung, Sprachrohr und Plenum von über 14.900 Frauenärztinnen und Frauenärzten aus Praxis und Klinik, öffentlichem Dienst und anderen Institutionen.

### PRÄAMBEL

Das wichtigste Anliegen aller Frauenärztinnen und -ärzte ist die Bewahrung und Schaffung der Gesundheit von Mädchen und Frauen. Sie beraten und betreuen ihre Patientinnen in allen Fragen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe in jedem Lebensalter, angefangen bei Impfungen, Verhütung und Kinderwunsch, bis hin zu Schwangerschaft und Geburt, sowie allen Themen der Krankheitsprävention und im Krankheitsfall.

Die Strukturierung und Übernahme der Schwangerenvorsorge durch FrauenärztInnen ist im Verbund mit der Geburt in der Klinik für den einmaligen und massiven Rückgang der perinatalen Morbidität und Mortalität von Kind und Mutter seit 1961 verantwortlich.

Daher ist es für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und den Berufsverband der Frauenärzte völlig unverständlich, dass Frauenärztinnen und Frauenärzte bei der Entstehung des Arbeits- und Referentenentwurfes weder maßgeblich noch überhaupt involviert waren, obwohl FrauenärztInnen nicht nur *die* Experten in Schwangerschaft und Geburt, sondern auch diejenigen sind, die Hebammenschulen begründen, leiten und Hebammen selbst ausbilden.

Der Referentenentwurf ist ohne diese Expertise denn auch in verschiedenen Punkten defizitär, und geht mehrfach von falschen Kausalzusammenhängen aus.

Der Berufsverband der Frauenärzte e.V. konstatiert, dass die Vorgaben der EU-Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und damit die bisherigen Modellvorhaben bei einer Akademisierung der Ausbildung von Hebammen umgesetzt und gesetzlich neu geregelt werden sollen.

Unter (23) stellt die RL 2005/36/EG jedoch fest: **„Es erscheint nicht wünschenswert, für alle Mitgliedstaaten einen einheitlichen Ausbildungsgang für Hebammen vorzuschreiben. Es ist sogar angezeigt, den Mitgliedstaaten möglichst viel Freiheit bei der Gestaltung der Ausbildung zu lassen.“**

Die Schwangerenvorsorge in Deutschland ist in den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss umfassend und zielführend geregelt. Gemäß den Mutterschaftsrichtlinien ist das vorrangige Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten, die Durchführung der dazu erforderlichen Untersuchungen obliegt den Ärztinnen und Ärzten. Eine unabhängig vom Arzt erfolgende Schwangerenvorsorge stellt keine Versorgung nach den Mutterschaftsrichtlinien dar. In den Richtlinien ist weder die ausschließliche noch die abwechselnde Schwangerenvorsorge durch Hebammen vorgesehen. In den Mutterschaftsrichtlinien ist lediglich unter A **Nr. 7 vorgesehen**, dass **„die Hebamme bestimmte Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, wie z.B. Feststellung der Lage des Kindes ..., selbst durchführen kann, wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat“**. Die Richtlinie weist jedoch an dieser Stelle darauf hin: **„Die Delegation der Untersuchungen an die Hebamme entbindet den Arzt nicht von der Verpflichtung zur Durchführung der von ihm vorzunehmenden Untersuchungen....“**

Aufgrund des in Deutschland geltenden Wirtschaftlichkeitsgebot gem. § 12 SGB V und dem Wortlaut der Mutterschaftsrichtlinien ist die gem. § **24 d SGB V vorgesehene Hebammenhilfe gegenüber der ärztlichen Schwangerenvorsorge nachrangig**. Eine entsprechende Klarstellung im Hebammengesetz und im Leistungsrecht der Hebammen wäre zu begrüßen. Der Entwurf überschreitet ohne Notwendigkeit auch in weiteren Belangen die Vorgaben der EU-Richtlinien. Das betrifft neben der nicht erforderlichen ‚Voll‘-Akademisierung auch z. B. die Beschreibung des Wissens um die Familienplanung, das ausdrücklich nur ‚angemessenen‘ sein soll, sowie die Ausführung unter B. Besonderer Teil § 2 ‚Sie (die Hebamme) leitet eine physiologisch verlaufende Geburt .....‘

**Der Referentenentwurf wird dem gesetzten Ziel, die Versorgung in der Geburtshilfe zu verbessern, nicht gerecht, sondern wird die bestehenden Versorgungsengpässe im Kreißaal und im Wochenbett erheblich verschärfen.**

## EINZELNE PUNKTE

### I.

#### ***Umsetzung der EU-Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 07.09.2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der EU-Richtlinie 2013/55 zur Änderung der Richtlinie 2005/36 vom 20.11.2013***

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) begründet die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung mit der Vorgabe durch das Europäische Parlament in Form der EU-Richtlinie 2005/36 und 2013/55. Die EU-Richtlinien fordern jedoch lediglich, dass die Zugangsvoraussetzung zur Hebammenausbildung von einer 10-jährigen auf eine 12-jährige allgemeine schulische Ausbildung angehoben wird, und die Ausbildung der Hebammen sicherstellen muss, dass diese genaue Kenntnisse der Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebammen beruhen, insbesondere der Geburtshilfe und der Frauenheilkunde, im Laufe der Ausbildung erwerben.

**Es ist zwar richtig, dass die Richtlinie 2013/55/EU eine Anhebung der Schulausbildung von 10 auf 12 Jahre als Zugangsvoraussetzung für die Hebammenausbildung fordert, „damit sie über den Hintergrund einer soliden Allgemeinbildung verfügen“. Nicht richtig ist jedoch, dass damit die vollständige Akademisierung des Hebammenberufs erfolgen muss.**

Die EU-Richtlinien verbieten nicht, dass weiterhin eine Wahlfreiheit für angehende Hebammen besteht, ob BerufsanfängerInnen einen praktisch orientierten Ausbildungsberuf ergreifen oder eine Fachhochschulausbildung wählen.

Obwohl der Studiengang seit Jahren an mittlerweile 16 Hochschulen existiert, haben die Hebammenschulen einen überbordenden Zulauf. Die meisten Anfängerinnen entscheiden sich für die Ausbildung an den über 60 Hebammenschulen mit ihrer hervorragenden praktischen und theoretischen Ausbildung

In den bisherigen Bundestagsdrucksachen (18/9440 vom 19.08.2016) sowie wie WD8/3000/114/18 vom wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages zur Hebammenqualifikation und ebenso im Referentenentwurf wird ohne Begründung oder gar EU-Bezug behauptet, dass eine Teilakademisierung für diesen Beruf nicht in Betracht käme. Ebenso unbegründet ist die Behauptung, dass ein Nebeneinander zweier Ausbildungswege für Hebammen zu einer Spaltung der Berufsgruppe führen würde.

Da eine vollständige Akademisierung, wie im Entwurf geplant, zur Perpetuierung des Hebammenmangels im Kreissaal und im Wochenbett führen wird, ist die Beibehaltung der beiden Ausbildungsmöglichkeiten in Schule und Studium von existenzieller Bedeutung für die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland.

Die bisherige Schulausbildung von drei Jahren wird mit einem Bachelorabschluss faktisch um ein halbes Jahr verkürzt, weil in den 3 Jahren - neu - sechs Monate für die Bachelorarbeit enthalten sind. Gleiches gilt für die Masterarbeit.

Die praktische Ausbildung kommt, wie in anderen Ländern mit einer ausschließlichen Akademisierung, zu kurz.

Aufgrund der Erfahrungen mit den Modellvorhaben muss bezweifelt werden, dass Hebammen mit Masterabschluss für die stundenlange Betreuung am Kreißbett zur Verfügung stehen.

## II.

***Die Akademisierung der Hebammenausbildung soll die Kaiserschnitttrate in der Geburtshilfe senken.***

***Der Referentenentwurf behauptet, dass „die hohe Kaiserschnitttrate in der Geburtshilfe evidenzbasierte Konzepte für eine von Hebammen geleitete Geburtshilfe dringend erforderlich macht“.***

**Die Annahme, dass eine hebammengeleitete Geburtshilfe die Kaiserschnitttrate verändern könnte, ist nicht nur falsch, sondern eine Unterstellung und durch keinerlei evidenzbasierte Studien belegt.**

Hauptgrund für die Fehlannahme im Entwurf ist, dass die tatsächlichen Ursachen für die Kaiserschnitttrate in der deutschen Geburtshilfe nicht berücksichtigt werden.

Die wahren Ursachen werden dazu passend auch in allen Verlautbarungen von Hebammenverbänden regelmäßig ausgeblendet.

Ursachen für die Sectio-Rate sind

- das gestiegene mütterliche Alter - so ist der Anteil von Frauen, die im Lebensalter über 35 Jahren ein Kind bekommen in Deutschland auf mittlerweile 22% angestiegen; mit zunehmendem Alter der Mutter steigt jedoch unter anderem das Risiko für Bluthochdruck auf mütterlicher und für Fehlbildungen auf kindlicher Seite.
- die Zunahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen

- der forensische Druck in der Geburtshilfe (der Entbindungsmodus hat sich aufgrund der haftungsrechtlichen Vorgaben in den letzten Jahrzehnten von einer risikoorientierten zu einer defensiven Geburtshilfe orientiert).
- sowie die Gefühlslage der Mutter, und die elektive Sectio.

(Übersichtsarbeit Ioannis Mylonas, Klaus Friese in Deutsches Ärzteblatt | Jg. 112 | Heft 29–30 | 20. Juli 2015 ).

### III.

#### **Die Akademisierung der Hebammenausbildung soll Versorgungsengpässen im ambulanten als auch im stationären Bereich entgegenwirken.**

Im Referentenentwurf wird ausgeführt, dass „*bezüglich der Hebammenversorgung immer wieder von Versorgungsengpässen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich berichtet wird. Eine qualitativ hochwertige, modern ausgestaltete Hebammenausbildung soll entscheidend zur Attraktivität des Hebammenberufs beitragen.*“

Es ist zutreffend, dass es trotz der höchsten Zahl an Hebammen in der Hebammenversorgung zunehmend Versorgungsengpässe gibt. Diese betreffen im ambulanten Bereich jedoch ausschließlich die Wochenbettversorgung (in Form von Hausbesuchen der Hebamme bei der frisch entbundenen Mutter) und im stationären Bereich die Kreißsaalbetreuung.

#### **In der ambulanten Schwangerenvorsorge gibt es hingegen keine Versorgungsengpässe.**

Die Schwangerenvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss wird umfänglich, flächendeckend und wohnortnah durch 11.000 hochqualifizierte Frauenärztinnen und Frauenärzte abgedeckt. Zudem ist festzustellen, dass zwar viele Hebammen Schwangerenvorsorgeleistungen erbringen, aber deutlich weniger die aufsuchende Wochenbettbetreuung anbieten.

Eine solche Schwangerenvorsorge nach den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen existiert in anderen Ländern nicht. Die Richtlinien regeln seit der Begründung 1965 - durch Frauenärzte, Krankenkassen und Politik - die frauenärztliche Schwangerenvorsorge. Sie decken den Bedarf bundesweit vollkommen ab.

Der Referentenentwurf geht davon aus, dass die Akademisierung Versorgungsengpässe in der Hebammenversorgung verbessert. Es ist möglich, dass die Akademisierung die Attraktivität des Hebammenberufs für einige Berufsanfängerinnen und -anfänger steigern wird.

Falsch ist jedoch die Annahme, dass die Versorgungsengpässe im Kreißaal und in der Wochenbettversorgung damit gelöst werden könnten.

Akademisierte Hebammen werden mehrheitlich nicht den Dienst in der klinischen Geburtshilfe und im Wochenbett auszuüben.

Ursache für den Hebammenmangel in der Geburtshilfe sind die Arbeitsbedingungen und Belastungen in den geburtshilflichen Abteilungen. Diese wiederum sind insbesondere durch die mangelnde Finanzierung der geburtshilflichen Abteilungen im DRG-System bedingt.

Das BMG (Schreiben von Staatssekretär Stroppe vom 02.03.2018 an die DGGG und BVF) hat selbst darauf hingewiesen, dass es keinen Mangel an ausgebildeten Hebammen gibt. Vielmehr stehen die ausgebildeten Hebammen nicht im Kreißaal zur Verfügung, sondern sind im Bereich der ambulanten Schwangerenvorsorge tätig. Zusätzlich üben viele Hebammen ihren Beruf nicht mehr in Voll- sondern in Teilzeit aus.

Daran wird auch eine akademisierte Ausbildung nichts ändern.

Bereits heute ist in den Modellvorhaben zu beobachten, dass akademisierte Hebammen bei der Wahl der Studienschwerpunkte weniger Interesse an dem Schwerpunkt Geburtshilfe (Wahlpflicht klinische Expertise) als an den Bereichen Gesundheitsmanagement und Pädagogik zeigen.

Eine Vollakademisierung ohne Beibehaltung der Hebammenschule als Alternative wird daher den Hebammenmangel in der Geburtshilfe und der Wochenbettbetreuung erheblich verstärken.

Stattdessen muss die Hebammentätigkeit im Kreißaal besser honoriert und von unnützen Tätigkeiten befreit werden (siehe auch gemeinsame Schreiben der DGGG, des BVF, des BLFG und der Hebammenverbände an die Minister Gröhe und nachfolgend Spahn).

#### **IV.**

##### ***Hinzuziehungspflicht der Hebamme zu jeder Geburt***

**Aufgrund der bereits bestehenden Versorgungsengpässe im Kreißaal muss die Hinzuziehungspflicht einer Hebamme zur Geburt gemäß § 2 Abs. 3 Hebammenreformgesetz endlich gestrichen werden.**

**Es wird ohne nähere Begründung im Entwurf ausgeführt, dass aus gesundheitspolitischen Erwägungen an der Hinzuziehungspflicht festzuhalten sei.**

Der historische Hintergrund, der 1939 mit dem Erlass des Reichshebammengesetzes durch die Nationalsozialisten zur Einführung der Hinzuziehungspflicht für Hebammen bei jeder Geburt geführt hat, sollte für die Politik Anlass sein, diese unsinnige und Ressourcen verschwendende Regelung aufzuheben.

Diese Regelung sicherte ab 1939 die Meldung von kranken und behinderten Kindern durch Hebammen. Eine derartige Hinzuziehungspflicht wurde auch nur in Deutschland und Österreich Gesetz. Mit Blick auf den Hintergrund der Einführung der Hinzuziehungspflicht ([https://www.hebammenverband.de/verband/geschichte/index.php?eID=tx\\_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1559744552&hash=4004f415d7c4bca1728928a93c6b25a8fbb2d2&file=/fileadmin/user\\_upload/pdf/DHV\\_Stellungnahme\\_HebammenNationalsozialismus\\_final\\_2016.pdf](https://www.hebammenverband.de/verband/geschichte/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1559744552&hash=4004f415d7c4bca1728928a93c6b25a8fbb2d2&file=/fileadmin/user_upload/pdf/DHV_Stellungnahme_HebammenNationalsozialismus_final_2016.pdf)) ist die Formulierung, dass an der „Hinzuziehungspflicht aus gesundheitspolitischen Gründen festzuhalten sei“, mehr als fragwürdig.

Aufgrund dieser absurden Regelung ist es zudem bereits wiederholt - und zwar aufgrund alleinigen Hebammenmangels - zu kurzfristigen Schließungen von Kreissälen gekommen, und Schwangere mussten trotz Wehentätigkeit abgewiesen werden und andere Kliniken aufsuchen.

Die Hinzuziehungspflicht bei operativen Entbindungen wie der Sectio und bei mehr als 10% aller Frühgeburten muss ohnehin aufgehoben werden.

Die Abschaffung der Unverzichtbarkeitsregel bei der Sectio, die zurzeit etwa 30% aller Entbindungen deutschlandweit ausmacht, und bei Frühgeburten würde unmittelbar eine höhere Verfügbarkeit von Hebammen bei der physiologischen Geburt nach sich ziehen, und das Problem des Mangels ohne Aufwand lösen.

Frühgeburten werden dem Kinderarzt, Sectio-Kinder der Kinderkrankenschwester übergeben.

Letztlich stellte die alleinige Hinzuziehungspflicht für Hebammen eine Diskriminierung der - heutzutage unter 45 überwiegend (90%) weiblichen - FrauenärztInnen dar.

V.

**Berufsausübungsregelungen sind keine Studieninhalte**

**Änderungsbedarf § 9 Studienziel Absatz 4**

§ 9 regelt entsprechend der Überschrift die Studieninhalte der Hebammenausbildung.

**Der Gesetzesentwurf gibt in § 9 (4) 1. derzeit fälschlicherweise den Bereich der Berufsausübungsregelungen der Hebammen gem. Art. 42 der EU-Richtlinie 2005/36 wieder und nicht die Inhalte der Ausbildung der Hebamme, die in Art. 40 Abs. 3 der EU-Richtlinie geregelt sind.**

Art. 42 Abs. der EU-Richtlinie 2005/33 regelt, welche Tätigkeiten die Mitgliedstaaten die Hebammen mindestens ausüben lassen müssen (**Berufsausübungsregelungen**), nicht jedoch die Ausbildungsinhalte!

Es sind daher die Ausbildungsinhalte gem. Art. 40 Abs. 3 in der Fassung der EU-Richtlinie 2013/55 vom 20.11.2013 zu übernehmen. Die Konkretisierung ist hingegen den jeweiligen Studien- und Prüfungsordnungen vorbehalten.

Die Berufsausübungsregelungen unterliegen der Kompetenz der Bundesländer. Die in § 9 Abs, 4 aufgeführten Punkte a – q sind daher Gegenstand der Hebammenberufsordnungen der Bundesländer.

**§ 9 Abs. 4 N ist zu streichen und wie folgt neu zu formulieren:**

§ 9 Abs. 4:

*Das Studium soll darüber hinaus insbesondere den Erwerb folgender Bereiche beinhalten*

*a) genaue Kenntnisse der Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebamme beruhen, insbesondere der Geburtshilfe und der Frauenheilkunde;*

*b) angemessene Kenntnisse der Berufsethik und der Rechtsvorschriften, die für die Ausübung des Berufs einschlägig sind;*

*c) angemessene Kenntnisse der Allgemeinmedizin (biologische Funktionen, Anatomie und Physiologie) und der Pharmakologie auf den Gebieten der Geburtshilfe und der perinatalen Medizin, sowie Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der physischen und sozialen Umwelt des Menschen und über sein Verhalten;*

*d) angemessene, in anerkannten Einrichtungen erworbene klinische Erfahrung, durch die die Hebamme in der Lage ist, unabhängig und in eigener Verantwortung in dem nötigen Umfang und mit Ausnahme von pathologischen Situationen vorgeburtliche Gesundheitsfürsorge zu leisten, die Entbindung und die Folgemaßnahmen in anerkannten Einrichtungen*



*durchzuführen sowie die Wehen und die Geburt, die nachgeburtliche Gesundheitsfürsorge und die Wiederbelebung von Neugeborenen bis zum Eintreffen eines Arztes zu überwachen;*  
*e) angemessenes Verständnis der Ausbildung des Personals im Gesundheitswesen und Erfahrung in der Zusammenarbeit mit diesem Personal.*

## **VI.**

### ***Schwangerenvorsorge in Deutschland***

Garanten der Erfolgsgeschichte der aktuellen, weltweit geringsten perinatalen Morbidität und Mortalität in Deutschland war und ist die strukturierte Schwangerenvorsorge in frauenärztlicher Hand, die Früherkennung, Milderung und Beseitigung von Risiken, die strikte ärztliche Umsetzung modernster Erkenntnisse, die regelhafte Klinikgeburt und der rettende Einsatz operativer Maßnahmen.

In anderen Ländern existieren weder Mutterschafts-Richtlinien bzw. ein adäquater Mutterpass (außer in Österreich), noch sind in ausreichender Zahl FrauenärztInnen niedergelassen.

So besteht in diesen Ländern tatsächlich die Notwendigkeit, den Hebammenberuf zu akademisieren, allerdings mit dem Nachteil einer reduzierten praktischen Ausbildung.

Die frauenärztliche Kompetenz hat gegenüber Hebammen in Deutschland – neben dem Impfen, ärztlicher Diagnostik und Therapie - auch ein Alleinstellungsmerkmal bezogen auf die psychische Betreuung (Studium mit Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie mit Balintgruppen / Weiterbildung mit der psychosomatische Grundversorgung), die präkonzeptionelle Beratung, die Beratung zu NIPD nach GenDG, zu GBA Broschüren, zu Infektions- und Allergieprohylaxe, Abusus, Arzneimittelgebrauch, zur intrauterine Programmierung und zur Betreuung bei Ängsten oder Depressionen, an denen immerhin 17% der Schwangeren leiden;

zusätzlich auch bezogen auf die Risikoerkennung bei der Mutter.

u.a. Hypertonie, Diabetes, Präeklampsie, Infektionen, Uterusanomalien, Frühgeburtsbestrebung, Alter, Herzalterationen,

oder beim Ungeborenen:

Mehrlinge, Fehlbildung, Retardierung, Frühgeburtlichkeit, sowie daraus resultierend die Bestimmung des Entbindungsstandortes Level I – IV.

Das einmalige Gesamtpaket der frauenärztlichen Schwangerenbetreuung in Deutschland aus

Betreuung, Früherkennung, Diagnostik und Therapie auf hohem Niveau hat z.B. bewirkt, dass der intrauterine Fruchttod unterhalb der 28. Schwangerschaftswoche hier halb so häufig zu verzeichnen ist wie in Großbritannien, wo bestenfalls akademisierte Hebammen wegen des Fehlens niedergelassener FrauenärztInnen eine Vorsorge durchführen.

## VII.

### **Erforderliche Präzisierungen**

- § 9 (3) 1.

Der Begriff ‚hochkomplexe Betreuungsprozesse‘ ist nicht verständlich.

- § 9 (3) 2.

Der Satz ‚Übertragung neuer Technologien‘ ist nicht verständlich

- § 13 (2):

Hier muss eingefügt werden: Praxiseinsätze dürfen bei freiberuflichen Hebammen und in ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen nur erfolgen, wenn diese den gleichen Qualitätskontrollen und -sicherungen wie die Kliniken unterworfen sind.

- B. Besonderer Teil § 2

Stand im bisherigen Hebammengesetz unter § 5: ‚Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten, ....‘,

ist im Referentenentwurf auf Seite 55 unter § 2 apodiktisch die Ausführung zu lesen: ‚Sie leitet eine physiologisch verlaufende Geburt ...‘.

Da sich durch die zweieinhalbjährige Ausbildung (plus ein Semester Bachelor Arbeit) die Ausbildung sogar verkürzt, insbesondere der praktische Teil darunter leidet, und somit die Befähigung nicht entscheidend erweitert wird, muss der Satz stattdessen heißen:

‚Sie ist befähigt eine physiologisch verlaufende Geburt zu leiten, und hilft bei pathologischen Geburtsverläufen der übernehmenden Ärztin oder dem übernehmenden Arzt.‘

BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e. V.

München, den 12.4.2019



Dr. med. Christian Albring  
Präsident