



DGGG e.V. • Repräsentanz der DGGG und Fachgesellschaften
Hausvogteiplatz 12 • 10117 Berlin

Der Vorstand

DGGG e.V.
Repräsentanz der DGGG und Fachgesellschaften
Hausvogteiplatz 12
10117 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 514 88 33 40
Telefax: +49 (0) 30 514 88 34 4
E-Mail: info@dggg.de

Berlin, den 08.04.2019

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG
zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Versorgung Schwangerer in der Bundesrepublik ist im internationalen Vergleich (1) herausragend.

Dazu tragen

- die Mutterschafts-Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung in der Fassung vom 10.12.1985 BAnz. Nr. 60 a (Beilage) vom 27.03.1986 mit letzter Änderung vom 21.04.2016 BAnz AT 19.07.2016 B5,
- die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer,
- das Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger (Hebammengesetz - HebG) (04.06.1985) (Zuletzt geändert durch Art. 17b G v. 23.12.2016 I 3191)
-

wesentlich bei.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe begrüßt die Bemühungen des Bundesministeriums für Gesundheit, auf der Basis der EU Richtlinie 2005/36/EG Rechtssicherheit für Hebammen im Geltungsbereich der Bundesrepublik Deutschland zu erreichen.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) begrüßt und fördert seit Jahren die Einrichtung von Hochschulstudiengängen mit dem Ausbildungsziel Hebamme und Entbindungspfleger, um diesen Bachelor- oder Masterstudierenden den Zugang zum Europäischen Markt zu eröffnen.

Der Referentenentwurf ist nicht geeignet, Rechtssicherheit zu schaffen.



Der Referentenentwurf verschärft die Mängel in der Kreißaalpatientinnen-Versorgung, er wird die Versorgungssituation Schwangerer im Geltungsbereich des Gesetzes nachhaltig gefährden. Darüber hinaus werden unreflektiert Argumente des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) in den Begründungen plagiiert. Dieses führt auch zur Perpetuierung von international nicht nachvollziehbaren und evidenzfreien Gesetzesregelungen aus dem Reichshebammengesetz von 1939.

- Die DGGG unterstützt die Einrichtung und den Ausbau von Hochschulstudiengängen zur Erlangung der Berufsbezeichnung Hebamme bzw. Entbindungspfleger.
- Die DGGG unterstützt den Erhalt der Hebammenschulen als international herausragende Ausbildungseinrichtung praktisch tätiger Hebammen.
- Die DGGG stellt fest, dass die Hebammenschulen die Basis für eine Mindestzahl an Hebammen und Entbindungspflegern in den Kreißsälen sind. Mehr als 98% aller Schwangeren in Deutschland wählen die Klinik als den Geburtsort ihrer Kinder zur Gewährleistung einer natürlichen und sicheren Geburt ohne den Bedarf einer Verlegung während des Geburtsvorganges.
- Die DGGG unterstützt daher die Wahlmöglichkeit für Menschen mit dem Berufswunsch Hebamme oder Entbindungspfleger zwischen einer praktisch orientierten Ausbildung und einer wissenschaftlichen Ausbildung.
- Die DGGG fordert die Eliminierung von Formulierungen aus dem Reichshebammengesetz von 1939.

Unstrittig leisten Hebammen einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und der Stillzeit sowie von Neugeborenen und Säuglingen. Die vom DHV behauptete und vom Bundesministerium für Gesundheit übernommene unterstellte Unverzichtbarkeit ist im internationalen Kontext und in Studien dem gegenüber nicht nachweisbar. Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Hebammenversorgung ist aus Sicht der DGGG auf der Basis evidenzbasierter Maßnahmen ein wichtiges Anliegen. Hier wirkt der verbandspolitisch motivierte Referentenentwurf kontraproduktiv.

Aufgrund der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2) ist das Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers bis zum 18. Januar 2020 zu novellieren. Hierbei ist insbesondere die Zugangsvoraussetzung zur Hebammenausbildung von einer zehnjährigen auf eine zwölfjährige allgemeine Schulausbildung anzuheben. Darüber hinaus geben die Richtlinien 2005/36/EG und 2013/55/EU unter anderem vor, dass eine Hebamme genaue Kenntnisse der Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebamme beruhen, aufweist.

Dieses ist unstrittig heute bereits durch die Ausbildung an den bundesdeutschen Hebammenschulen gegeben. Es gibt keine Untersuchung, die den hohen Stand der Ausbildung in Deutschland auch nur in Frage stellt. Zudem verläuft das Nebeneinander von Hebammenschulen und Hochschulstudiengängen seit Jahren problemlos, auch das Nebeneinander von Schülerinnen und Studentinnen in den Kreißsälen.

Ein weiterer Reformbedarf des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers ist nicht erkennbar. Die Gesundheitsversorgung ist in den letzten Jahrzehnten insgesamt, aber auch spezifisch für die Hebammen, anspruchsvoller und komplexer geworden. Dieses wird von den Hebammenschulen in Deutschland bereits in ausgezeichneter Weise geleistet. Es gibt nicht eine einzige Untersuchung, die gegenteilig eine unzureichende Ausbildung auf evidenzbasiertem Niveau auch im international und insbesondere im EU-Vergleich nachweist. Im Gegenteil müssen akademisch ausgebildete Hebammen aus dem



Ausland vor Eingliederung in den Kreißsaaldienst in der Regel zunächst praktisch angeleitet werden.

Das vom Bundesministerium für Gesundheit aufgeführte Argument, die hohe Kaiserschnitttrate in der Geburtshilfe mache evidenzbasierte Konzepte für die hebammengeleitete Geburtshilfe dringend erforderlich, widerspricht jeglicher Praxis und ist nicht evidenzbasiert.

- Vielmehr muss hier festgestellt werden, dass das Ministerium unkritisch verbandspolitisch motivierter Vorurteile aufgesessen ist. EU-Länder mit bestehender Akademisierung haben sowohl eine signifikant höhere Kaiserschnitttrate als die Bundesrepublik Deutschland (Griechenland, Italien, Bulgarien, Zypern, Ungarn, Polen, Rumänien) wie auch eine nicht-signifikant differente Kaiserschnitttrate (Irland, Nordirland, Schottland, Malta, Österreich, Portugal, Schweiz) (3). Diese Argumentation wird als nachweislich falsch zurückgewiesen.
- Der Hinweis auf hebammengeleitete Geburtshilfe als relevanten Lösungsansatz für eine Kaiserschnittratenverminderung ist nicht evidenzbasiert und wird zurückgewiesen. Bei relativem Anstieg der Außerklinischen Geburten zwischen 1990 und 2010 stieg vielmehr parallel auch die bundesdeutsche (wie die EU-weite) Kaiserschnitttrate (6). Die außerklinische Geburtshilfe hat in der Gruppe von Frauen mit Einlingsschwangerschaften ohne Geburtsrisiken am Termin mit Kind in Schädellage eine mit der Klinikgeburt vergleichbare Kaiserschnitttrate, bei gleichzeitig einem variierenden Anteil an unter der Geburt in Kliniken verlegten Patientinnen mit entsprechend zusätzlichen Verlegungsrisiken.
- Bislang unterliegt zudem die hebammengeleitete Geburtshilfe im Gegensatz zur klinischen Geburtshilfe nicht der durch das IQTiG gewährleisteten Qualitätssicherung. Die DGGG sieht unter zukünftiger gesetzlich vorgegebener Qualitätssicherung prinzipiell die Wahlmöglichkeit für Gebärende bezüglich des Geburtsortes außerhalb von Risikoschwangerschaften als erhaltenswert an.
- Vielmehr korrelieren in der internationalen Literatur evidenzbasiert die Anzahl ärztlicher Geburtshelfer und die Anzahl ausgebildeter Hebammen umgekehrt proportional zur Sectiorate (4) wie auch die Zahl der zur Verfügung stehenden Kreißsäle (5).
- Darüber hinaus sind die Finanzierungsstrukturen in der Geburtshilfe und die Zentralisierung signifikant korreliert mit der Kaiserschnitttrate. Hier hat das Bundesministerium für Gesundheit über den Gemeinsamen Bundesausschuss und die assoziierten Bundesinstitute direkten Aktionsspielraum außerhalb dieser Richtlinie.
- Die DGGG unterstützt seit Jahren jede Initiative zur Reduktion der Kaiserschnitttrate und ist in den Europäischen Gesellschaft (EBCOG) und in der Internationalen Föderation (FIGO) in diesem Bereich seit Jahren führend engagiert.
- Keine einzige evidenzbasierte Studie hat eine Korrelation vom Typ der Hebammenausbildung mit der Kaiserschnitttrate zeigen können.
- Hebammen sind aufgrund ihrer Ausbildung in den bundesdeutschen Hebammenschulen in der Lage, ihr eigenes Handeln kritisch zu hinterfragen und zu reflektieren. Dieses infrage zu stellen ist als unbegründet zurückzuweisen.
- Es wird darüber hinaus bezüglich der Hebammenversorgung immer wieder von Versorgungsengpässen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich berichtet. Auch hier handelt es sich um eine plagierte Pauschalierung.
- Vielmehr trägt heute bereits eine qualitativ hochwertige, modern ausgestaltete Hebammenausbildung entscheidend zur Attraktivität des Hebammenberufs bei. Die Hebammenschulen verzeichnen ungebrochen seit Jahrzehnten einen hohen Zulauf, die vorhandenen Ausbildungsplätze an den Hebammenschulen decken bei weitem nicht die Bewerberzahlen. Dabei werden allerdings Männer beim Zugang zu den Hebammenausbildungsplätzen diskriminiert. Bewerberinnen, die derzeit nicht an Hebammenschulen mit nachweislich optimaler praktischer Ausbildung angenommen werden, weichen auf die seit einigen Jahren eingerichteten Bachelorstudiengänge aus.



Das Ziel dieses Gesetzentwurfs, den Hebammenberuf zukunftsgerecht weiterzuentwickeln, attraktiver zu machen und die Qualität der Ausbildung zu verbessern wird verfehlt.

- Die mehr als 60 Hebammenschulen verzeichnen seit Jahrzehnten aufgrund ihrer hochwertigen Ausbildung einen ungebrochenen Zulauf, die Zahl der Bewerber übersteigt bei weitem die Zahl der Ausbildungsplätze. Der bei weitem überwiegende Hebammschulbewerberinnenanteil hat das Abitur! (6) Dem gegenüber sind die insgesamt 16 Hochschulstudiengänge bei weitem nicht voll besetzt, weder an den Universitäten, noch an den Fachhochschulen. In Studiengängen mit Schwerpunktwahlmöglichkeiten Management oder praktische Geburtshilfe wählen die Studierenden den Managementzweig.
- Nach Aussagen des DHV ist zwar *„die Bewerberzahl je Ausbildungsplatz in den letzten Jahren etwas gesunken, dennoch übersteigt sie nach wie vor die Anzahl der Ausbildungsplätze um ein Vielfaches (je nach Schule um das 10- bis 70-fache). Somit erscheint es gegenwärtig äußerst unwahrscheinlich, dass die Angebotskapazitäten in der Hebammenhilfe zukünftig durch eine nachlassende Attraktivität der Hebammenausbildung (in den Hebammenschulen) beschränkt werden“* (6).

Die tatsächlichen Gründe für den Hebammenmangel in Deutschland werden nicht nur erkannt, sondern durch die Richtlinie verschärft.

Die unzureichende Finanzierung von Hebammen- und Ärztstellen in der Geburtshilfe im Rahmen des DRG-Systems gepaart mit kontinuierlich zunehmendem Dokumentationsaufwand ohne jede kompensatorische Maßnahme resultiert in einer kontinuierlichen Überforderung der in den deutschen Kreißsälen eingesetzten Berufsgruppen. Die hohe Belastung in den Bereitschafts- und Schichtdiensten fördert die Abwanderung der Hebammen in die vorgeburtliche Schwangerenvorsorge, wodurch sich diese Situation wiederum weiter verschärft. Gleichzeitig wird die außerklinische Geburtshilfe, die von den Schwangeren in Deutschland trotz freiem Zugang zu dieser Versorgungsvariante nur in 1,2% der Geburten genutzt.

- Diese sehr geringe Zahl an Schwangeren, die sich für außerklinische Geburtshilfe interessieren korreliert auch in den europäischen Staaten mit akademisierter Hebammenausbildung. Lediglich die Niederlande hat einen hochsignifikant höheren Anteil, der allerdings ausschließlich auf nationale Gesetzgebung (Finanzierung der Geburt) zurückgeht und nicht der Wahl der Schwangeren entspricht.
- Weniger noch verzichten Schwangere auf die in den Mutterschaftsrichtlinien vorgegebene und in der EU herausragende und durch den G-BA fortlaufend evidenzbasiert aktualisierte ambulante ärztliche Schwangerenvorsorge.
Die Lösung einer vollständig akademisierten Hebammenausbildung ist unzureichend und gefährdet die Versorgung der Schwangeren im Geltungsbereich des Gesetzes.
- Die Ausbildung an den Hebammenschulen ist hochwertig, evidenzbasiert, praxisorientiert und garantiert einen weltweit höchsten Standard in der geburtshilflichen Versorgung. Die Versorgung Schwangerer durch zwei hochqualifizierte Berufsgruppen, durch Hebammen in einem dreijährigen Lehrberuf und Ärztinnen und Ärzte mit 6-jährigem Studium und weiteren mindestens 5-jähriger Facharztweiterbildung (Facharztstandard) gewährleistet die international niedrige Rate an perinataler Mortalität vor der Geburt und maternaler Morbidität und Mortalität. Ein zusätzlicher Hochschulzugang zum Beruf der Hebamme bzw. des Entbindungspfleger ist lediglich durch den 12-jährigen Schulbesuch auf EU-Ebene begründet.
- Tatsächlich wird eine dreijährige Bachelorausbildung mit heterogenen Praxis- und Dozentenanteilen schwerlich der dreijährigen Hebammenausbildung an den Hebammenschulen mit integriertem Praxisanteil und gemeinsamen Dozenten gerecht werden. Die Erfahrungen mit dem akademisierten Ausbildungsgang in den EU-Nachbarstaaten bestätigt dieses. Der Praxisanteil in der Ausbildung zur Hebamme bzw. zum Entbindungspfleger soll sich von 3.000 Stunden in den Hebammenschulen auf 2.100 Stunden reduzieren, davon noch ein Viertel in der außerklinischen Geburtshilfe. Gerade die praktischen Fähigkeiten von an deutschen Hebammenschulen ausgebildeten Hebammen und Entbindungspflegern werden von den



werdenden Müttern unter der Geburt benötigt. Hier gefährdet ohne jede Not der Referentenentwurf auch qualitativ die Versorgung von Frauen unter der Geburt.

- Die quantitativ unzureichende Hebammenausbildung an Hochschulen wird durch den Mangel an Hochschulstudiengängen und durch den Mangel an qualifiziertem Hochschulpersonal die Versorgungssituation spätestens nach dem Abgang der letzten Hebammenschulabgängerinnen erwartungsgemäß zu relevanten Versorgungsengpässen unter der Geburt führen. Zur Kompensation stehen dann lediglich ausländische Hebammen, die von den deutschen Krankenhäusern verstärkt anzuwerben sind, zur Verfügung. Hier sind zusätzliche Kosten für die Kliniken einzuplanen.
- Die bereits zu beobachtende Ausweitung der außerklinischen Hebammentätigkeit (6) entgegen der Mutterschaftsrichtlinien wird die bereits besorgniserregende Personalmangelsituation in den Kreißsälen gleichzeitig verschärfen. In einem vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Gutachten (2012) wird dargelegt, dass 24.1 Hebammen / 1.000 Lebendgeborene in den Kliniken zur Versorgung verfügbar sind, während im gleichen Jahr auf ein außerklinisch geborenes Kind 1.5 freiberufliche Hebammen kommen. Dennoch entscheiden sich seit Dekaden mehr als 98% aller Schwangeren für Klinikgeburten. Das wahre Problem der Vollzeitbeschäftigung von Hebammen in den Kreißsälen wird nicht erkannt, obgleich dem Ministerium das selbstbeauftragte Gutachten vorliegt (6).
- Zudem sind junge Schulabgänger mit 12-jähriger Schulausbildung gemäß Referentenentwurf gezwungen, einen Bachelorstudiengang bei Berufswunsch Hebamme zu wählen. Eine Wahlfreiheit zwischen Lehrberuf und Studium wird pauschal und ohne hinreichende Begründung ausgeschlossen, ausreichend Hochschulstudiengänge sind bei weitem absehbar nicht zu erreichen.
- Außergewöhnlich unzureichend und handwerklich unangemessen ist die auffällige Verwirrung bezüglich der Differenzierung von Universitäts- und Fachhochschulstudiengängen und einer behelfsmäßigen Einbeziehung ohnehin entsprechend der Richtlinie abzuschaffender Hebammenschulen. Hier wird eine Unterstützung durch Fachleute aus den Bundesministerien und Landesministerien für Bildung und Wissenschaft erforderlich sein.

In der vorliegenden Form ist der Referentenentwurf ein bildungspolitisches Desaster.

Die Formulierung *„Die Akademisierung stärkt die Hebammen zudem in der interprofessionellen Zusammenarbeit.“* wird durch den Referentenentwurf konterkariert, vielmehr wird die interprofessionelle Zusammenarbeit gerade verhindert. Ähnliche Probleme beklagen die Fachgesellschaften in den EU-Nachbarstaaten Frankreich, Niederlande und UK, die publizierten Studien zeigen einen signifikanten Qualitätsverlust gerade durch die resultierende Interdisziplinarität.

Vor diesem Hintergrund ist Jahre nach Verabschiedung der EU-Richtlinie die dokumentierte Alternativlosigkeit im Referentenentwurf unakzeptabel. Die verbandspolitische Forderung, *„Die Akademisierung der Hebammenausbildung muss vollständig erfolgen. Eine Teilakademisierung kommt für diesen Beruf nicht in Betracht.“* verkennt in erschreckendem Ausmaß die reale Ausbildungssituation in Deutschland, die Versorgungssituation in Deutschland, den hohen Standard der geburtshilflichen Versorgung, die sich aus dem Referentenentwurf unnötig ergebenden Gefahren für die Patientenversorgung und die hochschulrechtlichen Grundbedingungen für Hochschulstudiengänge an Universitäten und Fachhochschulen.

Das Nebeneinander zweier Ausbildungswege für Hebammen führt nicht zu einer Spaltung der Berufsgruppe, sondern wird bereits gelebt und ermöglicht Berufsanfängerinnen und Berufsanfängern die Wahlfreiheit zum Beruf unter Berücksichtigung individueller Berufsperspektiven.

Die Einschätzungen zu Haushaltsausgaben insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung und die deutschen Krankenhäuser mit Mehrausgaben, die einen zweistelligen Millionenbetrag nicht überschreiten werden, sind in hohem Maße vage und spekulativ. Die Länder werden durch die Einrichtung von Studiengängen Mehrausgaben haben, die nicht genau



beziffert werden können. Die aktuell betriebenen Studiengänge nach § 6 Absatz 3 des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger müssen zur Erreichung einer annähernd den Hebammenschulabgängern vergleichbaren Zahl vervielfacht werden. Für Bürgerinnen und Bürger entsteht ein zeitlich seriös nicht abschätzbarer Erfüllungsaufwand durch die längere Dauer des dualen Hebammenstudiums im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung.

Entsprechend ist der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG) dringend korrekturbedürftig, um den vorhersehbaren Schaden von den werdenden Müttern, den Menschen mit dem Ausbildungswunsch Hebamme und dem Gesundheitswesen abzuwenden.

Aus Sicht der DGGG muss den Menschen mit dem Berufswunsch Hebamme bzw. Entbindungspfleger ein Zugang über einen Lehrberuf wie über ein Hochschulstudium angeboten werden, um den differenten Motivationen junger Schulabgänger Rechnung zu tragen. Dabei wäre für den Hochschulbereich ein universitäres Studium durchaus diskussionswürdig, allerdings sind dann die Anforderungen an die Leiterinnen und Leiter der Studiengänge und an die Dozentinnen und Dozenten nicht wie im Referentenentwurf zu marginalisieren, sondern Hochschulrecht entsprechend zu verorten.

Änderungsbedarf besteht bei § 2 (3). Dieser Absatz ist ersatzlos zu streichen:

§ 2 (3) Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Geburt eine Hebamme zugezogen wird.

Begründung

- Es gibt weder in der Europäischen Union noch international bis auf Österreich (s.u.) eine vergleichbare Gesetzesvorgabe.
- Es gibt für diese Beschränkung keine medizinisch-wissenschaftliche, evidenzbasierte Begründung. Vielmehr hat bei der operativen Durchführung eines Kaiserschnittes in der Regel insbesondere im Rahmen von Frühgeburten oder bei kindlichen Fehlbildungen die Hebamme ebenso wenig eine Aufgabe wie bei vaginaloperativen Geburten. Insofern ist es ausschließlich verbandspolitisch begründet, dass ärztlichen Geburtshelferinnen und Geburtshelfern die alleinige Betreuung der physiologischen Geburt vorenthalten wird.
- Es handelt sich bei diesem Absatz um ein Relikt aus dem Reichshebammengesetz (1939), dessen Begründung ausschließlich die Sicherstellung der Meldung aller behinderten Kinder im nationalsozialistischen Deutschen Reich durch die bei jeder Geburt anwesenden Hebammen war. Daher findet sich eine solche Regelung ausschließlich in Österreich und Deutschland.

Historischer Hintergrund dieses Absatzes:

Dieser Absatz wurde nach der Machtergreifung durch die Nationalsozialisten eingeführt. Neben der nationalsozialistischen Propagierung der Hausgeburt (7) wurde durch den Erlass des „Reichshebammengesetzes“ (1. September 1939) auch die Hinzuziehung einer Hebamme bei jeder Geburt verpflichtend, auch bei Anwesenheit eines Arztes. (8).

Die Einordnung dieses Absatzes ist historisch unstrittig und wird knapp sechzig Jahre (2006) später erstmals auch vom Deutschen Hebammenverband eingeräumt „*Das Reichshebammengesetz schuf die gesetzliche Grundlage für Kontrolle und Zugriff auf die Frau und Familie. Die Hinzuziehungspflicht, sowohl durch den Arzt als auch durch die schwangeren Frauen, war Voraussetzung, dass die Hebamme jederzeit Spitzeldienste übernehmen konnte. Die Schlüsselfunktion der Hebamme als Vertrauensperson in der Familie prädestinierte sie zusätzlich für diese Aufgabe. Die gesetzliche Meldepflicht von kranken und behinderten Kindern verlangte die Mitwirkung aller Hebammen bei der Verwirklichung der Erbgesundheits- und Rassenideologie.*“ (9).



Bis dahin galt vom Hebammenverband (1985) die Einschätzung: „Auch das am 21. 12. 1938 für ganz Deutschland erlassene Reichshebammengesetz brachte eine völlige Neuregelung der allgemeinen Berufsverhältnisse. Ohne jede Ausnahme sollte bei jeder Entbindung eine Hebamme Geburtshilfe leisten (Hinzuziehungspflicht). Damit war die Hebammentätigkeit als selbständiger Beruf anerkannt und ihm ein umfangreiches und überaus wichtiges Arbeitsgebiet ausschließlich vorbehalten und gesichert. – Dies sind nur einige Erfolge, an denen der Verband wesentlich mitwirken konnte.“ (10)

Die durchgängige Präsenz der Hebammen hatten die Reichshebammenführerin N. Conti und ihr Sohn, der Reichsärztesführer L. Conti initiiert, um den zuvor am 18. August 1939 durch den Reichsminister des Innern, Wilhelm Frick, verordneten Runderlass, der den Vermerk „Streng vertraulich“ trug, umzusetzen. Ärzte und Hebammen, Entbindungsanstalten, geburtshilfliche Abteilungen und Krankenhäuser wurden mit dem Erlass dazu verpflichtet, eine Mitteilung an das zuständige Gesundheitsamt über Kinder mit Behinderung zu machen. In der Majorität meldeten Hebammen und bekamen dafür pro Meldung eine Vergütung.

Änderungsbedarf besteht zudem bei § 4 (2). Dieser Absatz ist ersatzlos zu streichen.

§4 (2) Die Berufsbezeichnung „Hebamme“ gilt für alle Berufsangehörigen.

Begründung:

Hier ist unter dem Antidiskriminierungsgesetz zu prüfen, ob die ohnehin beim Ausbildungszugang bislang diskriminierten männlichen Bewerber nun durch eine sprachlich rein weibliche Berufsbezeichnung weiter diskriminiert werden. Der Begriff des Entbindungspflegers ist eingeführt. Die entsprechenden Paragraphen eines Referentenentwurfes sind anzupassen.

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

§ 9 Abs. 4:

Die Ausbildung der Hebamme muss sicherstellen, dass der betreffende Berufsangehörige folgende Kenntnisse und Fähigkeiten erwirbt:

- 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.

Begründung:

- § 9 regelt die Mindestinhalte der Studieninhalte. Der Gesetzesentwurf gibt fälschlicherweise die Ausübung der Tätigkeiten 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 üben lassen müssen, nicht jedoch die Ausbildungsinhalte. Es sind daher die Ausbildungsinhalte gem. Art. 40 Abs. 3 in der Fassung der EU Richtli-



nie 2013/55 vom 20.11.2013 zu übernehmen. Die Konkretisierung ist hingegen den jeweiligen Studien- und Prüfungsordnungen vorbehalten.

Zu § 9 Abs. 4 (k)

Ärztin oder Ärzte sind bei spezieller Ausbildung befähigt, Steißgeburten durchzuführen. Hierzu bedarf es immer der klinischen Geburt, da die Komplikationsraten bei regelwidriger Einstellung und die Sectioraten zur Vermeidung neonataler Morbidität und Mortalität evidenzbasiert signifikant erhöht sind. Nur in diesem Rahmen ist in wenigen klinischen Zentren eine hinreichende Erfahrung zu erlangen. Deutschland ist in diesem Bereich durch die zentralisierte ärztliche Expertise führend und kann im internationalen Vergleich die geringste Morbidität, Mortalität und Kaiserschnittquote nachweisen. Im Rahmen eines 3-4-jährigen Studiums ist die Erlangung der Fertigkeiten schon durch die geringe Inzidenz der Steißlage (4% aller Geburten) ausgeschlossen und würde eine gesetzlich legitimierte Patientengefährdung darstellen. Entsprechende bundesdeutsche Präzedenzfälle aus der außerklinischen Geburtshilfe liegen auch aus jüngster Zeit vor. International liegen zudem evidenzbasiert klare Ausschlusskriterien für Steißlagengeburt vor. Neben Beckenendlagengeburt sind hier aufgrund hochsignifikant erhöhter kindlicher Sterblichkeit bei der Hausgeburt auch Erstgebärende, Zwillingsschwangerschaften, Status nach Kaiserschnitt und Übertragung ausgeschlossen (Grünebaum A et al. Planned home births: the need for additional contraindications. Am J Obstet Gynecol. 2017 Apr;216(4)).

Hier scheinen die verbandspolitischen Berater des BMG die Evidenz und juristische Relevanz verschwiegen zu haben.

Änderungsbedarf besteht bei § 10 (1). In diesem Absatz sind unter §10 (1) 1b einzufügen:

zur Hebamme oder zum Entbindungspfleger auf der Grundlage Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG) (04.06.1985) (Zuletzt geändert durch Art. 17b G v. 23.12.2016 I 3191) (1)

Änderungsbedarf besteht bei § 13 (1). In diesem Absatz sind unter §13 einzufügen:

(5) Die akkreditierten Orte der Praxiseinsätze nehmen an der bundesdeutschen Qualitätssicherung Perinatologie (IQTiG) teil.

Begründung:

Ein Praxiseinsatz an einer nicht zur Hochschule gehörenden Institution ohne gesetzlich geregelte Qualitätssicherung im Rahmen eines Hochschulstudiums muss ausgeschlossen werden, wenn eine qualitativ hochwertige Praxisphase implementiert werden soll.

Änderungsbedarf besteht bei § 19 (1). In diesem Absatz sind unter §19 einzufügen:

§ 19(1) Der hochschulische Teil des Studiums findet an einer staatlichen oder staatlich anerkannten *Universität oder Fachhochschule* statt. Er umfasst theoretische und praktische Lehrveranstaltungen.

Änderungsbedarf besteht bei § 20 (1). In diesem Absatz sind bezüglich der Qualifikation der Lehrenden und der Studiengangleitung Mindeststandards an deutschen Hochschulen einzuhalten.

(1) ist unzureichend sowohl für Bachelor- als auch für Masterstudiengänge. Eine Promotion und habilitationsäquivalente Leistungen sind unabdingbare Voraussetzung für den Anspruch eines wissenschaftlich orientierten Studiums an deutschen Hochschulen.

Änderungsbedarf besteht bei § 21 -§ 33, § 35 - § 40. Die entsprechenden Paragraphen sind der unabdingbaren Differenzierung den Studiengängen an Universitäten bzw. an Fachhochschulen hochschulrechtlich anzupassen.

Änderungsbedarf besteht bei § 75:



Kooperation von *Hochschulen* mit Hebammenschulen ist zu ersetzen durch Kooperation von *Fachhochschulen* mit Hebammenschulen

Änderungsbedarf besteht bei § 76. Der Paragraph 76 ist zu streichen.

Begründung:

Hebammenschulen werden zur Ausbildung von Menschen mit dem Berufswunsch Hebamme oder Entbindungspfleger auch in Zukunft dringend benötigt. Sie bilden auf international unstrittig höchstem Niveau aus und gewährleisten für Hebammen und Entbindungspfleger ohne Wunsch eines Wechsels in ein anderes EU-Land die in der Versorgung Schwangerer benötigte evidenzbasierte praktische Ausbildung.

Änderungsbedarf besteht bei § 78. Der Paragraph 78 ist zu streichen.

Die deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ist sich ihrer Verantwortung für die evidenzbasierte Versorgung Schwangerer und ihrer Kinder bewusst. Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit ist daher dringend überarbeitungsbedürftig und in der vorliegenden Form geeignet, gegen Bundesgesetze und Regelungen zu verstoßen, insbesondere aber die Patientenversorgung nachhaltig zu gefährden. Die DGGG steht zur Beratung zur Verfügung.

Berlin, den 8. April 2019
für den geschäftsführenden Vorstand

Prof. Dr. Anton Scharl
Präsident

Prof. Dr. Frank Louwen
Vizepräsident

Zitierte Literatur

1. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. November 2018. www.europeristat.com
2. ABl. L 255 vom 30.09.2005, S. 22; L 271 vom 17.10.2007, S. 18
3. https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_web_hyperlinked_Euro-Peristat.pdf
4. Zbiri S et al. Cesarean delivery rate and staffing levels of the maternity unit. PLoS One. 2018 Nov 28;13(11).
5. Duvillier C et al. Impact of organizational factors on the cesarean delivery occurrence in a low-risk population. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018 Nov;46(10-11)
6. Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit; Berlin, 19. März 2012. IGES Institut GmbH www.iges.de
7. Sabine Major: Zur Geschichte der außerklinischen Geburtshilfe in der DDR. Dissertation Medizinische Fakultät - Universitätsklinikum Charité 2003, S. 11ff
8. Norbert Moissl: Aspekte der Geburtshilfe in der Zeit des Nationalsozialismus 1933 bis 1945 am Beispiel der I. Frauenklinik der Universität München. Dissertation 2005, S. 18
9. Zur Rolle der Berufsorganisation der Hebammen im Nationalsozialismus. Stellungnahme des Bundes Deutscher Hebammen e.V.2. Auflage, 2006
10. Hahmann, Helga. Einhundert Jahre Berufsorganisation der Hebammen. In DHZ 37, Jg. 1985, S. 135
11. Grünebaum A et al. Planned home births: the need for additional contraindications. Am J Obstet Gynecol. 2017 Apr;216(4)