



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PERINATALE MEDIZIN

Vorstand

Präsident
Prof. Dr. med. Franz Kainer

Abteilung für Geburtshilfe und
Pränatalmedizin
Klinik Hallerwiese
St Johannis-Mühlgasse 19
90419 Nürnberg

E-Mail:
Franz.Kainer@diakonieneuendet-
telsau.de

Vizepräsident
Prof. Dr. med. Rolf Schlößer

1. Schriftführer
Prof. Dr. med. Ekkehard
Schleußner

2. Schriftführer
Prof. Dr. med. Mario Rüdiger

Schatzmeister
Prof. Dr. med. Rolf Maier

Geschäftsstelle
der Deutschen Gesellschaft für
Perinatale Medizin (DGPM) e.V.

c/o Conventus Congressmanage-
ment & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Str. 1
07745 Jena

Ihre Ansprechpartnerin
Frau Sandra Thoß

Telefon: 03641 31 16-475
Telefax: 03641 31 16-244
E-Mail: [gs\[at\]dgpm-online.org](mailto:gs[at]dgpm-online.org)

Bankverbindung
Sparkasse Marburg-Biedenkopf
IBAN:
DE35 5335 0000 0013 0018 98
BIC:
HELADEF1MAR

Ort, 13. April 2019

Ergänzende Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz-HebRefG)

**In der ergänzenden Stellungnahme werden vor allem iuristische
Gesichtspunkte berücksichtigt.**

1.

Schwangerschaft und Geburt sind keine Krankheiten; sie machen jedoch wegen der mit ihnen verbundenden Gefahren für Mutter und Kind eine medizinische Behandlung im Sinne von § 630 a Abs. 1 BGB erforderlich. Eine solche Behandlung hat entsprechend § 630 a Abs. 2 BGB nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen. Jeder Patient hat Anspruch auf Einhaltung des allgemein anerkannten fachlichen Standards.

In verschiedenen Bereichen der Medizin gibt es unterschiedliche Standards. Für die Geburtshilfe ist jedoch allgemein anerkannt, dass der der Patientin geschuldete Standard der eines gut ausgebildeten Facharztes ist. Das gilt in jedem Fall für Krankenhäuser. Sie haben grundsätzlich den Facharztstandard vorzuhalten. Dies ist deswegen von wesentlicher Bedeutung, weil bekanntlich heute weit über 90% aller Geburten in Krankenhäusern stattfinden.

Die Einhaltung des Facharztstandards ist nicht nur bei der Leitung der Geburt erforderlich, sondern auch bei der Überwachung der Schwangerschaft.

Dies ergibt sich ohne Weiteres aus den vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen herausgegebenen Mutterschaftsrichtlinien. Sie haben nach feststehender Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes Normcharakter. Die Ermächtigungsgrundlage für diese Normsetzung ergibt sich aus § 92 SGB V. Die Mutterschaftsrichtlinien schreiben vor, dass die Maßnahmen, die während einer Schwangerschaft erforderlich sind, um eine frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten zu ermöglichen, eine ärztliche Aufgabe sind. Sie sind nur von denjenigen Ärzten auszuführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnis und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung hierzu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen. Eine Delegation dieser Leistungen an Hebammen ist nur bei unauffälligem Schwangerschaftsverlauf hinsichtlich bestimmter Einzelleistungen zulässig.

In Geburtskliniken ist die Geburtsleitung durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen gekennzeichnet.

Charakteristisch ist, dass eine Hebamme eine Geburt während der gesamten Zeit, in der sich die gebärende Frau im Kreißaal befindet, begleitet. Ein Arzt wird von ihr hinzugezogen, sobald dies wegen des Auftretens von Symptomen, die besondere Risiken anzeigen, erforderlich ist. Demzufolge heißt es in dem noch geltenden Hebammengesetz vom 04.06.1985, dass die Hebamme die werdende Mutter verantwortlich bei der normalen Entbindung begleite.

Die Abgrenzung der Hebammentätigkeit zum Aufgabengebiet des Arztes ergibt sich daraus, dass die Hebamme verpflichtet ist, bei regelwidrigen Vorgängen den Arzt beizuziehen (§ 4 HebG). Das darf indes nicht dahin missverstanden werden, als habe die Hebamme, so lange sie allein bei der Leitung der Geburt tätig sei, nur einen (herabgesetzten) Hebammenstandard einzuhalten, der Facharztstandard gelte erst, sobald ein Arzt zur Geburt hinzutrete. Vielmehr geht der Gesetzgeber davon aus, dass die Hebamme eine normale (physiologische) Geburt ebenso gut leiten könne wie ein Arzt, so dass also Arzt und Hebamme bei ihrem Zusammenwirken gemeinsam den gebotenen fachärztlichen Standard einhalten können und müssen.

Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Hebamme treten auf, wenn es unter der Geburt zu regelwidrigen Vorgängen, d. h. zu Vorgängen kommt, die eine Gefährdung von Mutter und/oder Kind anzeigen. Die Hebamme

muss aufgrund ihrer Ausbildung befähigt sein, derartige regelwidrige Vorgänge zu erkennen. In einem solchen Falle endet ihre Alleinkompetenz; sie ist verpflichtet, einen Arzt herbeizurufen.

Es ist allgemein anerkannt, ist, dass bei gemeinsamer Anwesenheit von Arzt und Hebamme am Kreißbett der Arzt die notwendigen Entscheidungen trifft. Er ist insoweit also der Hebamme übergeordnet. Eine solche Regelung ist im Interesse der Patientin und des noch ungeborenen Kindes zwangsläufig notwendig; es muss in jedem Augenblick völlig klar sein, wer die Entscheidungskompetenz hat oder

– anders ausgedrückt – bei wem die Verantwortung liegt.

Darüber hinaus sind bei der geburtshilflichen Behandlung auch bestimmte Untersuchungen allein Sache des Arztes.

Das gilt insbesondere für alle Formen der Ultraschalluntersuchung unter Einschluss der Dopplersonographie. Was die Kardiotokographie anlangt, so muss die Hebamme in der Lage sein, die beiden durch das Gerät aufgezeichneten Kurven (fetale Herzfrequenzkurve und Wehenkurve) zu bewerten, d. h. suspekten und pathologischen Beschaffenheiten dieser Kurven zu erkennen. Liegt eine suspekten oder pathologischen Kurvenbeschaffenheit vor, die eine ärztliche Entscheidung über das weitere Vorgehen notwendig macht, so endet die Kompetenz der Hebamme. Ihre Sache ist es, den Arzt an das Kreißbett zu rufen und ihm die Entscheidung über das weitere Vorgehen zu überlassen.

Der jetzt vorliegende Gesetzentwurf erweckt den Anschein, als wolle der Gesetzgeber es bei dieser klaren Kompetenzverteilung nicht belassen.

Das Gesetz ist insoweit nicht völlig eindeutig, benutzt jedoch eine Vielzahl von Formulierungen, die nur den Schluss zulassen, als wolle der Gesetzgeber die Entscheidungskompetenz des Arztes zugunsten einer als notwendig empfundenen Aufwertung des Status der Hebammen beseitigen:

a)

In der Begründung des Gesetzentwurfes heißt es, die Akademisierung stärke die Hebammen in der interprofessionellen Zusammenarbeit; gemeint ist dabei offenbar die Zusammenarbeit mit Ärzten.

Was der Gesetzgeber in diesem Zusammenhang unter einer Stärkung versteht, bleibt offen.

b)

In der Begründung des Gesetzentwurfes heißt es ferner, die hohe Kaiserschnitttrate in der Geburtshilfe mache evidenzbasierte Konzepte für die hebammengeleitete Geburtshilfe dringend erforderlich. Es sollen also offensichtlich von Hebammen Behandlungskonzepte für vaginale Geburten entwickelt werden, die die Kaiserschnitttrate senken. Die Pointe dieses Satzes ergibt sich daraus, dass der Kaiserschnitt dem Arzt vorbehalten ist. Offenbar strebt also der Gesetzgeber an, die Entscheidung über die in einigen geburtshilflichen Fällen bestehende Behandlungsalternative zwischen Kaiserschnitt und vaginaler Geburt zumindest teilweise Hebammen zu übertragen, um auf diese Weise die Kaiserschnitttrate zu senken.

c)

Eine Abgrenzung zwischen den Kompetenzen der Hebamme und des Arztes findet sich in dem Gesetzentwurf (anders als im noch geltenden Hebammengesetz) nicht. In § 9 des Gesetzentwurfs, der die Studienziele für die neu zu schaffende akademische Hebammenausbildung umreißt, findet sich jedoch eine Vielzahl von Formulierungen, die insgesamt den Eindruck erwecken, als wolle der Gesetzgeber die Abhängigkeit der Hebammentätigkeit von ärztlichen Entscheidungen abschaffen oder zumindest einschränken.

In § 9 Abs. 1 ist davon die Rede, dass die Hebamme durch das Studium die Kompetenz zur „selbstständigen und umfassenden Hebammentätigkeit im klinischen sowie im ambulanten Bereich“ erlangen solle. In § 9 Abs. 3 Ziffer 1 heißt es, das Studium solle die Hebamme dazu befähigen, hochkomplexe Betreuungsprozesse einschließlich von Maßnahmen der Prävention im Bereich der Hebammentätigkeit auf der Grundlage wissenschaftsbasierter und wissenschaftsorientierter Entscheidungen zu planen, zu steuern und zu gestalten; von einer Mitwirkung des Arztes an der Planung und Steuerung eines Entbindungsprozesses ist nicht die Rede.

In § 9 Abs. 4 Ziffer 1 lit b des Gesetzentwurfes wird der Hebamme die Kompetenz zur Feststellung einer Schwangerschaft übertragen; bisher lag die Kompetenz für die Feststellung, für die eine Ultraschalluntersuchung erforderlich ist, beim Arzt.

In § 9 Abs. 4 Ziffer 1 lit c des Gesetzentwurfes wird der Hebamme die Kompetenz übertragen, die physiologisch verlaufende Schwangerschaft durch Durchführung der hierfür erforderlichen Untersuchungen zu beobachten und zu überwachen. Zu dieser Beobachtung und Überwachung gehören, wie sich aus den Mutterschaftsrichtlinien mit aller Eindeutigkeit ergibt, auch Ultraschalluntersuchungen, die bisher dem Arzt vorbehalten waren.

In § 9 Abs. 4 Ziffer 1 lit e des Gesetzentwurfes wird der Hebamme die Kompetenz zur Überwachung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel übertragen. Zu dieser Überwachung gehören jedoch Untersuchungen, die nach bisheriger allgemeiner Auffassung dem Arzt vorbehalten waren.

d)

In § 9 Abs. 4 Ziffer 1 lit k ist geregelt, dass zu den Aufgaben, die eine Hebamme selbstständig und eigenverantwortlich ausführen darf, im Dringlichkeitsfall oder bei Abwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes auch die Durchführung einer Steißgeburt gehört.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei fachgerechter Eingangsuntersuchung eine Steißlage oder sonstige Beckenendlage des ungeborenen Kindes stets schon bei Geburtsbeginn bekannt ist, es sei denn, die Mutter habe es versäumt, sich rechtzeitig in ein Krankenhaus zu begeben. Im Krankenhaus muss bei Steißlage oder sonstiger Beckenendlage des Kindes die Mutter informiert werden, dass die Sectio in diesen Fällen durchaus eine Behandlungsalternative darstellt. Dies hat der Bundesgerichtshof vielfach entschieden.

Diese Aufklärung ist ausschließlich Sache des Arztes. Geht man jedoch davon aus, dass hier die Situation gemeint sei, in der eine Hebamme außerhalb eines Krankenhauses oder bei fehlender Erreichbarkeit eines Arztes vor die Situation gestellt sei, dass bei der unter Geburt stehenden Frau eine Steißlage des

Kindes besteht, so entsprach es bisher allgemeiner Auffassung, dass die Hebamme verpflichtet ist, die Mutter schnellstmöglich in ein Krankenhaus zu schaffen.

e)

In § 9 Abs. 3 Ziffer 3 ist davon die Rede, dass die angehende Hebamme durch ihr Studium die Befähigung erlangen solle, interprofessionell mit anderen Berufsgruppen (gemeint offensichtlich: mit Ärzten) fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und bei der Zusammenarbeit individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen für regelwidrige Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverläufe zu entwickeln und teamorientiert umzusetzen.

Mit dieser Norm soll offensichtlich gesagt werden, dass die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen in Zukunft nicht mehr durch eine Unterordnung von Hebammen unter ärztliche Entscheidungen gekennzeichnet sein soll, sondern durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit („teamorientiert“).

Das klingt zwar modern, wobei unverkennbar ist, dass sich der Gesetzentwurf an vielen Stellen einer „modernen“, allerdings sehr unpräzisen Sprache bedient.

Die Formulierung wird aber nicht der unbedingten Notwendigkeit gerecht, im Interesse der jeweiligen Patientin für klare Verantwortungs- und Entscheidungsverhältnisse zu sorgen.

2.

Mit den Mutterschaftsrichtlinien, einer Säule der deutschen Geburtshilfe, ist der Gesetzentwurf nicht vereinbar.

3.

Es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass der Gesetzentwurf, soweit er die Abgrenzung der Hebammentätigkeit zum Aufgabengebiet des Arztes unklar werden lässt, auch nicht im Interesse der Hebammen liegt.

Haftungsrechtlich ist eine Hebamme vollständig geschützt, wenn sie sich in den Fällen, in denen es unter der Geburt zu irregulären Vorgängen kommt, der Leitung eines Arztes unterstellt. Die Hebamme, die unter Anleitung eines Arztes handelt, ist haftungsfrei. Die zahlreichen Fälle, in denen es zur Verurteilung von Hebammen zu hohen Schadenersatzbeträge gekommen ist, sind sämtlich dadurch gekennzeichnet, dass Hebammen in den Fällen, in denen es notwendig gewesen wäre, einen Arzt hinzuzuziehen, gerade dies unterlassen, d. h. ohne ärztliche Aufsicht und Anleitung gehandelt haben.

4.

Die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17.09.2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen schreibt eine Akademisierung der Hebammenausbildung nicht vor.

In einigen europäischen Staaten findet die Ausbildung von Hebammen bereits auf Hochschulebene statt, in anderen nicht. Man muss anerkennen, dass der Stoff der Hebammenausbildung jedenfalls so anspruchsvoll und komplex ist, dass er ohne Weiteres zum Gegenstand einer Hochschulausbildung gemacht werden kann.

Eine inhaltlich anspruchsvolle Ausbildung muss jedoch nicht notwendig Hochschulausbildung sein. Es gibt auch Fachschulen, die auf dem Gebiet der Vermittlung beruflichen Wissens und Könnens gute Arbeit leisten. Der Unterschied zwischen einer Fachschul-Ausbildung und einer Hochschulausbildung besteht grundlegend darin, dass in Schulen strikte Anwesenheitspflicht der Schüler besteht, während Besucher einer Hochschule z. B. einer Universität, insofern viel freier gestellt sind. Das Versäumen einer Vorlesung an einer Hochschule wird in keiner Hinsicht geahndet, jeder Student ist selbst dafür verantwortlich, wie er sich den notwendigen Wissensstoff aneignet. Dem Gesetzentwurf ist zu entnehmen, dass die vorgesehene akademische Hebammenausbildung, um das Mindeste zu sagen, „verschult“, sein soll.

Gem. § 34 Abs. 2 Ziffer 1 des Gesetzentwurfes ist die zu studierende Person verpflichtet, an den vorgeschriebenen hochschulischen Lehrveranstaltungen teilzunehmen. Es besteht also wie in einer Schule Anwesenheitspflicht. Etwas anderes ist bei dem vorgesehenen dualen Studium – es findet neben dem Studium ständig eine berufspraktische Tätigkeit statt – kaum denkbar.

Unter diesen Umständen erweckt die Normierung einer akademischen Hebammenausbildung den Eindruck eines **Etikettenschwindels** an, denn auch die Ausbildung an den bisher bestehenden Hebammenschulen entsprach durchaus wissenschaftlichen Anforderungen, wie das an diesen Hebammenschulen eingeführte Lehrmaterial ohne Weiteres belegt.

Ein Nachteil einer Hochschulausbildung besteht darin, dass sie in Semester aufgliedert ist, wobei zwischen den Semestern lange Semesterferien liegen.

Die für Vorlesungen zur Verfügung stehenden Zeiten werden daher im Verhältnis zu einer Fachschulausbildung, an der lediglich die üblichen Schulferien gelten, erheblich verkürzt, so dass der Lehrstoff viel knapper und konzentrierter dargeboten werden muss als bei einer Fachschule.

In der Begründung des Gesetzentwurfes heißt es zwar, dass das derzeit geltende Hebammengesetz aus den 1980er Jahren stamme und nicht mehr den Anforderungen einer zeitgemäßen Hebammenausbildung entspreche.

Dieser Satz stellt jedoch eine **Leerformel** dar; es ist nichts dafür ersichtlich, dass die bestehenden Hebammenschulen nicht in der Lage wären, im Lehrstoff und im Lehrmaterial mit der Entwicklung des medizinischen Wissens Schritt zu halten.

In mehreren Stellungnahmen zu dem Gesetzentwurf wird hervorgehoben, dass der Ruf der deutschen Hebammenschulen ausgezeichnet sei und dass die Ausbildung vom inhaltlichen Niveau her der Hochschulausbildung in bestimmten anderen Ländern eher sogar überlegen sei.

Es geht dem Gesetzgeber also offensichtlich nur darum, durch eine Änderung der Ausbildungsbenennung dem Beruf der Hebamme ein höheres soziales Ansehen zu verschaffen. Es muss bezweifelt werden, ob das vom Gesetzgeber intendierte Ziel auf diese Weise zu erreichen ist.

5. Zugangsvoraussetzungen

Nach bisherigem Recht waren Berufszugangsvoraussetzungen der Realschulabschluss oder eine gleichwertige Ausbildung sowie die Vollendung des 17. Lebensjahres. Die Ausbildung dauert auch nach derzeitigem Recht 3 Jahre; sie besteht aus theoretischem und praktischen Unterricht sowie einer praktischen Ausbildung und endet mit einer staatlichen Prüfung. An diesen grundlegenden Daten der Ausbildung soll sich nichts ändern.

Dem Realschulabschluss steht nach derzeit geltendem Schulrecht die Erlangung der mittleren Reife an einem Gymnasium oder einer Gesamtschule gleich. Dieser Ausbildungsstand wird nach 11 Jahren erzielt. Die gesetzliche Änderung führt demgemäß dazu, dass der Zugang zur Berufsausbildung um 1 Jahr verzögert wird. Andererseits ist die Reifeprüfung, d. h. die Erlangung der allgemeinen Hochschulreife, nach wie vor nicht Voraussetzung für den Zugang zur Hebammenausbildung. Die Reifeprüfung wird nach derzeitigem Stand entweder nach 12 oder nach 13 Schuljahren abgelegt. Der Gesetzgeber will aber offensichtlich den Zugang zur Hebammenausbildung nicht von der Erlangung der allgemeinen Hochschulreife abhängig machen. Gefordert wird die Absolvierung von 12 Schuljahren. Ob es sich dabei um Wiederholungsjahre handelt und ob am Ende des letzten Schuljahres eine Versetzung erfolgt ist, ist gem. § 10 Abs. 1 Ziffer 1 lit a des Gesetzentwurfs gleichgültig.

Das bedeutet, dass eine junge Frau oder auch ein junger Mann, die sich entschlossen haben, eine Hebammenausbildung zu beginnen, nach Erlangung der mittleren Reife und vor Beginn der spezifischen Ausbildung ein weiteres Schuljahr absolvieren müssen, ohne dass es auf dessen Ergebnis überhaupt ankommt. Eine solche Regelung ist sinnlos. Es wird ohnehin allgemein beklagt, dass die berufliche Ausbildung in Deutschland länger als anderswo dauert. Die hier vorgesehene Regelung führt zu einem völlig sinnlosen Verlust eines kostbaren Ausbildungsjahres.

6. Kündbarkeit des Vertrages zur akademischen Hebammenausbildung

Die Besonderheit des in dem Gesetzentwurf nur sehr unbestimmt geregelten dualen Studiums besteht darin, dass die Studierenden mit einer im Gesetzentwurf vorgesehenen „verantwortlichen Praxiseinrichtung“ (einem Krankenhaus) einen schriftlichen Vertrag zur akademischen Hebammenausbildung abschließen müssen. Der Inhalt dieses Vertrages wird im Gesetzentwurf im Einzelnen geregelt. Der Vertragsabschluss ist

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Ausbildung. Dass dieser Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen für beide vertragschließende Parteien kündbar sein muss, ist selbstverständlich. Gegen die insoweit im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen ist auch nichts einzuwenden, jedoch mit einer Ausnahme.

Gem. § 36 Abs. 1 des Gesetzentwurfes beginnt das Vertragsverhältnis mit einer Probezeit. Die Probezeit beträgt 6 Monate. Während der Probezeit kann das Vertragsverhältnis zur akademischen Hebammenausbildung von jedem Vertragspartner, d. h. auch von der verantwortlichen Praxiseinrichtung, die die praktische Ausbildung entweder selbst vornimmt oder delegiert, jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden. Eine solche Kündigung innerhalb der Probezeit bedarf keiner Begründung.

Diese Regelung dürfte grundgesetzwidrig sein (Verstoß gegen Artikel 12 GG).

Für jedes normale Studium bestehen heute bestimmte Zugangsvoraussetzungen. Die gesetzliche Festlegung von Zugangsvoraussetzungen ist, worüber keine Diskussion notwendig ist, verfassungsgemäß. Es stellt jedoch eine Abweichung zu allen anderen Studiengängen dar, dass ein Studierender, der einmal als solcher angenommen worden ist und sein Studium begonnen hat, innerhalb einer Probezeit von 6 Monaten ohne jede Begründung aus dem Studium hinausgeworfen werden kann. Einem Studierenden muss es freigestellt werden, ein Studium vorzeitig zu beenden. Dass aber umgekehrt bei einem dualen Studium, dessen Basis ein Vertragsabschluss ist, die die Ausbildung gewährende Institution das Ausbildungsverhältnis ohne Begründung beenden kann, ist schlechterdings nicht zu rechtfertigen. Wer einmal zu einem Studium zugelassen ist, dem muss auch gestattet werden, das Studium bis zur Prüfung weiterzuführen.

7. Abschaffung des sog. Entbindungspflegers

Obwohl der Beruf der Hebamme typischerweise ein Frauenberuf ist, ist er – schon aus Gründen der Gleichberechtigung – auch Männern zugänglich. In dem derzeit noch geltenden Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers werden männliche Berufsträger als Entbindungspfleger bezeichnet. Diese Berufsbezeichnung will der Gesetzgeber nicht weiterführen. Die Berufsbezeichnung Hebamme soll für alle Berufsangehörigen, d. h. auch für Männer gelten. In der Begründung des Gesetzentwurfes wird klargestellt, dass der Gesetzgeber die männliche Berufsbezeichnung „Entbindungspfleger“

abschaffen wolle. Die 1985 eingeführte männliche Berufsbezeichnung „Entbindungspfleger“ werde nicht weitergeführt, auch für die männlichen Berufsangehörigen werde zukünftig die Berufsbezeichnung „Hebamme“ gelten.

Wir empfehlen die Berufsbezeichnung „Bachelor für Hebammenkunde“ zu verwenden.

Der Referentenentwurf ist also zusammenfassend aus rechtlicher Sicht als problematisch und inhaltlich der geburtshilflichen Praxis widersprechend einzustufen.

Hochachtungsvoll

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Kainer', written in a cursive style.

Prof Dr F. Kainer
Präsident der DGPM