



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

Sekretariat PA 14
Ausschuss für Gesundheit

Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
10117 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)86(7)
gel. VB zur öAnh am 26.6.19 -
Hebammenreformgesetz
20.6.2019

Präsident der DGGG e.V.
Prof. Dr. med. Anton J. Scharl

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

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

Berlin, den 18.06.2019

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz – HebRefG) BT-Drucksache 19/10612

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 e.V. (DGGG) 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 DGGG begrüßt und fördert seit Jahren die Einrichtung von Hochschulstudiengängen mit dem Ausbildungsziel Hebamme und Entbindungspfleger, auch um diesen



Bachelor- oder Masterstudierenden den Zugang zum Europäischen Markt zu eröffnen.

Der Referentenentwurf verschärft die Mängel in der Kreißaalpatientinnen-Versorgung, er wird die Versorgungssituation Schwangerer im Geltungsbereich des Gesetzes nachhaltig über Jahre ab 2021 gefährden. Die Verengung des Gesetzes auf eine reine Vollakademisierung entspricht nachweislich weder den Vorgaben der EU-Richtlinie, noch den Ausbildungswünschen von Schulabgängern mit dem Berufswunsch Hebamme bzw. Entbindungspfleger in Deutschland. Darüber hinaus werden unreflektiert Argumente des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) in den Begründungen plagiiert. Diese führen 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 breite 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 die Wahlmöglichkeit für Menschen mit dem Berufswunsch Hebamme oder Entbindungspfleger zwischen einer praktisch orientierten Ausbildung und einer wissenschaftlichen Ausbildung.
- Die DGGG unterstützt die in der EU-Richtlinie eingeräumte Möglichkeit zum Zugang zur Hebammenausbildung entweder durch eine 12-jährige Schulausbildung oder eine Eignungsprüfung nach einer 10-jährigen Schulausbildung. Heute stellen junge Menschen mit Realschulabschluss zwischen 30% und 40% der Auszubildenden im Hebammenberuf. Diesen Menschen den Zugang zum Berufswunsch zu verwehren, gilt es zu verhindern.
- Die DGGG unterstützt die Wahlmöglichkeit für Menschen mit einer abgeschlossenen Ausbildung zur Hebamme bzw. zum Entbindungspfleger, durch Aufbaustudiengänge eine additive wissenschaftliche Qualifizierung zu erlangen.
- Die DGGG fordert die Eliminierung von Formulierungen aus dem Reichshebammengesetz von 1939, die in der täglichen Realität im Kreißaal geeignet sind, die geburtshilfliche Versorgung in Kreißsälen zu beeinträchtigen.

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 im Gesetzesentwurf unterstellte „Unverzichtbarkeit zur gesundheitlichen Versorgung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und der Stillzeit sowie von Neugeborenen und Säuglingen“ ist im internationalen Kontext und



in Studien nicht nachweisbar und wird durch die Versorgungssituation in Deutschland konterkariert.

Noch nie waren so viele Hebammen in Deutschland ausgebildet, dennoch besteht ein struktureller Hebammenmangel in den Kreißsälen und in der Wochenbettversorgung, nicht aber in der Schwangerenvorsorge. In der Schwangerenvorsorge präferieren aber die werdenden Mütter entsprechend der Mutterschaftsrichtlinie zu 99% die ärztliche Versorgung.

Trotz der höchsten Zahl an ausgebildeten Hebammen in der Geschichte der Bundesrepublik haben Patientinnen mit dem Geburtsmodus Kaiserschnitt aufgrund des strukturellen Hebammenmangels in den Kliniken häufig keine Versorgung durch Hebammen während und nach der Geburt, in den Großstädten Deutschlands haben zum Teil mehr als die Hälfte aller Wöchnerinnen keine Unterstützung durch Hebammen.

- Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Hebammenversorgung ist aus Sicht der DGGG auf der Basis evidenzbasierter Maßnahmen ein wichtiges Anliegen. Hier ist die DGGG jederzeit bereit, Expertise zur Lösung dieser Problematik anzubieten. Der vorliegende Gesetzentwurf wirkt dagegen 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.

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.



- 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 stellt geradezu eine Diskriminierung der 20.000 Hebammen in Deutschland dar.
- „Es wird darüber hinaus bezüglich der Hebammenversorgung immer wieder von Versorgungsengpässen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich berichtet.“ Hier handelt es sich um eine plagiierte Pauschalierung. Tatsächlich sind die Fakten der geburtshilflichen Versorgung bezüglich der Hebammen vielfach dokumentiert. In Deutschland sind mehr als 20.000 in Hebammenschulen ausgebildete Hebammen in Teil- und Vollzeit tätig. Lediglich die Hälfte dieser Hebammen arbeitet in Kliniken, in denen aber mehr als 98% aller Geburten durch freie Entscheidung der werdenden Mütter stattfinden.
- „Eine qualitativ hochwertige, modern ausgestaltete Hebammenausbildung soll entscheidend zur Attraktivität des Hebammenberufs beitragen.“ Schon in der aktuellen Situation der faktischen Teilakademisierung entscheidet sich Majorität mit dem Berufswunsch „Hebamme“ in Deutschland für eine praxisnahe Ausbildung in Hebammenschulen. Dem steht die EU-Gesetzgebung nicht entgegen, wohl aber der vorliegende Gesetzentwurf.

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.

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 trotz bereits eingerichteter Hochschulstudiengängen einen ungebrochenen Zulauf, die Zahl der Bewerber übersteigt bei weitem die Zahl der Ausbildungsplätze. Der bei weitem überwiegende Hebammenschulbewerberinnenanteil hat das Abitur! Allerdings haben auch in relevantem Umfang Hebammenschülerinnen einen Realschulabschluss. Diesen Schulabgängern wird der Berufszugang entgegen der EU-Richtlinie durch den Gesetzentwurf prinzipiell verwehrt. 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 verkannt, sie werden durch diesen Gesetzentwurf 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 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 haben einen hochsignifikant höheren Anteil, der allerdings ausschließlich auf die nationale Gesetzgebung (Finanzierung der Geburt) zurückgeht und nicht der Wahl der Schwangeren bezüglich des Geburtsortes 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 Ausbil-



- derungsgang in den EU-Nachbarstaaten bestätigt dieses. Der Praxisanteil in der Ausbildung zur Hebammen 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 ist die auffällige Verwirrung bezüglich der Differenzierung von Universitäts- und Fachhochschulstudiengängen und einer behelfsmäßigen Einbeziehung ohnehin entsprechend des Gesetzentwurfes abzuschaffender Hebammenschulen.

In der vorliegenden Form ist der Gesetzentwurf 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 wissenschaftlichen 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.
- Tatsächlich werden die ca. 20.000 Hebammen mit Hebammenschulausbildung und seit wenigen Jahren in derzeit geringem Umfang Hebammen mit Studienabschluss in den kommenden Jahrzehnten nebeneinander arbeiten. Hier ist vielmehr eine derzeit ebenfalls vom Gesetzentwurf ausgeschlossene Weiterqualifizierungsmöglichkeit für bereits ausgebildete Hebammen durch Aufbaustudiengänge mit Studienziel Bachelor oder Master dringend unter Einbeziehung aller in Deutschland bereits existierender Studienmöglichkeiten erforderlich, um einen weitmöglichen Weg zum Beruf umzusetzen. Dieses entspricht den Anforderungen an eine Bildungsoffensive.
- 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 müssten 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.

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. Dieser Teilakademisierung steht die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 in keiner Weise entgegen.

Änderungsbedarf besteht bei § 2 (3).

§ 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. 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).

Eine Hinzuziehung von Hebammen bei **physiologischen** Geburten sieht die DGGG auch im Hinblick auf eine ausreichende Finanzierung der physiologischen Geburt und zur Optimierung der Arbeitsbedingungen für Hebammen in Kreißsälen als wünschenswert an.

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

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

Und

Änderungsbedarf besteht bei § 74. § 74 ist ersatzlos zu streichen.

Übergangsvorschriften für Entbindungspfleger

- (1) Die außerhalb dieses Gesetzes für „Hebammen“ bestehenden Rechtsvorschriften sind auch auf „Entbindungspfleger“ anzuwenden.
- (2) Entbindungspfleger haben auf Antrag Anspruch auf Erteilung einer Erlaubnis nach § 5 mit der Berufsbezeichnung „Hebamme“. In der Erlaubnis ist auf die ihr zugrunde liegende Berufsqualifikation sowie das Datum der ursprünglichen Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung hinzuweisen.



Begründung:

Im Sinne des Antidiskriminierungsgesetzes sollen für eine Berufsbezeichnung genderspezifische Formen gefunden werden. Hebamme ist eine weibliche Berufsbezeichnung: Hebamme (von althochdeutsch Hev(i)anna: „Ahnin/Großmutter, die das Neugeborene aufhebt/hält“. Dieser Begriff entspricht exakt der männlichen deutschen Form „Entbindungspfleger“.

Beide Begriffe sollen erhalten bleiben.

Änderungsbedarf besteht zudem bei § 10

Zugangsvoraussetzungen

- (1) Das **Ausbildung zur Hebamme** darf nur absolvieren, wer 1. mindestens einen der folgenden Abschlüsse nachweist:
 - a) den Abschluss einer mindestens zwölfjährigen allgemeinen Schulausbildung **oder der Besitz eines Zeugnisses, durch das eine bestandene Aufnahmeprüfung von gleichwertigem Niveau für die Hebammenschule bescheinigt wird.**

Begründung:

Die Änderung entspricht der EU-Richtlinie und gewährleistet einen größtmöglichen Zugang zu einer qualifizierten Ausbildung auch für Realschulabgänger.

Änderungsbedarf besteht zudem bei § 11

Dauer und Struktur der Ausbildung

- (1) Das Hebammenstudium **bzw. die Ausbildung zur Hebamme** dauert in Vollzeit mindestens sechs und höchstens acht Semester.
- (2) Das **Vollzeithebammenstudium** ist ein duales Studium und besteht aus einem berufspraktischen Studienteil und einem hochschulischen Studienteil.
- (3) Die für die Erlaubnis maßgeblichen Teile des **Vollzeithebammenstudiums** umfassen mindestens 4.600 Stunden. Davon entfallen mindestens 2.100 Stunden auf den berufspraktischen Teil und mindestens 2.100 Stunden auf den hochschulischen Teil.
- (4) Den Inhalt der für die Erteilung der Erlaubnis maßgeblichen Bestandteile des Hebammenstudiums regelt die Studien- und Prüfungsverordnung nach § 71.
- (5) Ein **Hebammenaufbaustudium für Studierende mit dem Abschluss einer erfolgreich absolvierten Berufsausbildung als Hebamme oder Entbindungspfleger mit mindestens 3 jähriger Berufspraxis umfasst die Studierendauer mindestens 2.100 Stunden im hochschulischen Teil.**



Begründung

auf der Basis § 11 RICHTLINIE 2005/36/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen:

- **Erfolgreich ausgebildete Hebammen und Entbindungspfleger, derzeit ca. 20.000 in Deutschland, sollen die Möglichkeit zur Weiterqualifizierung in ihrem Beruf erhalten. Dabei ist der duale Charakter hier nicht notwendig, da bereits eine weit über den Praxisanteil im Bachelor- oder Masterstudienangang erforderliche Berufserfahrung bereits vorliegt.**
- **Würden solche qualifizierten Hebammen und Entbindungspfleger ein Vollzeitstudium mit mindestens 2.100 Stunden Praxisanteil an ihre Ausbildung anschließen müssen, ergäbe sich eine nicht nachvollziehbare Reduktion an Praxisplätzen.**

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

(4) Die akkreditierten Orte der Praxiseinsätze nehmen an der bundesdeutschen Qualitätssicherung Perinatalogie (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. Promotion und habilitationsäquivalente Leistungen sind unabdingbare Voraussetzung für den Anspruch eines wissenschaftlich orientierten Studiums an deutschen Hochschulen.



Änderungsbedarf besteht bei § 21 bis § 42

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 § 75.

Kooperation von Hochschulen mit Hebammenschulen

(1) Hochschulen können die praktischen Lehrveranstaltungen des Studiums und die Praxisbegleitung von Hebammenschulen durchführen lassen.

(2) Die Hochschule schließt über die Zusammenarbeit nach Absatz 1 eine Kooperationsvereinbarung mit der Hebammenschule. Die Hochschule trägt die Verantwortung dafür, dass das Studienziel gemäß § 9 erreicht wird.

Begründung:

Um eine dauerhafte optimale Praxisausbildung innerhalb der Studiengänge zukünftig zu gewährleisten sind Kooperationen mit den praktisch orientierten Hebammenschulen zu fördern.

Änderungsbedarf besteht bei § 76. Der § 76 entfällt.

Begründung:

Die EU-Richtlinie macht ausdrücklich keine Vorgabe zur Form der Ausbildung zur Hebamme im Geltungsbereich. Die Teilakademisierung erschließt Menschen mit dem Berufswunsch „Hebamme oder Entbindungspfleger“ die gesamte Breite der in der Bundesrepublik Deutschland unter Beachtung der EU-Richtlinie gelebten Ausbildungsmöglichkeiten. Dabei wird zusätzlich einer durch eine ausschließliche Vollakademisierung drohenden Unterversorgung in den Kreißsälen entgegengewirkt. 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.



Resümee

Die DGGG ist sich ihrer Verantwortung für die evidenzbasierte Versorgung Schwangerer und ihrer Kinder bewusst.

Die DGGG bekennt sich zur Förderung der Akademisierung auch im Hebammenberuf. Eine breite Palette an Ausbildungsmöglichkeiten dient hier sowohl den Berufswünschen junger Menschen als auch der Sicherstellung einer optimalen Betreuung von Frauen unter der Geburt und im Wochenbett.

Der Gesetzwurf verliert diese Erfordernisse aus dem Auge und ist daher dringend überarbeitungsbedürftig und in der vorliegenden Form geeignet, gegen Bundesgesetze und Regelungen zu verstoßen, insbesondere aber die Patientenversorgung unter der Geburt nachhaltig zu gefährden. Die DGGG steht zur Beratung zur Verfügung.

Berlin, den 18. Juni 2019

Für den geschäftsführenden Vorstand

Prof. Dr. med. Anton J. Scharl Prof.
Präsident der DGGG e.V.

Prof. Dr. med. Dr. hc Frank Louwen
Vizepräsident der DGGG e.V.

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)