



Ausschuss für Gesundheit
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

per Email

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)86(8)
gel.VB zur öAnh am 26.6.19 -
Hebammenreformgesetz
21.6.2019

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
Internet <http://www.bvf.de>

20.6.2019

Stellungnahme des Berufsverbands der Frauenärzte e.V. (BVF) zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz – HebRefG)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten benötigen Zeit

Eine Ausweitung der Leistungsbeschreibung im HebRefG auf die gesamten Inhalte der ärztlichen Schwangerenvorsorge nach Mutterschaftsrichtlinien, auf pathologische Schwangerschaftsverläufe und medizinische Fragen der Familienplanung außerhalb von Wochenbett und Stillzeit, muss der Berufsverband der Frauenärzte (BVF), ebenso wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK), ablehnen.

Angesichts der unveränderten Mindestausbildungszeit von drei Jahren (!) sind derart umfassende Ausbildungsziele, die ÄrztInnen frühestens nach 11 Jahren nach Studium und Facharzt-Weiterbildung erreichen, keinesfalls zu vermitteln. Zudem ist eines der 6 Semester der Bachelorarbeit gewidmet.

Sektorale und interprofessionelle Übergänge mit Konfliktpotenzial

Gemäß dem Wortlaut der EU-Richtlinie erscheint es „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.“

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der Ärzteschaft notwendig, den in der EU-Richtlinie vorgegebenen nötigen Umfang der von Hebammen - unabhängig und in eigener Verantwortung - zu erbringenden Leistungen unter Berücksichtigung der in Deutschland seit über 40 Jahren etablierten und im internationalen Vergleich so erfolgreichen ärztlichen Mutterschaftsvorsorge zu formulieren, ohne kostspielige Doppelstrukturen mit unterschiedlichen Qualifikations- und Qualitätsstandards zu

inaugurieren, und damit den Mangel an Hebammen in Kreißsälen und bei der Wochenbettversorgung weiter zu verschärfen.

Mutterschafts-Richtlinien sind normative Detektion von Risiken

Die unabhängig von einem Arzt oder einer Ärztin erfolgende Hebammenhilfe stellt keine Versorgung entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien (MuRiLi) des G-BA dar, und kann diese auch nicht ersetzen.

Die MuRiLi des G-BA regeln den Anspruch auf ärztliche Betreuung in einer Schwangerschaft und im Wochenbett.

Gemäß dieser Richtlinie 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.

Deutschland hat mit seinen 11.000 niedergelassenen FrauenärztInnen gegenüber anderen EU-Staaten ein überragendes Alleinstellungsmerkmal.

Versorgung im ambulanten Sektor – Schwangerenvorsorge - abgedeckt und qualitätsgesichert

Umfang und Komplexität der im HebRefG formulierten Ausbildungsziele zeigen überdeutlich, dass diese innerhalb eines fünfsemestrigen Bachelorstudiums nur in stark komprimierter Form vermittelt werden können. Daher sind diese Ziele im Sinne des von der EU geforderten nötigen Umfangs kongruent zu den MuRiLi des G-BA einzugrenzen.

Während es in der EU-Vorgabe heißt „unabhängig und in eigener Verantwortung in dem nötigen Umfang“, wird im Studienziel bei vielen Tätigkeiten eine selbständige und eigenverantwortliche Tätigkeit definiert, ohne dies durch den nötigen Umfang zu konkretisieren. Diese weit definierten berufsrechtlichen Kompetenzen wirken sich auf den Leistungsumfang aus, der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung im ambulanten Bereich erbracht werden kann.

Statt der Übernahme von Versorgungsinhalten, die bereits kompetent von Ärztinnen und Ärzten nach den MuRiLi abgedeckt werden und bei denen kein Versorgungsmangel besteht, sollte der Fokus auf dringend benötigten Kompetenzen liegen, insbesondere auf die Tätigkeit im Kreißsaal und im Wochenbett.

(Alleinstellungsmerkmal der ärztlichen Mutterschaftsvorsorge:

Präkonzeptionelle Beratung und Beratung zu NIPD, GenDG, zu Infektions- und Allergieprophylaxe, Abusus, Arzneimittelgebrauch, intrauterine Programmierung, außerdem Risikoerkennung bei der Mutter (Hypertonie, Diabetes, Präeklampsie, Infektionen, Uterusanomalien, Frühgeburtsbestrebung, Altersprobleme, Herzalterationen, sowie die Betreuung bei Ängsten und Depressionen) und beim Kind (EU, Gemini, Fehlbildung, Retardierung, Frühgeburtlichkeit, etc.))

Versorgung im ambulanten Sektor – Empfängnisregelung - abgedeckt und umfassend

Leistungen der Familienplanung sind ebenfalls schon in der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch nach SGB V geregelt, die die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung umfasst, sowohl über Hilfen zur Ermöglichung einer Schwangerschaft als auch über solche zur Verhütung von Schwangerschaft. Es bedarf im HebRefG einer belastbaren Abgrenzung von diesen Beratungs- und Aufklärungsinhalten, um Überschneidungen und insbesondere kostenträchtige Doppelerbringungen von Leistungen zu vermeiden.

Im Rahmen der Hebammentätigkeit sollte eine solche Beratung sinnvollerweise auf die Phase des Wochenbetts begrenzt werden, da im deutschen Versorgungskontext Frauen außerhalb der Schwangerschaft und Stillzeit nicht von Hebammen betreut werden.

Aufklärung und Beratung zu verschreibungspflichtigen Kontrazeptiva sind der ärztlichen Profession vorbehalten. Beratungen und Aufklärungen haben immer haftungsrechtliche Implikationen im Sinne des § 630e BGB. Zielführend könnte die Information über die Möglichkeiten der Betreuung durch Hebammen sein. Die medizinische Aufklärung der ratsuchenden Frau über die ärztlichen Untersuchungen liegt laut SGB V in der Verantwortung von Ärztin oder Arzt.

Unschärfe Trennung – zeitlich und inhaltlich - der Befugnisse, Aufgaben und Medizintechnik

Unklar ist, was im HebRefG in dem Satz „die Fähigkeit zur Überwachung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel unter diesen Mitteln zu verstehen ist. Eine entsprechende Klarstellung findet sich auch nicht in der Gesetzesbegründung, so dass zu befürchten ist, dass es zu unterschiedlichen Auslegungen kommt.

Die entsprechenden Vorgaben der EU Richtlinie beziehen sich an dieser Stelle auf die Phase der Geburt: hier wäre beispielsweise als technisches Mittel die Anwendung der Kardiotokografie relevant. Im vorliegenden Entwurf des HebRefG wurde davon abweichend die Anwendung nicht näher bezeichneter technischer Mittel auf die gesamte Schwangerschaft bezogen.

Problematisch wäre es, wenn hierunter die Anwendung von Ultraschalluntersuchungen verstanden würde, da die Durchführung von Ultraschalluntersuchungen ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte erfolgen darf. Diese Kompetenz ist in Deutschland der ärztlichen Profession vorbehalten.

Voraussetzung für ihre Anwendung im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien ist die Facharztqualifikation für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Grundlage: mindestens 11 Jahre Aus- und Weiterbildung) und der Nachweis entsprechender Kompetenz und die Erfüllung der technischen Qualitätsstandards gemäß der Ultraschallvereinbarung nach § 135 SGB V. Die Qualität von Ultraschalluntersuchungen wird zudem im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung überwacht.

Pathologische Schwangerschaftsverläufe bedürfen des Arztvorbehaltes

Bei Tot- und Fehlgeburten handelt es sich um pathologische Schwangerschaftsverläufe, eine selbständige und eigenverantwortliche Betreuung und Begleitung kann nicht durch Hebammen ohne ärztliche Überwachung erfolgen.

Die EU Richtlinie sieht dies auch nicht als Ausbildungsziel vor.

Ebenso wenig ist ein Abbruch nach der zwölften Schwangerschaftswoche einem physiologischen Schwangerschaftsverlauf zuzuordnen; eine Betreuung und Begleitung muss ärztlich oder unter ärztlicher Verantwortung stattfinden.

Haftung und Schutzbedürfnis

Durch die erhebliche Ausweitung der berufsrechtlichen Befugnisse der Hebammen, insbesondere auf die Inhalte der ärztlichen Schwangerenvorsorge gemäß Mutterschafts-Richtlinien, werden die Haftungsrisiken aufgrund von Geburtsschäden für Hebammen massiv zunehmen.

Unter „Geburtsschaden“ versteht man im Arzthaftungsrecht die Schädigung eines Kindes während der pränatalen, perinatalen und postnatalen Phase, also in der Phase der Schwangerschaftsbetreuung, der geburtshilflichen Begleitung kurz vor und unter der Geburt bis hin zur Versorgung des Kindes nach der Geburt.

Dabei ist zu bedenken, dass es sich bei Geburtsschäden neben dem entstehenden Leid für Eltern und Kinder in der Regel um Großschäden schlechthin handelt, da hohe Millionensummen an Schadenersatz bei Geburtsschäden geleistet werden müssten.

Der Gesetzgeber sollte das Studium nicht überfrachten bzw. die StudentInnen nicht überfordern.

Physiologie und Risiko – kein Raum für Ideologie

Die Entwicklung eines Kindes aus Steißlage gilt nicht als „physiologische Geburt“ und darf somit nicht ohne ärztliche Anwesenheit eigenständig von einer Hebamme durchgeführt werden. Die Gefahr von Komplikationen in der Schwangerschaft ist bei einer Beckenendlage des Kindes erhöht.

Eine Beckenendlage und somit eine mögliche Steißgeburt des Kindes zählen zu den relativen Indikationen für einen Kaiserschnitt (operative Geburt). Eine Begleitung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt ist aus Gründen des Patientenschutzes zwingend erforderlich.

Durch eine unklare Aufgabenzuteilung unter den Professionen wird es zu mehr Behandlungsfehlervorwürfen kommen.

Die in der Betreuung der Schwangeren bislang übliche arbeitsteilige Vorgehensweise zwischen Ärzten und Ärztinnen und Hebammen erforderte ein hohes Maß an Disziplin, Kenntnis der Verfahrensabläufe und der Verantwortlichkeit der agierenden Personen.

Die Tätigkeit einer Hebamme ist ein Heilberuf; die Grundsätze der Arzthaftung nach § 630a ff. BGB sind entsprechend anwendbar, soweit es sich um Verletzung der Pflichten handelt, die einer Hebamme selbst obliegen.

Das gilt bislang nur solange, bis ein Arzt oder eine Ärztin die Behandlung übernommen hat, denn ab dann geht die Verantwortung für das weitere Geschehen auf ihn oder sie über. Hat der Arzt oder die Ärztin die Behandlung übernommen, kommt eine Haftung der Hebamme nach der Rechtsprechung kaum noch in Betracht.

Bisher gilt auch, dass eine geburtshilflich tätige Hebamme verpflichtet ist, bei Auftreten von Regelwidrigkeiten einen Arzt oder eine Ärztin hinzuziehen (BGH, Urteil vom 07. Dezember 2004 – VI ZR 212/03 –).

Angesichts der im HebRefG deutlich erweiterten berufsrechtlichen Kompetenzen stellt sich die Frage, wer bei der Betreuung und Geburtshilfe handeln muss und welche Weisungs- und Leitungsrechte für einen Arzt oder eine Ärztin gegenüber der Hebamme in der konkreten geburtshilflichen Situation (noch) bestehen. Die bislang klare Aufgabenverteilung zwischen Arzt oder Ärztin und Hebamme im Haftungsrecht wird durch das vorliegende Gesetz verloren gehen. Haftungsrechtlich führen unklare Regelungen zu vermehrten Rechtstreitigkeiten.

Haftpflichtprämien – auch eine Frage der Gleichstellung

In den letzten beiden Jahrzehnten ist in der Rechtsprechung die Tendenz zu beobachten, dass deutlich höhere Schmerzensgelder ausgeurteilt wurden, als dies früher der Fall war, da der Bundesgerichtshof die Unantastbarkeit der Würde des Menschen und die freie Entfaltung der Persönlichkeit im Rahmen der Bemessungskriterien des Schmerzensgeldes hervorhob. Eine Folge hiervon sind die exorbitant steigenden Haftpflichtprämien, auch für Vorsorgeleistungen.

Bei Ausweitung der Vorsorgeleistungen im HebRefG ist von einem weiteren Anstieg der Haftpflichtprämien auszugehen.

Wissenschaftliche Inhalte – Mindestmenge und Qualität

Die geplanten massiv erweiterten Ausbildungsinhalte können in 5 Semestern (+1 Semester für die Bachelorarbeit) ebenso wie die praktische Ausbildung nur in gekürzter Form vermittelt werden.

Das und das erheblich höhere Haftungsrisiko werden die Attraktivität des Berufes mindern.

Der doppelte Leistungsanspruch von Schwangeren, sowohl auf ärztliche Schwangerenvorsorge als auch auf Hebammenhilfe mit in großen Teilen identischen Inhalten bei unterschiedlichen Anforderungen an die Qualifikation der sogenannten Leistungserbringer, ist weder effektiv im Sinne der Versorgung, noch effizient im Sinne der Kosten.

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

Antiquierte Pflichten – auch eine Frage der Gleichstellung

Mit Ausnahme von Notfällen sind ausschließlich Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte zur Leistung von Geburtshilfe berechtigt. Das HebRefG regelt, dass Ärztinnen und Ärzte bei einer Geburt eine Hebamme hinzuziehen müssen, und führt dafür „gesundheitspolitische Gründe“ (!) an.

Aufgrund des historischen Ursprungs und insbesondere der damaligen, ethisch sehr fragwürdigen Begründung ist diese Regelung heutzutage gerade „politisch“ nicht akzeptabel, und führt zu überflüssiger und Arbeitszeit verschwendender Hinzuziehung von Hebammen bei Kaiserschnitten (30% aller Geburten) und Frühgeburten. Bei ersteren wird das Neugeborene der Kinderschwester, bei einer Frühgeburt dem Kinderarzt übergeben

BVF und BÄK setzen sich sehr dafür ein, dass im HebRefG ausdrücklich festgelegt wird, dass - aus Gründen der Patientensicherheit - Hebammen im Notfall, bei der Feststellung einer Risikoschwangerschaft sowie bei Anzeichen von drohenden Komplikationen umgehend eine Ärztin bzw. einen Arzt hinzuziehen müssen. Dies ist nicht nur aus medizinischen Gründen, sondern auch aus haftungsrechtlichen Überlegungen erforderlich.

Gemäß Kompetenzbeschreibung des Hebammenreformgesetzes muss die Letztverantwortung der nach HebRefG ausschließlich durch Hebammen initiierten und erfolgten Leistungen auch ausschließlich bei diesen liegen.

BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE E.V.

gez.

Dr. C. Albring (Präsident)

Dr. K. Doubek (Vorstand)