



GESETZ ÜBER DAS STUDIUM UND DIE BERUFSERLAUBNIS VON HEBAMMEN

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF VOM
20. MÄRZ 2019

11. APRIL 2019

INHALT

Artikel 1 - Gesetz über das Studium und die Berufserlaubnis von Hebammen (HebRefG)	3
Grundsätzliches	3
Studium und Vertrag zur akademischen Hebammenausbildung (Teil 3, Abschnitt 1 – Studium, § 9-25)	4
Zunahme der Haftungsrisiken	6
Fazit	6

ARTIKEL 1 - GESETZ ÜBER DAS STUDIUM UND DIE BERUFSERLAUBNIS VON HEBAMMEN (HEBREFG)

GRUNDSÄTZLICHES

Hebammen und Entbindungspfleger leisten einen essentiellen Beitrag in allen Fragen „rund um die Geburt“. Insbesondere im Kreißaal kommt ihnen aufgrund ihres bereits jetzt vergleichsweise hohen Ausbildungsniveaus während des Geburtsverlaufs ebensowie im Wochenbett eine zentrale Rolle zu. Nahezu jeder Mensch, der in Deutschland geboren wird, hat die Welt mit Unterstützung einer Hebamme erblickt. Auch bei der Betreuung von Wöchnerinnen erbringen die Hebammen neben der Versorgung von Mutter und Kind wichtige gesellschaftliche Aufgaben für den Start in ein gesundes Leben, beispielsweise im Kontext der „Frühen Hilfen“. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) anerkennt den Berufsstand ausdrücklich, umso mehr als das Berufsbild eine enge Zusammenarbeit mit ärztlichen Geburtshelfern und Kinderärzten mit sich bringt.

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Personalmangels in deutschen Kreißsälen – teilweise mit der Folge der Schließung derselben – ebenso wie bei der Betreuung von Wöchnerinnen – teilweise mit der Folge, dass Frauen nach der Entbindung entlassen werden und keine Hebamme für das Wochenbett haben –, begrüßt die KBV es ausdrücklich, den Hebammenberuf zukunftsgerecht und wissenschaftlich weiterzuentwickeln sowie attraktiver zu gestalten. Die KBV erkennt außerdem grundsätzlich die Notwendigkeit, das Hebammengesetz an die Vorgaben der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments anzupassen.

Gleichwohl sehen wir eine Reihe von problematischen Aspekten, die eher eine Versorgungsverschlechterung und weitere Engpässe, wie oben dargestellt, mit sich bringen werden.

Auf der Grundlage der Richtlinie 2005/36 novelliert der Gesetzgeber mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers. Die EU-Richtlinie (Richtlinie 2005/36/EG), auf deren Basis der Entwurf entstanden ist, regelt die Anerkennung von beruflichen Qualifikationen von reglementierten Berufen, zu denen auch die meisten Gesundheitsberufe – wie der Beruf der Hebamme – zählen.

Geregelt sind in der EU-Richtlinie nicht nur die administrativen Voraussetzungen der Berufsankennung, sondern auch die Inhalte der Berufsausbildung, die sich nunmehr auch in dem Gesetzentwurf wiederfinden. Allerdings zeigt sich aus Sicht der KBV, dass weit über die EU-Vorgaben hinaus Regelungen aufgenommen worden sind, die künftig problematisch in der ambulanten Versorgung von schwangeren Frauen sein könnten.

Nach Art. 40 Abs. 3 Richtlinie 2005/36 muss die Ausbildung der Hebamme die Vermittlung folgender Kenntnisse und Fähigkeiten sicherstellen:

- › genaue Kenntnisse der Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebamme beruhen, insbesondere der Geburtshilfe und der Frauenheilkunde;
- › angemessene Kenntnisse der Berufsethik und der Rechtsvorschriften, die für die Ausübung des Berufs einschlägig sind;
- › 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;
- › 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 oder einer Ärztin zu überwachen;
- › angemessenes Verständnis der Ausbildung des Personals im Gesundheitswesen und Erfahrung in der Zusammenarbeit mit diesem Personal.

Auch wenn Ausbildungsvoraussetzungen für den Zugang zur Hebammenausbildung angehoben worden sind, ist aus Sicht der KBV kein Anlass vorhanden, weit über die Mindestvorgaben hinauszugehen und für die Versorgung Unklarheiten zu schaffen. Diese zeichnet sich in Deutschland durch die Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Sinne einer guten und kooperativen Versorgung der schwangeren Frauen durch Ärzte und Ärztinnen und Hebammen aus, die von einer klaren Aufgabenteilung ausgeht. So ist geregelt, dass zur notwendigen Aufklärung über den Wert dieser den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung Ärzte, Krankenkassen und Hebammen zusammenwirken sollen.

Denn durch den Gesetzentwurf werden eine Vielzahl von Tätigkeiten künftig für Hebammen geöffnet, ohne dass diese Tätigkeiten auf ärztlicher Anordnung beruhen. Vielmehr werden diese Tätigkeiten der selbständigen und eigenverantwortlichen Tätigkeit dem Hebammenberuf zugeordnet, ungeachtet des unterschiedlichen Aus- und Weiterbildungsniveaus von Ärzten und Ärztinnen und Hebammen. Während es in der EU-Vorgabe heißt: unabhängig und in eigener Verantwortung in dem nötigen Umfang, wird in § 9 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.

STUDIUM UND VERTRAG ZUR AKADEMISCHEN HEBAMMENAUSSILDUNG (TEIL 3, ABSCHNITT 1 – STUDIUM, § 9-25)

Jetzt schon bestehen Probleme bei sich überschneidenden Leistungsinhalten der ambulanten Versorgung von Schwangeren durch Ärzte und Ärztinnen und nichtärztliche Leistungserbringer. Überschneidende Leistungsinhalte sollten daher durch Regelungen im Gesetzesentwurf so gering wie möglich gehalten werden und nicht noch verstärkt werden. Die ärztlichen Leistungen sind hierbei bereits durch die Mutterschafts-Richtlinien geregelt. Diese sehen vor, dass Untersuchungen von Hebammen im Umfang ihrer beruflichen Befugnisse durchgeführt werden, Ärzte und Ärztinnen aber nicht von ihren Verpflichtungen befreit werden. Die beruflichen Befugnisse wirken sich demnach auf die vertragsärztlichen Leistungen aus, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung erbracht werden. Aus unserer Sicht bedarf es daher folgender Konkretisierung der Ausbildungsziele nach § 9 Abs. 4:

- › Zu Nr.1 a) - die Fähigkeit, selbständig und eigenverantwortlich über Fragen der Familienplanung aufzuklären und zu beraten [...]

Leistungen der Familienplanung sind in den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch geregelt, die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung umfasst sowohl die Beratung und über Hilfen zur Ermöglichung einer Schwangerschaft als auch solche zur Verhütung von Schwangerschaft. Es bedarf einer Abgrenzung von diesen Beratungs – und Aufklärungsinhalten, um Überschneidungen und Doppelerbringung von Leistungen zu vermeiden. Im Rahmen der Hebammentätigkeit sollte diese 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.

- › zu Nr. 1. c) - die Fähigkeit, selbstständig und eigenverantwortlich die physiologisch verlaufende Schwangerschaft durch Durchführung der hierfür erforderlichen Untersuchungen zu beobachten und zu überwachen [...]

Es bleibt unklar, ob damit sämtliche im Rahmen der ärztlichen Schwangerenvorsorge in den Mutterschafts-Richtlinien empfohlenen Routineuntersuchungen umfasst sind. Ein gleichzeitiger, quasi doppelter Leistungsanspruch von Schwangeren sowohl auf ärztliche Schwangerenvorsorge als auch auf Hebammenhilfe mit in großen Teilen identischen Inhalten bei unterschiedlichen Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer, ist weder effektiv im Sinne der Versorgung noch effizient im Sinne der Kosten. Hier bedarf es unbedingt einer Differenzierung der Leistungen einer Schwangerenvorsorge, die

durch Hebammen erbracht werden, indem die konkreten Untersuchungen definiert werden. Die unabhängig von einem Arzt oder einer Ärztin erfolgende Hebammenhilfe stellt keine Versorgung entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien des G-BA dar und kann diese auch nicht ersetzen. Die Mutterschafts-Richtlinien des G-BA regeln den Anspruch der ärztlichen 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.

- › Zu Nr. 1. d) - die Fähigkeit zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Aufklärung über Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung von Risikoschwangerschaften oder Regelwidrigkeiten und Komplikationen in der Schwangerschaft erforderlich sind, [...]

Problematisch ist an dieser Stelle, dass es sich beim Terminus Aufklärung in Nr. 1d) um eine Aufklärung mit haftungsrechtlichen Implikationen im Sinne des § 630e BGB handeln könnte. Zielführend könnte die Information über die Möglichkeiten der Betreuung durch Hebammen sein. Die medizinische Aufklärung der Frau über die ärztlichen Untersuchungen sollte beim Arzt oder der Ärztin verbleiben.

- › zu Nr. 1 e) - die Fähigkeit zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Durchführung der Überwachung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel [...]

Unklar ist an dieser Stelle, was unter technischen 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 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 (ca. 12 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 mit Stichprobenpflügen überwacht. Unterschiedliche Qualitätsstandards führen hier zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität.

- › Zu Nr. 1. f) - die Fähigkeit, selbstständig und eigenverantwortlich Frauen und Familien auf die Geburt, das Wochenbett und die Elternschaft vorzubereiten sowie zur Ernährung, Pflege und Versorgung des Neugeborenen und des Säuglings anzuleiten und zu beraten und Nr. 1. g) - die Fähigkeit, selbstständig und eigenverantwortlich belastende Lebenssituationen und psychosoziale Problemlagen bei Frauen und deren Familien zu erkennen [...]

Die hier genannten Ausbildungsziele zur Vorbereitung von Frauen und Familien auf Geburt, Wochenbett, das Leben mit einem Säugling sowie das frühzeitige Erkennen von belastenden Lebenssituationen und psychosozialen Problemlagen stellen **besonders relevante Inhalte** der künftigen Hebammenausbildung dar, da sie Versorgungsinhalte betreffen, die derzeit von keiner anderen Berufsgruppe in ausreichendem Umfang mit der nötigen Kompetenz und Akzeptanz bei den Frauen geleistet werden können. Diese Ausbildungsziele sollten explizit auf besonders bedürftige Zielgruppen ausgerichtet werden, aktuell sind es insbesondere Frauen mit besonders hohem Gesundheitsbewusstsein, die aktiv Hebammenhilfe einfordern. Die besondere Herausforderung einer Ausrichtung auf besonders bedürftige Gruppen erfordert besondere Kompetenzen, für deren Vermittlung im Rahmen der Ausbildung ausreichende Zeitkontingente vorzusehen sind.

- zu Nr. 1 i) selbstständig und eigenverantwortlich Frauen und Familien bei Tot- und Fehlgeburten sowie bei Abbrüchen von Schwangerschaften nach der zwölften Schwangerschaftswoche zu betreuen und zu begleiten [...]

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 nicht als Ausbildungsziel vor. Ebenso wenig ist ein Abbruch nach der zwölften Schwangerschaftswoche einem physiologischen Schwangerschaftsverlauf zuzuordnen, eine Betreuung und Begleitung muss unter ärztlicher Verantwortung stattfinden. Auch dieses Ausbildungsziel findet sich nicht in der EU-Richtlinie.

ZUNAHME DER HAFTUNGSRISIKEN

Durch die erhebliche Ausweitung der berufsrechtlichen Befugnisse der Hebammen, insbesondere auf die Inhalte der ärztlichen Schwangerenvorsorge gemäß Mutterschafts-Richtlinien, nehmen die Haftungsrisiken aufgrund von Geburtsschäden für Hebammen massiv zu. 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 im Arzthaftungsrecht schlechthin handelt, da hohe Millionensummen an Schadenersatz bei Geburtsschäden geleistet werden müssten.

Zu befürchten ist, dass durch unklare Aufgabenzuteilungen der Professionen noch mehr Behandlungsfehlervorwürfe erhoben werden. Die in der Betreuung der Schwangeren bislang übliche arbeitsteilige Vorgehensweise zwischen Ärzten und Ärztinnen und Hebammen erfordert 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 dann noch in Betracht, wenn die Hebamme aufgrund ihrer geburtshilflichen Ausbildung erkennt oder erkennen muss, dass das Vorgehen des Arztes oder der Ärztin vollkommen regelwidrig und unverständlich ist, sie aber gleichwohl nicht dagegen vorgeht. Zudem gilt bislang, 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 neuen deutlich erweiterten berufsrechtlichen Kompetenzen stellt sich aus Sicht der KBV 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 könnte durch das vorliegende Gesetz verloren gehen. Haftungsrechtlich führen unklare Regelungen zu vermehrten Streitigkeiten.

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 Sinne des Referentenentwurfes ist von einem weiteren Anstieg der Haftpflichtprämien auszugehen.

FAZIT

Eine Neuausrichtung der Hebammenausbildung, auch im Sinne einer stärkeren wissenschaftlichen Orientierung, erscheint sinnvoll und notwendig. Eine Ausweitung auf die gesamten Inhalte der ärztlichen Schwangerenvorsorge, pathologische Schwangerschaftsverläufe und Fragen der Familienplanung außerhalb von Wochenbett und Stillzeit lehnt die KBV jedoch ab. Angesichts der unveränderten Mindestausbildungszeit von drei Jahren sind derart umfassende Ausbildungsziele auch nicht zu vermitteln.

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 KBV erforderlich, den in der EU-Richtlinie vorgegebenen *nötigen Umfang* der von Hebammen unabhängig und in eigener Verantwortung zu erbringenden Leistungen unter Berücksichtigung der in Deutschland etablierten ärztlichen Schwangerenvorsorge zu formulieren, ohne Doppelstrukturen mit unterschiedlichen Qualifikations- und Qualitätsstandards zu bewirken und damit den Mangel an Hebammen in Kreißsälen und bei der Wochenbettversorgung weiter zu verschärfen.

Umfang und Komplexität der formulierten Ausbildungsziele machen deutlich, dass diese innerhalb eines sechssemestrigen Bachelorstudiums nur in stark komprimierter Form vermittelt werden können. Daher sind diese Ziele im Sinne des von der EU geforderten nötigen Umfangs einzugrenzen. Statt der Übernahme von Versorgungsinhalten, die bereits von Ärztinnen und Ärzten abgedeckt werden und bei denen kein Versorgungsmangel besteht, sollte der Fokus auf dringend benötigten Kompetenzen liegen, insbesondere auf die Tätigkeit im Kreißsaal und die Ziele gemäß § 9 Abs. 4 f) und g).

Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Politik, Strategie und politische Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 170.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.