



# STUDIEN- UND PRÜFUNGSVERORDNUNG FÜR HEBAMMEN

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF DES  
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 23. AUGUST 2019

20. SEPTEMBER 2019

# INHALT

---

## **ALLGEMEINE ANMERKUNGEN**

---

**3**

## **REGELUNGSINHALTE IM EINZELNEN**

**4**

- I. Anlage 1 – Kompetenzen für die staatliche Prüfung
- II. Simulationsperson
- III. Fazit

4

6

7

## ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Auf der Grundlage der Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (EU-RL) novellierte der Gesetzgeber zum März dieses Jahres mit dem Referentenentwurf des Hebammenreformgesetzes (HebRefG-E) ein Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung für den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers. In § 71 des HebRefG-E wird das BMG zum Erlass einer Studien- und Prüfungsverordnung ermächtigt. Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit über die „Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen“ (HebStPrV) liegt uns zur Einsicht und Stellungnahme vor.

Die im Referentenentwurf des HebStPrV konkretisierten Studien- und Prüfungsbedingungen schaffen leider keine Abgrenzung der Hebammentätigkeit von der jeweiligen ärztlichen Tätigkeit, sondern lassen diese Grenzen weiter verschwimmen und gehen zum Teil weit über die Mindestvorgaben der EU-RL hinaus. Es werden aus Sicht der KBV für die Versorgung erhebliche Unklarheiten geschaffen.

Die Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung wird in Deutschland durch die Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Sinne einer guten und kooperativen Versorgung der schwangeren Frauen durch Ärzte und Ärztinnen und Hebammen geregelt und geht von einer klaren Aufgabenteilung aus. So ist geregelt, dass zur notwendigen Aufklärung über die Bedeutung dieser den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden **ärztlichen Betreuung** während der Schwangerschaft und nach der Entbindung Ärzte und Ärztinnen, Krankenkassen und Hebammen zusammenwirken sollen.

Für viele Aspekte der Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen ist nach ständiger Rechtsprechung ein Facharztstandard erforderlich. Durch den Referentenentwurf wird eine Vielzahl von Tätigkeiten künftig für Hebammen geöffnet, ohne dass diese Tätigkeiten auf ärztliche Anordnung beruhen. Vielmehr werden diese der selbständigen und eigenverantwortlichen Tätigkeit von Hebammen 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 Anlage 1 des Referentenentwurfes des HebStPrV („Kompetenzen für die staatliche Prüfung zur Hebamme“) bei vielen Tätigkeiten eine selbständige und eigenverantwortliche Tätigkeit definiert. Diese weit definierten berufsrechtlichen Kompetenzen wirken sich auf den Leistungsumfang aus, der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung im ambulanten Bereich erbracht werden kann.

# REGELUNGSGEHALTE IM EINZELNEN

## I. ANLAGE 1 – KOMPETENZEN FÜR DIE STAATLICHE PRÜFUNG

Die Hebamme muss über ein umfassendes theoretisches und wissenschaftliches Fachwissen sowie über die erforderlichen Fertigkeiten verfügen, um einen physiologischen Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu unterstützen und aufrecht zu erhalten. In den nachfolgend aufgeführten Punkten besteht aus Sicht der KBV ein Nachbesserungsbedarf.

### 1. Schwangerschaft

Zu 1.b): „(Die Absolventinnen und Absolventen) stellen eine Schwangerschaft fest und überwachen und **beurteilen die mütterliche und kindliche Gesundheit sowie die Entwicklung des ungeborenen Kindes durch erforderliche klinische Untersuchungen, Assessmentinstrumente, Laboruntersuchungen und technische Mittel,**“

- › Nach dem Feststellen einer Schwangerschaft (bspw. durch eine Hebamme) ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Frauenarzt (m/w/d) essentiell. Lt. Mu-RL (Allgemeines Nr. 1) ist neben der Betreuung der Schwangeren das vorrangige Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. Dementsprechend wird, wie in Anlage 1a der Mu-RL festgelegt, dem Frauenarzt oder der Frauenärztin die Aufgabe des Ultraschall-Screenings in der Schwangerschaft zuteil. Mittels dieser Methode können verschiedene Aussagen getroffen werden; u. a. der intrauterine Sitz, die Anzahl der Embryonen sowie die zeitgerechte Entwicklung des Ungeborenen und die Herzaktion. Entsprechend der Beratung der Schwangeren sowie nach Ermittlung der individuellen Risiken kann der weitere Betreuungsbedarf dieser Frau in der aktuellen Schwangerschaft ermittelt werden.
- › Es ist ärztliche Aufgabe, mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abzuwenden sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig zu erkennen und ggf. erforderliche Maßnahmen einzuleiten. Unterstützt durch entsprechende Kombinationen von Anamnese, klinischen Aspekten, Laborbefunden und unter Zuhilfenahme technischer Geräte (z. B. im Rahmen der ärztlichen Sonografie) kann eine indirekte oder direkte Aussage über das Ungeborene getroffen werden. Die Kompetenz, die kindliche Gesundheit und Entwicklung des Ungeborenen zu beurteilen, liegt bei dem Arzt/ der Ärztin.

Zu 1.c): „(Die Absolventinnen und Absolventen) **klären über die Untersuchungen auf**, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung von Risikoschwangerschaften oder Regelwidrigkeiten und Komplikationen in der Schwangerschaft geeignet sind,“

- › Wie schon im HebRefG-E ist an dieser Stelle problematisch, dass es sich beim Terminus Aufklärung 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.

### 2. Geburt

Zu 2.b) „(Die Absolventinnen und Absolventen) leiten physiologisch verlaufende Geburten bei Schädellage, führen bedarfsabhängig einen Scheidendammschnitt aus und vernähen die Wunde oder unkomplizierte Geburtsverletzungen, untersuchen und überwachen nach der Geburt die Frau und das Neugeborene und fördern die Eltern-Kind-Bindung sowie die Aufnahme des Stillens,“

- › Im Rahmen eines ganzheitlichen Konzeptes der Geburtsbetreuung ist es nachvollziehbar, dass zur selbständigen Leitung von physiologisch verlaufenden Geburten im Falle einer durch die Hebamme durchgeführten Episiotomie auch das Versorgen der Geburtsverletzungen durch diese zählt. Der AWMF –Leitlinie „015/079 zum Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt“ ist zu entnehmen, dass „nach jeder vaginalen Geburt ein Dammriss III/IV zunächst durch sorgfältige Inspektion und/oder Palpation durch den Geburtshelfer und/oder die Hebamme ausgeschlossen werden muss. Die

vaginale sowie anorektale Palpation zur Evaluierung von Geburtsverletzungen sind dabei von großer Bedeutung.“ Entsprechend sollte eine Hebamme in der Lage sein, Geburtsverletzungen zu vermeiden und zu erkennen. Bei der Versorgung einer Geburtsverletzung geht es allerdings nicht nur um das schichtgerechte Vernähen der verschiedenen Schichten.

Aus Studien wissen wir, dass der gewebstraumatische Schaden nach einer Geburt häufig unterdiagnostiziert wird.<sup>1</sup> Etwa ein Drittel der Frauen weist nach einer vaginalen Entbindung Levatorabriss auf, darüber hinaus ist mit Defekten im Puborektalmuskel, erhöhter Mobilität des Blasenhalses und einem vergrößerten Hiatus zu rechnen.<sup>2, 3</sup>

Die Geburtshilfe ist ein interdisziplinäres Fachgebiet. Entsprechend wichtig ist die komplexe medizinische Beurteilung der Gewebstraumata unter Hinzuziehung der ärztlichen Expertise. Die chirurgischen Fertigkeiten sollten in der Hand der Ärzte (m/w/d) bleiben.

- › Wir empfehlen analog der aktuellen „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger“ (HebAPrV) als Kompetenzziel die „Durchführung der Episiotomie und Einführung in die Versorgung der Wunde“.

Zu 2.g) „(Die Absolventinnen und Absolventen) führen im Dringlichkeitsfall eine Steißgeburt durch,“

- › Aus geburtshilflicher Sicht ist es sinnvoll, den Frauen mit Ungeborenen in Beckenendlage wieder Optionen neben der Sectio zu eröffnen. Dazu ist ein Beratungsprozess mit den geburtshilflich Betreuenden wichtig, um der Schwangeren diese Wahlfreiheit informiert zu ermöglichen. Entsprechend sollten in der Ausbildung die Pathophysiologie der Beckenendlage und die Betreuung von Gebärenden mit Beckenendlage gelehrt sowie für Notfallsituationen die Fertigkeiten für eine Entwicklung des Kindes aus Beckenendlage, Manualhilfe, Armlösungen etc. am Modell geübt werden.
- › Die Beckenendlage ist eine regelwidrige Poleinstellung und stellt, aufgrund der Gefahr von Komplikationen, ein Geburtsrisiko dar. Die Entwicklung eines Kindes aus Steißlage darf somit im Normalfall nicht eigenständig von einer Hebamme durchgeführt werden. Die ärztliche Anwesenheit ist vor allem im Interesse der Patientensicherheit zwingend erforderlich.
- › › Wir empfehlen analog der aktuellen „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger“ (HebAPrV) als Kompetenzziele die „Überwachung und Pflege von Schwangeren mit Regelwidrigkeiten bei der Aufnahme oder während des Geburtsverlaufes“ und die „Vorbereitung von und Assistenz bei geburtshilflichen Eingriffen und Risikofällen sowie aktive Teilnahme an mindestens einer Beckenendlagegeburt“.

Zu 2.h) „(Die Absolventinnen und Absolventen) leiten im Notfall und bei Abwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes die medizinisch erforderlichen Maßnahmen ein und führen insbesondere eine **manuelle Ablösung der Plazenta**, an die sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt, durch,“

- › Dieses Kompetenzziel geht weit über die Forderung der EU-RL hinaus. Die adhärente Plazenta mit oder ohne Blutung stellt eine Pathologie dar und erfordert die ärztliche Anwesenheit. Entsprechend muss die praktische Fertigkeit der manuellen Lösung mit ggf. instrumenteller Nachtastung eine ärztliche Tätigkeit bleiben.

Fehler in der Geburtshilfe kommen gehäuft vor bei Unklarheiten in der Rollen- und Aufgabenverteilung, bei fehlender oder mangelhafter Kommunikation sowie unzureichender Priorisierung bei der Ausführung von klinischen Tätigkeiten. Entsprechend ist es für eine hohe Patientensicherheit essentiell, die geburtshilflichen Notfälle mit den entsprechenden Skills zu trainieren.

---

<sup>1</sup> Caudwell-Hall J, Kamisan Atan I, Guzman Rojas R, et al.: Atraumatic normal vaginal delivery: how many women get what they want? Am J Obstet Gynecol 2018; 219 (4): 379.e1-379.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2018.07.022. Epub 2018 Jul 29.

<sup>2</sup> Araujo CC, Coelho SSA, Martinho N, et al.: Clinical and ultrasonographic evaluation of the pelvic floor in primiparous women: a cross-sectional study. Int Urogynecol J. 2018; 29 (10): 1543–49. doi: 10.1007/s00192-018-3581-y. Epub 2018 Mar 6.

<sup>3</sup> Araujo CC, Coelho SSA, Stahlschmidt P, et al.: Does vaginal delivery cause more damage to the pelvic floor than cesarean section as determined by 3D ultrasound evaluation? A systematic review. Int Urogynecol J. 2018; 29 (5): 639–45. DOI: 10.1007/s00192-018-3609-3

- › Statt hier eine einzelne Pathologie herauszugreifen und von der ärztlichen in die Hebammenhand zu überführen, empfehlen wir als Kompetenzziel praktische Fertigkeiten und kommunikative Kompetenzen für sämtliche geburtshilflichen Notfälle und Risikosituationen (z. B. atone Nachblutung, Beckenendlage, fetale Bradykardie, Fruchtwasserembolie, maternale Reanimation, Nabelschnurvorfall, Notsektio, Schulterdystokie, Zwillingsgeburt). Die entsprechenden Fertigkeiten sind am Modell oder in standardisierten Settings prüfbar.

## II. SIMULATIONSPERSON

An mehreren Stellen im Referentenentwurf des HebStPrV wird von **Simulationspatienten** gesprochen. Da eine Schwangere nicht per se krank ist und Kommunikationstraining auch mit Simulations-Angehörigen durchgeführt wird, bitten wir um Änderung von „Simulationspatient“ in den offiziellen Terminus „Simulationspersonen“<sup>4, 5</sup>, wie er vom Ausschuss der Gesellschaft für medizinische Ausbildung benutzt wird.

---

<sup>4</sup> Positionspapier des Ausschusses für Simulationspersonen der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, GMS J Med Educ 2019;36(3):Doc31, doi: 10.3205/zma001239

<sup>5</sup> <https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/ausschuesse/simulationspersonen.html>

### III. 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 nicht zu vermitteln.

Gemäß 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 neu formulierten Ausbildungsziele machen deutlich, dass diese innerhalb eines sechssemestrigen Bachelorstudiums nur in stark komprimierter Form vermittelt werden können. Daher sind die geforderten Kompetenzen 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 benötigte Kompetenzen liegen, insbesondere für Tätigkeiten im Kreißsaal und für die unter Anlage 1 I. 1.e) und 3. i) genannten Aufgaben (Kompetenzen i. S. der „Frühen Hilfen“).

#### Ihre Ansprechpartner:

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

[politik@kbv.de](mailto:politik@kbv.de), [www.kbv.de](http://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.