

Mai 2019

## **OFFENER BRIEF**

als Antwort auf die Stellungnahme von Dr. Christian Albring in „Der Frauenarzt“ 4/2019 zum Entwurf des Hebammenreformgesetzes (HebRefG)

Herrn Dr. Christian Albring

An den Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn

An den Deutschen Hebammenverband

nachrichtlich an den Familien-, Gesundheits- und Rechtsausschuss im Deutschen Bundestag

Sehr geehrter Herr Dr. Albring,

mit Ihrem Appell in „Der Frauenarzt“ 4/2019 wenden Sie sich mit Ihrer Kritik am HebRefG an Ihre KollegInnen in der DGGG und im BVF.

Der Verein GreenBirth e.V. – Mitglied im „Netzwerk der Elterninitiativen für Geburtskultur“ – tritt dafür ein, dass werdende Mütter und Väter sowie die Gesundheit ihrer Kinder in den Fokus aller Reformbestrebungen gestellt werden. Für diesen Personenkreis ist ein konstruktives Miteinander von Hebammen und ÄrztInnen eine wichtige Voraussetzung, um während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit gut betreut zu werden. Eltern schätzen und brauchen Hebammen genauso wie ÄrztInnen. Wir beobachten seit Jahren die sich immer weiter verschlechternde Situation in der Vorsorge, Geburtshilfe und Geburtsmedizin. Wir bemerken auch, dass offene Fragen sowie offensichtlich nicht überwundene Konkurrenzen zwischen Hebammen und ÄrztInnen zunehmend thematisiert werden. Darum interessieren uns sowohl das HebRefG als auch ärztliche Kritik wie Sie sie in Ihrem Appell zum Ausdruck bringen.

Auf diesen antworten wir mit diesem Offenen Brief, um möglichst viele Ärztinnen, Hebammen, die Politik sowie die Öffentlichkeit über die Position von Elterninitiativen zu informieren.

Nachfolgend zitieren wir Teile Ihres Appells, setzen darunter die entsprechende Passage aus dem HebRefG und beziehen dann dazu Stellung.

**C. Albring:** „...erneut ist es der Bundesgesundheitsminister mit einem mit heißer Nadel gestrickten Referentenentwurf, der diesmal Schwangeren und ihren FrauenärztInnen Sorgen bereiten muss.“

**HebRefG: S. 48** „Aufgrund der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30.09.2005, S. 22; L 271 vom 17.10.2007, S. 18) ist das Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers bis zum 18. Januar 2020 zu novellieren.“

**GreenBirth:** Mit Ihrer Kritik appellieren Sie an Ihre KollegInnen unter Bezugnahme auf schwangere Frauen, als seien Ärzte für deren Vorsorge allein zuständig. Wir fragen uns, ob es ihre Absicht ist, die Hebammen indirekt zu diskreditieren und damit eine Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen, Hebammen und Eltern weiter zu erschweren.

**C. Albring:** „Laut Hebammenengesetz sollen Hebammen zukünftig nur noch nach einem Studium von drei (Bachelor) bzw. vier Jahren (Master) im Kreißaal und im Wochenbett arbeiten dürfen... Diese kurze Ausbildungszeit soll in völliger Verknennung der wirklichen Ursachen für die Kaiserschnitttrate

– Alter, Morbidität, Personal-, Versicherungs- und Finanzsituation – jetzt dafür sorgen, dass Sectiones seltener werden.“

**HebRefG: S. 1** „Die hohe Kaiserschnitttrate in der Geburtshilfe macht evidenzbasierte Konzepte für die hebammengeleitete Geburtshilfe dringend erforderlich. Hebammen müssen zudem in der Lage sein, ihr eigenes Handeln kritisch zu hinterfragen und zu reflektieren...“

**GreenBirth:** Kaiserschnittoperationen liegen in ärztlicher Verantwortung. Es gibt genügend Belege dafür, dass nicht nur Personalmangel bei Hebammen und ÄrztInnen, sondern z. B. Geburtseinleitungen, PDA und CTG (lt. DGGG ca. 50 % Fehlinterpretationen hinsichtlich der Gefährdungslage ungeborener Kinder) die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Geburt mit einem Kaiserschnitt endet. Häufig assistieren Hebammen bei den genannten Interventionen. Darum ist es folgerichtig, dass Hebammen evidenzbasierte Konzepte kennen und Hebammen-WissenschaftlerInnen bei ihrer Erarbeitung mitwirken.

•  
**C. Albring:** „Das Gesetz unterstellt auch, dass die bisherige Ausbildung in den Hebammenschulen weder zeitgemäß noch ausreichend gewesen sei, ....“

**HebRefG: S. 48** „Das Gesetz stammt aus den 1980er Jahren und entspricht nicht mehr den Anforderungen an eine zeitgemäße Hebammenausbildung. Die Gesundheitsversorgung ist in den letzten Jahrzehnten insgesamt, aber auch spezifisch für die Hebammen anspruchsvoller und komplexer geworden.“

**GreenBirth:** Wir treten dafür ein, dass an jedem frei zu wählenden Ort Geburtshilfe in Hebammenverantwortung und Geburtsmedizin in Kliniken mit best qualifizierter Hebammenassistenz stattfinden kann. Die Hebammenausbildung an Kliniken bestand bisher darin, Nachwuchs überwiegend zur ärztlichen Assistenz auszubilden. Immer mehr Erfahrungswissen ging infolgedessen verloren, wie z. B. die Fähigkeit, Zwillingen oder Kindern in Beckenendlage eine physiologische Geburt zu ermöglichen. Auch das führt zu immer mehr Kaiserschnittoperationen.

•  
**C. Albring:** „Der Deutsche Hebammenverband (DHV) hat den Gesetzestext maßgeblich beeinflusst, obwohl 99 % unserer Hebammen die kritisierte Ausbildung genossen haben, und Deutschland in der Morbiditäts- und Mortalitätsreduzierung führend ist!

**HebRefG: S. 48** „Der medizinische Fortschritt eröffnet neue Möglichkeiten in der Diagnostik, Therapie, Prävention, Rehabilitation und Pflege. Auch die Digitalisierung verändert die Gesundheitsversorgung.“

**GreenBirth:** Hebammen haben ihre Ausbildung genossen, ja. Viele haben den Beruf gern ausgeübt, haben durchgehalten und sind traumatisiert aus ihrem Beruf ausgeschieden. Zeitgleich mit enormen Fortschritten in der Medizin und trotz guter Ergebnisse die Mortalität betreffend, findet eine Pathologisierung von Schwangerschaften und Geburten statt. Dies drückt sich durch hohe Zahlen von Risikoschwangerschaften und durch medizinisch-technische Geburtsinterventionen aus. Die Folge davon sind die hohe Kaiserschnitttrate und ca. 60 000 frühgeborene Kinder jährlich. (Eine der höchsten Raten im europäischen Vergleich, Destatis 2012.). Die mütterliche psychische und körperliche Gesundheit, Frauen- und Elternrechte sowie die Rechte der Kinder auf ein Höchstmaß an Gesundheit (UN-KRK Art. 24) bleiben dabei auf der Strecke.

•  
**C. Albring:** „Ohne jede gesellschaftliche oder gar medizinische Notwendigkeit folgt das BMG dem Wunsch der Hebammenfunktionäre und möchte die außerklinische Geburtshilfe fördern, und das, anders als in der Klinik, ohne neutrale und vollständige Qualitätskontrolle!“

**HebRefG: S. 62** „Die fachschulische Hebammenausbildung beinhaltet die Möglichkeit, bis zu 480 Stunden der praktischen Ausbildung im ambulanten Bereich absolvieren zu können. Die Ausbildung in diesem Bereich wurde jedoch nicht verpflichtend ausgestaltet. Die Hebamme soll in ihrem Studium jedoch einen Einblick in das gesamte Spektrum der Hebammentätigkeit erhalten. Hierzu zählen auch die Tätigkeiten, die im ambulanten Hebammenbereich verrichtet werden, wie die Schwangerenvor- und nachsorge oder die ambulante Geburtshilfe.“

**GreenBirth:** Es besteht die gesellschaftliche Notwendigkeit, die außerklinische Geburtshilfe zu stärken und die klinische zu reformieren. Bei Notfällen und Risikokonstellationen sind Routinen und Interventionen erforderlich, dagegen sind sie für physiologische Geburten kontraindiziert. Im klinischen Kontext sind nachweislich nur 7% der Geburten interventionsfrei. Zur angemahnten Qualitätskontrolle: QUAG e.V. legt der Öffentlichkeit jährlich einen Bericht zur außerklinischen Geburtshilfe vor. Außerdem wurde in einer Pilotstudie der GKV von 2011 die Qualität von ca. 71 000 Krankenhausgeburten (KH) mit ca. 22 000 Geburtshausgeburten (GH) verglichen. Alle Frauen und ungeborenen Kinder waren in gutem Gesundheitszustand. In der Presseerklärung der GKV lautet das Resümee: „Wenn Hebammen die Geburtshäuser leiten, stimmt die Qualität“.

Z. B. wird Folgendes verglichen:

Damm unverletzt:	GH 41,2 % – KH 29,8 %
Wehenbeschleuniger/-hemmer:	GH 6,6 % – KH 19,0 %
Liegende Geburt:	GH 23,7 % – KH 86,1 %
Gemeinsame Entlassung von Mutter und Kind:	
GH: 95,1 % – KH ohne Kinderstation 95,4 % – KH mit Kinderintensivstation 90,6 %	

•  
**C. Albring:** „Warum sie aber fördern, wenn in Deutschland werdende Mütter zu fast 99 % die sichere klinische Geburt in dem Wissen wählen, dass sich dort zwei kompetente Berufsgruppen um sie und ihre Neugeborenen kümmern?“

**HebRefG: S. 58** „Hierbei wird unterschieden in Aufgaben, die eine Hebamme selbständig und eigenverantwortlich ausführt, in ärztlich angeordnete Maßnahmen, die eine Hebamme eigenständig durchführt und die interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ... Der Begriff der Selbständigkeit umfasst danach insbesondere auch das Element des Tätigwerdens in eigener Verantwortung, während der Begriff der Eigenständigkeit das Tätigwerden auf ärztliche Anordnung erfasst. Übernahme- und Durchführungsverantwortung verbleiben unabhängig davon immer bei der Hebamme.“

•  
**GreenBirth:** Insbesondere bei pathologischen und unglücklichen Geburtsverläufen sind Hebammen erforderlich, um die psychosoziale Situation von Mutter, Kind und Vater zu begleiten. Dazu ist die im HebRefG beschriebene interprofessionelle Kommunikation nicht verzichtbar sondern zu schulen.

•  
**C. Albring:** „Gäbe es nicht diesen fatalen und unnötigen Hinzuziehungsparagrafen, der 1939 im Reichshebammengesetz nur verankert wurde, um die Meldung fehlgebildeter Neugeborener ... durch die gleichgeschalteten Hebammen zu gewährleisten, wären Engpässe in den Kreißsälen nicht existent. Dass Hebammen bei operativen Entbindungen sinnlos danebenstehen, ist außer in Österreich... nirgendwo sonst auf der Welt verpflichtend vorgeschrieben. Der Minister sollte die, immerhin bei 30 % der Entbindungen unnütze Anwesenheitspflicht streichen. So stünde mit einem Federstrich ressourcen- und kostensparend sehr viel Hebammen-Zeit zur Verfügung.“

**HebRefG: S. 13** "...ärztlich angeordnete Maßnahmen eigenständig durchzuführen, insbesondere Maßnahmen der Erstversorgung von Mutter und Neugeborenem nach geburtshilflichen Eingriffen und Operationen; interprofessionell mit anderen Berufsgruppen 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."

**GreenBirth:** Wenn die Erstversorgung als Teil eines operative Geschehens fallengelassen würde, müsste erklärt werden, welche Fachperson an dieser Stelle diese Aufgabe ressourcenschonend und kostengünstiger übernehmen sollte. Die Geburt eines Menschen ist aus unserer Sicht kein mechanisch-technischer, sondern ein sozialer Vorgang. Dies gilt für jede Geburt, ganz besonders aber für operative Entbindungen per Kaiserschnitt, mit der Geburtszange oder Saugglocke. Nach einer operativen Entbindung ist für sofortigen Hautkontakt zu Mutter/Vater zu sorgen, um die unterbrochene Bindung schnellstmöglich wieder herzustellen, um den Stress und evtl. Schock für das Baby abzumildern und wie wir wissen, die Besiedlung des kindlichen Mikrobioms mit Krankenhauskeimen zu minimieren.

**C.Albring:** „Dass alle BerufsanfängerInnen die Akademisierung wollen oder gar brauchen, ist ein „Ammen“-Märchen, das nur von Apparatschicks erzählt wird. Das Pflichtstudium entspricht nicht den Träumen vieler junger Mädchen und Frauen, die einfach „nur“ Hebamme werden wollen.“

**HebRefG: S. 12** "... die folgenden Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich auszuführen:

- a) eine Schwangerschaft festzustellen;
- b) über Fragen der Familienplanung aufzuklären und zu beraten;
- c) die physiologisch verlaufende Schwangerschaft durch Durchführung der hierfür erforderlichen Untersuchungen zu beobachten und zu überwachen;
- d) über die Untersuchungen aufzuklären, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung von Risikoschwangerschaften oder Regelwidrigkeiten und Komplikationen in der Schwangerschaft erforderlich sind;
- e) Überwachung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel;
- f) 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;
- g) belastenden Lebenssituationen und psychosozialen Problemlagen bei Frauen und deren Familien erkennen;
- h) Frauen während der Geburt zu betreuen;
- i) Frauen und Familien bei Tot- und Fehlgeburten sowie bei Abbrüchen von Schwangerschaften nach der zwölften Schwangerschaftswoche zu betreuen und zu begleiten;
- j) physiologisch verlaufende Geburten bei Kopflage durchzuführen;
- k) im Dringlichkeitsfall oder bei Abwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes Steißgeburten durchzuführen;
- l) Anzeichen von Regelwidrigkeiten bei der Mutter oder beim Kind, die das ärztliche Eingreifen erforderlich machen, zu erkennen;
- m) die Frau und das Neugeborene fachgerecht in die ärztliche Weiterbehandlung zu übergeben;
- n) Hilfe bei ärztlichen Maßnahmen unter Fortsetzung der Hebammenhilfe zu leisten; ..."

**GreenBirth:** Wir sind erstaunt darüber, dass Sie sich über die Vertreterinnen dieses Berufes, die im Wissen um die Bedürfnisse von Mutter und Kind für eine Reform der Ausbildung eintreten, mit verachtenden und herabsetzenden Worten äußern. Kritik sachlich begründet einzubringen ist berechtigt. Es gibt kein Recht, einen unverzichtbaren Berufsstand in dieser Weise abzuwerten und das Vertrauen von Eltern zu Hebammen damit zu untergraben. Wir erwarten, dass Sie und die von Ihnen vertretene Ärzteschaft sich gemeinsam mit den Hebammen um Reformen bemühen.

**C. Albring:** „Die Versorgung wird sich durch den vorprogrammierten Mangel an Hebammen im Kreißaal weiter verschlechtern. Die Funktionärinnen des DHV folgen jedoch der Doktrin – Stärkung der außerklinischen Geburtshilfe und Übernahme ärztlicher Aufgaben ohne Medizinstudium – und haben diese offensichtlich im Ministerium platzieren können.“

**HebRefG: S. 50** „Das duale Hebammenstudium vermittelt die erforderlichen Kompetenzen zur Beratung, Betreuung und Beobachtung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und der Stillzeit, die selbständige Leitung von physiologischen Geburten sowie die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen und Säuglingen.“

**GreenBirth:** Hebammen sind verpflichtet, eine ÄrztIn hinzuzuziehen, wenn Abweichungen vom regelrechten Geburtsverlauf erkennbar sind. Insofern brauchen Hebammen auch entsprechendes Wissen. Daraus abzuleiten, Hebammen wollten ärztliche Aufgaben ohne Medizinstudium, untergräbt das Vertrauen von Eltern in die Kompetenz von Hebammen und die berufsrechtlichen Regelungen beim Auftreten von Pathologien. ÄrztInnen und Hebammen sollten bei dem bleiben, was sie gut können, im Sinne von Mutter und Kind. Berufliche Konkurrenzen auf dem Rücken von Eltern und Kindern auszutragen, ist nicht zu rechtfertigen.

Irene Behrmann – Anna Groß-Alpers  
Vorsitzende GreenBirth e.V.

Kontakt: info@greenbirth.de – Tel. 05145-284289

- 1 <https://www.cochrane.org/de/CD005122/vergleich-von-elektronischer-uberwachung-des-kindlichen-herzschlags-bei-der-aufnahme-einer>  
 2 „Mit der Nominierung dieser Kulturform für die internationale UNESCO-Liste des Immateriellen Kulturerbes wollen wir einmal mehr auf die sehr wertvollen Kompetenzen der Hebammen sowie auf die Notwendigkeit der Erhaltung und Weitergabe ihres Wissens und Könnens aufmerksam machen.“ Prof. Dr. Christoph Wulf, Vors. des Expertenkomitees Immaterielles Kulturerbe.  
 3 Destatis (2013). Sondertabelle.  
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/Bevoelkerungsbewegung.html?nn=71252>  
 4 Schwarz, C. (2008). Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen. Dissertation, TU Berlin. [https://opus4.kobv.de/opus4-tuberlin/files/1946/schwarz\\_clarissa.pdf](https://opus4.kobv.de/opus4-tuberlin/files/1946/schwarz_clarissa.pdf)  
 5 <http://www.quag.de/downloads/VergleichGeburtenGKV-SV.pdf>

**Folgende Mitglieder im „Netzwerk der Elterninitiativen für Geburtskultur“ unterzeichnen diesen OFFENEN BRIEF:**

