



**Ausschuss für Arbeit, Gesundheit, Soziales
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge**

25. Sitzung (öffentlich)

7. November 2001

Düsseldorf - Haus des Landtags

13.00 Uhr bis 14.15 Uhr

Vorsitz: Bodo Champignon (SPD)

Stenografinnen: Petra Dischinger (Gast), Simona Roeßgen (Federführung)

Verhandlungspunkt:

**Gesetz über die Berufsausübung der Hebammen und Entbindungspfleger - Landes-
hebammengesetz (LHebG NRW)**

Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 13/1275

öffentliches Expertengespräch

Die Beiträge beginnen auf den folgenden Seiten:

Organisation/Fraktion	Redner/in	Zuschrift	Seiten
Gesundheitsamt des Kreises Heinsberg	Dr. Karl-Heinz Feldhoff	13/1145	1
Ärztammer Nordrhein	Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu	13/967 13/1155	4
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein	Dr. med. Peter Potthoff Dr. jur. Horst Bartels	13/923 und Ergänzung 13/1146	5 6
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe			
Bund Deutscher Hebammen e. V.	Prof. Dr. Harald Horschitz	13/1092 13/972 13/1098	7, 15
Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e. V.	Angelika Josten	13/972 13/1098 13/1092	9
Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands	Claudia Kummert	13/1154	10
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.	Prof. Dr. Hans Georg Bender	13/1161	11
Berufsverband der Frauenärzte e. V., Landesverband Nordrhein	Dr. Hans-Josef Weyergraf		12
Berufsverband der Frauenärzte e. V., Landesverband Westfalen-Lippe	Dr. Lothar Loch		14
FDP	Dr. Jana Pavlik		15
MFJFG			
			Vorlage 13/1018

Vorsitzender Bodo Champignon: Sehr geehrte Damen und Herren! Ich begrüße Sie zur 25. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge. Wir führen heute ein öffentliches Expertengespräch zu einem Gesetzentwurf der Landesregierung durch:

“Gesetz über die Berufsausübung der Hebammen und Entbindungspfleger - Landeshebammen-gesetz”

Ich begrüße die Zuschauerinnen und Zuschauer, die Expertinnen und Experten, die uns heute nach Abgabe ihrer Statements auch für Fragen zur Verfügung stehen, sowie die Vertreterinnen und Vertreter der Medien und die Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung.

Die Tagesordnung haben Sie mit der Einladung E 13/528 erhalten. Die rechtzeitig eingegangenen Zuschriften und gegebenenfalls auch Ergänzungen wurden vervielfältigt und an alle Mitglieder unseres Ausschusses verteilt.

Die Expertinnen und Experten, die als Redner vorgesehen sind, haben die Möglichkeit, in einem rund zehnminütigen mündlichen Vortrag ihre schriftlichen Ausführungen zu ergänzen und zu untermauern, aber auch die wesentlichen und ihnen wichtigen Punkte darzustellen. Anschließend haben die Mitglieder des Ausschusses Gelegenheit, Nachfragen zu stellen.

Als ersten Sachverständigen rufe ich Herrn Dr. Karl-Heinz Feldhoff vom Gesundheitsamt des Kreises Heinsberg auf.

Dr. Karl-Heinz Feldhoff (Gesundheitsamt des Kreises Heinsberg): Als wir 1997 hier zuletzt zusammen waren, hatten wir das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst zu diskutieren. Wir sind jetzt vier Jahre weiter und haben auch viel mehr Erfahrungen mit dem Gesetz. Aber bei diesem Gesetz ist bewusst die Hebammenregelung ausgespart worden, und diese steht jetzt an.

Wissen Sie eigentlich, warum der Hutchinson River bei New York Hutchinson River heißt? Er ist benannt nach einer ganz bekannten Persönlichkeit in Amerika, Anna Hutchinson, und zwar auch aufgrund ihrer Hebammentätigkeit.

Auf die Frage, wie Hebammen sein sollen, finden sich in der Geschichte der Medizin immer wieder interessante Äußerungen: Sie sollen diskret sein, da ihr die häuslichen Angelegenheiten und die Geheimnisse des Lebens anvertraut werden. Das sagte ein Grieche schon 100 n. Chr. Sie müssen geübte Sinne dafür haben, gut zu sehen, zu hören, zu verstehen, Taktgefühl besitzen und auch zeigen. Sie müssen sich vernünftiger Mittel bedienen, die Schwangeren hören und Mitleid mit ihnen haben. Aber auch das findet sich in der Literatur: Sie dürfen bei allen Träumen, Vorahnungen oder abergläubischen Zeremonien nie das vernachlässigen, was sich auf die Geburtshilfe bezieht. Das ist unser Kernpunkt.

Es gab auch viele Schmähschriften gegen Hebammen; in der Geschichte der Medizin lässt sich das viele Jahre zurückverfolgen. Aber es galt bis in die Mitte des 18. Jahrhunderts als unfein, sich als Schwangere eines Arztes, eines Geburtshelfers zu bedienen und nicht die Hebamme in Anspruch zu nehmen.

1938 wurde in Deutschland das erste Hebammengesetz erlassen. Darin wurde zum ersten Mal die Einflussnahme der Hebammen geregelt, nämlich der Vorbehalt, außer den Ärztinnen und Ärzten bei der Geburtshilfe tätig zu sein.

Das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst regelt in § 11 die Schwangeren- und Mütterberatung, in § 17 die Hygiene in den Behandlungseinrichtungen - damit sind insbesondere auch die Geburtshäuser gemeint - und in § 18 die Erfassung der medizinischen Fachberufe. Das ist unsere Aufgabe als öffentliche Gesundheitsbehörde. Aber das Gesetz hat auch eine Ermächtigungsgrundlage für eine landeseinheitliche Gebührenordnung geschaffen. Das soll heute im Rahmen der Ermächtigungsregelung ebenfalls beraten werden. Eine ausdrückliche Formulierung zur Förderung des Hebammenwesens und Regelungen zur Berufsausübung bei Hebammen und Geburtshelfern unterblieben im Hinblick auf das hier zur Diskussion stehende Landeshebbammengesetz.

Sie wissen, dass das Bundeshebbammengesetz lediglich die Berufsbezeichnung schützt und die Ausbildung und die Prüfungen der Hebammen und Entbindungspfleger sowie die Zulassung der Ausbildungsplätze regelt. Regelungen der Berufsausübung fallen jedoch in die Gesetzgebungskompetenz der Länder. Allein daraus ergibt sich schon die Notwendigkeit eines Landeshebbammengesetzes, aber auch aus einer Richtlinie des Europäischen Rates, in der die Mitgliedsländer verpflichtet worden sind, Berufsausübungsnormen für Hebammen in ihrem Zuständigkeitsbereich zu setzen.

Wir haben vonseiten der unteren Gesundheitsbehörden in Abstimmung mit den kommunalen Spitzenverbänden geprüft, welche Auswirkungen dieses Gesetz auf uns haben kann. Wir gehen davon aus, dass den Hebammen und Entbindungshelfern nunmehr unmittelbar die gesetzlich normierte Form zur Berufsausübung gegeben wird, und wir erwarten, dass damit auch der Rahmen für das Berufsfeld gesteckt wird, der selbstverständlich in einer zeitnah noch zu verabschiedenden Berufsordnung für Hebammen und Geburtshelfer weiter präzisiert werden muss.

Die Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen im Land NRW erfahren Rechtssicherheit durch die staatliche Rahmgebung für die Tätigkeiten der Hebammen. Die zuständigen Gesundheitsbehörden erhalten das notwendige rechtliche Instrument zur Erfüllung von Aufsichtspflichten, aber es muss normiert und auch genau spezifiziert werden, damit wir unsere Aufsicht überhaupt ausüben können.

Bereits nach dem bis 1997 geltenden Recht, nämlich dem Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens in Verbindung mit den Durchführungsverordnungen und dem Reichshebbammengesetz, werden Aufsicht und Förderung des Hebammenwesens durch uns wahrgenommen. Hier besteht zurzeit eine Gesetzeslücke. Wir erwarten die Schließung dieser Gesetzeslücke, sodass die geforderte Aufgabenwahrnehmung für uns keine neue, zusätzliche Aufgabe darstellt, die wieder zu großen finanziellen Diskussionen führen müsste. Wir sehen es nicht als zusätzliche inhaltliche und finanzielle Belastung an, sondern gehen davon aus, dass es eine konsequente Fortsetzung dessen ist, was wir früher auch immer getan haben.

Bereits 1999 haben die kommunalen Spitzenverbände - sowohl Landkreistag als auch Städtetag - dem zuständigen Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit die grundsätzliche

Zustimmung zu einem Landeshebammen-gesetz und einer Berufsordnung mitgeteilt. Wir sind der Auffassung, dass vermehrte Transparenz in dem notwendigen Handeln des Staates erforderlich ist. Ich gebe hier deswegen noch einige Anregungen, die zur Ausgestaltung der Berufsordnung notwendig sind.

In § 1 Abs. 2 findet sich die Ermächtigungsgrundlage, bei der man meiner Einschätzung nach zu den Ziffern 1 bis 5 eine weitere Präzisierung vornehmen könnte, indem Regelungen zu treffen sind über Inhalt und Art der qualitätssichernden Maßnahmen, insbesondere die Verpflichtung der Hebammen zur Beteiligung an landes- und bundesweiten Perinatalerhebungen auf der Basis landesweit abgestimmter Vereinbarungen, z. B. durch die Ärztekammern, die Einhaltung von Standards in der Infektionsprophylaxe und bei Untersuchungen. Dies ist ein für uns eigentlich selbstverständliches, letztendlich notwendiges Verfahren.

Dann brauchen wir auch eine Regelung zum Fort- und Weiterbildungsumfang, zur Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten und - das ist sehr wichtig - zur Abgrenzung der Tätigkeiten von Hebammen und Entbindungspflegern von den Tätigkeiten des Arztes, insbesondere auch, wann ein Arzt hinzuzuziehen ist und wann nicht, und eine Regelung zur Weisungsbefugnis. Das ist ein ganz wichtiger Punkt; darüber gibt es oft Streit.

Wir haben aus der Vergangenheit gelernt, dass es sinnvoll ist, wenn man zu Vereinbarungen über den Inhalt von Hebammentagebüchern kommt. Ich rege an, das landeseinheitlich im Konsens festzulegen. Wir haben Gremien, in denen man das ansprechen kann. Ich will Ihnen auch sagen, dass wir Kooperationsstrukturen auf der kommunalen Ebene sehr gut fahren können. Die Beteiligung an Qualitätszirkeln sollte, wie es bei Ärztinnen und Ärzten heute Usus geworden ist, auch für Hebammen selbstverständlich sein.

Was wir außerdem brauchen, sind Regelungen zur Ahndung bei Verstößen gegen die Berufsordnung. Wir können letztendlich nur tätig werden, wenn diese Dinge auch geahndet werden können.

Die Kreise und kreisfreien Städte werden, wenn man es so macht, sicherlich in die Lage versetzt werden, zu einer einheitlichen - darum geht es mir vor allen Dingen - und gleichen Ausgestaltung des Landeshebammen-gesetzes und einer Berufsordnung für Hebammen aktiv beizutragen. Das sage ich hiermit für alle Kreise und kreisfreien Städte ausdrücklich zu.

Wenn man als Instrument das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst nutzt, wie wir es seit vielen Jahren auch im Vorfeld schon getan haben, dann können wir über die Koordinierungsaufgabe natürlich auch sehr gut Kooperationsstrukturen anstoßen, die ich seit vielen Jahren praktiziere, nämlich die Verbindung herstellen zwischen den Hebammen und den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten, den Krankenhausärzten und den Kinderärzten. Es gibt regelmäßig eine Zusammenkunft bei uns, bei der wir institutionalisiert über die Kooperationsstruktur die Zusammenarbeit aller Beteiligten anregen, aber dies auch selbst zum Gegenstand der Besprechung und der Tagesordnung machen, um Datenaustausche zu ermöglichen, sodass der eine vom anderen lernt und auch sehen kann, wo Grenzen sind. Damit erreichen wir das, was wir auf der kommunalen Ebene dringend brauchen, nämlich dass die Menschen zusammenarbeiten und die Schnittstellenproblematik nicht so groß wird, dass nicht

miteinander geredet wird. Die Schnittstellenproblematik ist am allerhäufigsten sicherlich auch eine Kommunikationsproblematik.

In diesem Wunsch, der von mir 1992 zum ersten Mal allen Beteiligten nahe gebracht worden ist, sind Sie mir gefolgt. Wir machen es jetzt seit vielen Jahren erfolgreich. Wir sind auch recht weit gekommen, was die Zusammenarbeit mit den einzelnen Berufsgruppen anbelangt.

Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit den anderen Einrichtungen des sozialen Bereichs - auch die Einbindung dieser Bereiche ist ein ganz wichtiger Punkt - eröffnen den Hebammen und natürlich auch den Ärzten die Möglichkeit, Kooperationen kennen zu lernen und dann praktisch zu leben.

Die gezielte Berichterstattung über die Perinatalerhebungen im Kreis und im Landesteil Nordrhein in Trägerschaft der Ärztekammer ist natürlich regelmäßig Besprechungsgegenstand. Bis 2000 gab es eine zusätzliche Veranstaltung der Ärztekammer mit den Hebammen und den Krankenhäusern über die im jeweiligen Vorjahr erhobenen Daten und deren Bewertung. Zurzeit - das wissen sehr viele von Ihnen - ist aufgrund der Vertragskündigung der Krankenkassen für die Finanzierung der Perinatalerhebungen nicht von einer Fortsetzung der intensiven Aufarbeitung der Daten auszugehen. Das bedarf sicherlich dringend der Abhilfe, damit auch hier wieder kreisweite Auswertungen zur Verfügung stehen.

Ich fasse zusammen, dass der Entwurf des Landeshebbammengesetzes von den Kreisen und kreisfreien Städten und insbesondere von mir aufgrund der von mir sehr intensiv praktizierten Zusammenarbeit mit dieser Berufsgruppe ausdrücklich begrüßt wird. Zur Umsetzung - das sage ich ganz deutlich - bedarf es zeitnah auch einer Rechtsverordnung im Sinne einer Berufsordnung für Hebammen und Geburtshelfer. Die dazu in § 1 Abs. 2 des vorliegenden Gesetzentwurfes genannten Inhalte bedürfen sicherlich der Präzisierung und Erweiterung durch Regelungen zu deren Durchsetzung und gegebenenfalls Ahndung bei Rechtsverstößen. Das ist zwingend. Sonst kann man das alles nicht machen.

Die jetzige Rechtslage ohne ein Landeshebbammengesetz erlaubt uns als Kreisen und kreisfreien Städten die bis 1997 praktizierte Aufsichtsfunktion nicht, sodass wir es letztendlich auch einfordern.

Ich gehe bei dem vorliegenden Gesetzentwurf von einer kostenneutralen Lösung aus, sodass der Gesetzgeber nunmehr aufgerufen ist, zum Wohle der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, aber auch der Neugeborenen und natürlich aus Gründen der Rechtssicherheit ein Landeshebbammengesetz zu verabschieden. Die Kreise und kreisfreien Städte ihrerseits werden ihren aktiven Beitrag zur Umsetzung des Gesetzes und einer zeitnah zu verordnenden Hebammenberufsordnung zum Gesundheitsschutz der oben genannten Zielgruppen, aber auch zur Weiterentwicklung der kommunalen Strukturen im Hinblick auf das Hebammenwesen sicherlich nach ihren Möglichkeiten leisten.

Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu (Ärztekammer Nordrhein): Ich möchte vorab insbesondere auf die Punkte 2 und 3 unserer schriftlichen Stellungnahme verweisen. Mir ist es wichtig, heute drei Aspekte anzusprechen. Der erste Aspekt ist der Kooperationsaspekt. Aus

unserer Sicht ist es nämlich unverzichtbar, dass Hebammen und Entbindungspfleger miteinander kooperieren. Die Kooperation mit den Ärztinnen und Ärzten ist als gesetzliche Pflicht zu verankern. Beide Berufe stehen nämlich im Bereich der Geburtshilfe nebeneinander. Da jedoch die Tätigkeit von Hebamme und Entbindungspfleger gesetzlich auf normal verlaufende Schwangerschaften und Geburten begrenzt ist, eine Hebamme Arzneimittel aber nur dann anwenden kann, wenn sie über welche verfügt, somit auch eine ärztliche Indikation zur Verschreibung des Arzneimittels gegeben sein muss, was wiederum einen Patienten-Arzt-Kontakt erfordert, ist die Zusammenarbeit geboten.

Auch lassen sich Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer Risikoschwangerschaft notwendig sind, entsprechend Art. 4 der Richtlinie des Rates der Europäischen Gemeinschaften nur dann der Patientin verschreiben, sprich: empfehlen, wenn zwischen allen Beteiligten Kooperation auch tatsächlich praktiziert wird. Ärztinnen und Ärzte haben in eigener Verantwortung Indikationen zu stellen und über die Notwendigkeit eigener Maßnahmen auch zu entscheiden.

Zweitens: Die Ärztekammer bittet darum, die zentralen beruflichen Pflichten für Hebammen und Entbindungspfleger unmittelbar im Gesetz zu regeln. Dies hat sich bei den akademischen Heilberufen im Heilberufsgesetz bewährt. Der Rechtsboden ist sicherer, wenn die die Berufsausübung einschränkenden Regelungen vom Gesetzgeber aufgrund seiner Rechtsetzungsbefugnis formuliert werden.

Drittens: Wir möchten anregen, die Verfolgung und die Ahndung von Berufspflichtverstößen praktikabel zu machen. Die Kreise und kreisfreien Städte als zuständige Stellen der Berufsaufsicht brauchen definierte Instrumente und Maßnahmeregelungen.

Abschließend erlaube ich mir, eine Anregung zu geben, nämlich Gesetz und Berufsordnung möglichst zeitgleich auf den Weg zu bringen, um Inkonsistenzen zu vermeiden.

Dr. Peter Potthoff (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): Ich möchte hier nur kurz zu einigen praktischen Problemen Stellung nehmen und verweise im Übrigen auf unsere Stellungnahme. Wir haben insbesondere Probleme bei der Umsetzung und im Bereich der Kooperation. Eben wurde schon die Frage der Arzneimittelverordnung und der Anwendung von Arzneimitteln erwähnt. Es kommt vor, dass Patientinnen unsere Praxen mit Privatrezepten aufsuchen, die von Hebammen ausgestellt wurden, und dann verlangen, dass dies in ein Kassenrezept umgeschrieben wird. Sowohl das Berufsrecht als auch meine Verpflichtungen als Kassenarzt regeln aber diese Sachverhalte abschließend. Wir sind nicht in der Lage, z. B. einem solchen Begehren nachzugeben. Wir können nicht auf Teile der Pflichten unserer Berufsausübung verzichten. Ebenso ist es kassenarztrechtlich nicht möglich, solche Verordnungen vorzunehmen.

Ich will Ihnen ein Beispiel aus meiner Praxis erzählen: Ich hatte heute eine Privatpatientin, die in der 35. Woche schwanger ist und Ödeme hat. Sie hat mir erzählt, sie werden von der Hebamme mit Fußreflexzonenmassage behandelt. Hier ergibt sich für mich die praktische Frage berufsrechtlicher Natur: Was tue ich jetzt? Muss ich ihr trotzdem etwas verordnen, oder

kann ich davon ausgehen, dass mit der Fußreflexzonenmassage die Ödeme geheilt werden? Das kann ich berufsrechtlich eben nicht.

Hier ist auch die Frage zu erörtern: Inwieweit werden Doppelstrukturen aufgebaut? Zu uns werden von der Hebamme Patientinnen geschickt, die sagen, wir sollen ein kleines Blutbild anordnen, wir sollen Ultraschalluntersuchungen durchführen. Das heißt, wir haben hier tatsächlich eine Problematik, die geregelt werden muss, deren Regelung ich aber nicht sehe.

Ich muss mich hier auch zu etwas äußern, was ich nicht kenne, nämlich zu einer Berufsordnung der Hebammen, die noch gar nicht existiert. Wir haben also als Ärzte die dringliche Bitte an Sie, dass Sie regeln mögen, in welcher Weise wann wer darüber entscheiden kann, ob eine normale oder eine pathologische Situation vorliegt und was in dieser Situation zu tun ist. Aus der bisherigen Norm kann ich das nicht erkennen.

Auf noch eines möchte ich Sie aufmerksam machen: Zwar ist es richtig, dass eine Schwangerschaft etwas Normales ist. Daraus den Schluss zu ziehen, dass es hier nicht ein erhebliches Gefährdungspotenzial gibt, ist jedoch falsch. Wir haben mit den plastischen Chirurgen zusammen die höchsten Haftpflichtprämien im medizinischen Bereich. Die Höhe dieser Haftpflichtprämien wird vor allen Dingen im geburtshilflichen Bereich generiert. Das heißt, die Arbeit kann durchaus sehr gefährlich sein, obwohl normale Befunde vorliegen.

Dr. Horst Bartels (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): Eingangs hat uns Herr Dr. Feldhoff geschildert, wie eine Hebamme sein soll. Als Jurist möchte ich ergänzen, wie Gesetze sein sollen. Da lässt das Landeshebbammengesetz, das im Entwurf vorliegt, noch einige Wünsche offen. Ein Gesetz sollte klar und verständlich sein. Es sollte gelesen, angewandt werden und auch verstanden werden können. Ich muss gestehen: Mir gefällt die Begründung dieses Gesetzes viel besser als das Gesetz, denn da steht einfach mehr drin.

Ich will Ihnen gerne ein Beispiel geben: Durch das Gesetz soll § 29 Abs. 3 ÖGDG aufgehoben werden, eine Vorschrift, die regelt, dass die Gebührenordnung für Leistungen der Hebammen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erlassen werden soll. In der Begründung des Gesetzes steht auch, dass die Gebührenordnung ausschließlich für die privat versicherte Patientin gelten kann, da der Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ohnehin geregelt ist. Nur der Gesetzestext weist auf diesen Umstand nicht hin. Danach gilt eine Gebührenordnung möglicherweise für alle Bereiche. Das kann aber nicht sein. Befund ist nämlich, dass der Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und auch das Hebammenwesen für diesen Bereich - wir sprechen hier über die Versorgung von mehr als 90 % der Bevölkerung - bereits geregelt ist. Insofern kann das Landeshebbammengesetz sicherlich sinnvoll ergänzende Vorschriften festlegen. Es sollte sie dann aber auch klar für diesen Bereich festlegen.

Es gibt auch an anderen Stellen ein ähnliches Phänomen. Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass das Gesetz die Berufsordnung vorsieht, aber Berufsrechte und -pflichten nicht regelt. Die Begründung des Gesetzes sagt sehr viel darüber aus, was in einer Berufsordnung geregelt werden sollte. Hier gab es bereits die Anregung, das Gesetz selbst solle die wesentlichen Gesichtspunkte für die Berufsausübung regeln. Das empfiehlt sich durchaus. Wenn man später eine Berufsordnung erlassen wollte, gäbe es auch den Weg, das Gesetz zusammen mit

der Berufsordnung zu erlassen - wir kennen das aus der Bundesgesetzgebung, etwa im Zulassungswesen - und die Änderungen mit einer Entsteinungsklausel wieder dem Verordnungsgeber anheim zu stellen. Aber in dieser wichtigen Startphase scheint es mir, wenn man nicht alles in das Gesetz schreiben will, angezeigt, zumindest zeitgleich Berufsordnung und Gesetz zu erlassen.

Erlauben Sie mir bitte, noch auf einen kleinen Umstand hinzuweisen: Auch die Vergütung der Hebamme soll in der neuen Gebührenordnung geregelt werden. Da fällt auf, dass ein angemessenes Verhältnis zwischen den berechtigten Interessen der Hebammen und Entbindungspfleger sowie der Zahlungspflichtigen, also der Mutter, hergestellt werden soll. Das verwundert. Abwägungen bei den Honoraren sind bisher eher unüblich. Richtig kann doch wohl nur sein, hier eine angemessene Vergütung vorzusehen.

Es scheint mir wesentlich auch eine Abgrenzung vorzunehmen zu sein zwischen der normal verlaufenden Schwangerschaft und der pathologisch beeinflussten Schwangerschaft. Die EU-Richtlinie schreibt nichts anderes vor. Sie regelt ein Minimalprogramm, das sicherlich vom Landesgesetzgeber umzusetzen ist. Es scheint mir allerdings durch die Gesetzesvorlage überschritten worden zu sein. Hier wäre zu überlegen, ob man sich nicht auf das beschränkt, was die EU-Richtlinie vorsieht.

Zusammenfassend noch folgende Erwägungen: Die Praxis hat Herr Dr. Potthoff bereits dargestellt. Es kommt in der Tat zu Doppelversorgungen, weil es keine klaren Abgrenzungen gibt. Die EU verpflichtet tatsächlich dazu, wesentliche Dinge der normal verlaufenden Geburt zu regeln. Die GKV-Versorgung ist geregelt. Hier besteht allenfalls Ergänzungsbedarf, der aber kompatibel sein muss. Der Landesgesetzgeber scheint bisher aus meiner Sicht nicht hinreichend zwischen dem GKV-Bereich und dem sonstigen Bereich zu differenzieren. Es wird nach dem Gesetzestext bisher leider eine Chance verpasst, auch in das Landesgesetz eine klare Begrenzung aufzunehmen, natürlich zum Wohle von Mutter und Kind, aber auch, um etwa die gesetzliche Krankenversicherung vor zusätzlichen Kosten zu schützen.

Prof. Dr. Harald Horschitz (Bund Deutscher Hebammen e. V.): Der Bund Deutscher Hebammen begrüßt selbstverständlich, dass nun auch der letzte weiße Fleck auf der Landkarte geschlossen wird, was die Hebammenberufsordnung betrifft, zwar nicht mit diesem Gesetz, aber zweifellos als Folge dieses Gesetzes. Wir mussten bisher Fragen von Hebammen nach Arzneimitteln, die sie einsetzen dürfen, nach Akupunktur, die sie ausüben dürfen, stets nach den Berufsordnungen der Anliegerländer Rheinland-Pfalz, Hessen oder Niedersachsen beantworten und sagen: So muss es wohl auch in Nordrhein-Westfalen sein. - Wir konnten das guten Gewissens sagen, weil die Berufsordnungen aller Bundesländer eine gemeinsame Mutter haben, nämlich eine EG-Richtlinie, an die sich auch der Landesgesetzgeber hier in Nordrhein-Westfalen gehalten hat. Deshalb ist der ein oder andere Vorschlag, der bisher gemacht worden ist, auch nicht gangbar, weil er möglicherweise zu EU-Recht in Widerspruch stünde.

Ich erinnere mich auch an einen verzweifelten Versuch des Oberlandesgerichts Düsseldorf, die Rechte und Pflichten der Hebammen in einem Einzelfall herauszubekommen. In seiner Not hat das OLG dann die Ausbildungsziele des § 5 Bundeshebbammengesetz herangezogen, um zu

sagen, was Hebammen dürfen und was sie nicht dürfen. Insofern ist es sehr zu begrüßen, dass dieser Gesetzentwurf heute vorgelegt wird.

Zum eigentlichen Gesetzentwurf lässt sich auch wenig Kritisches sagen. Ich möchte nur auf eine Vorschrift hinweisen, die kritisch zu betrachten ist, nämlich § 1 Abs. 1 Satz 2. Da heißt es: "Sie" - Hebammen - "haben Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen Beistand zu leisten." Daraus könnte man herauslesen, dass die Hebammen Beistand zu leisten haben, also einem Kontrahierungszwang unterliegen, also jedem, der sie rufen möchte, zu Beistand verpflichtet sind. Das würde bedeuten, dass Hebammen z. B. Hausgeburtshilfe leisten müssten, auch wenn sie sich damit gar nicht befassen. Das aber würde viele Hebammen überfordern; denn das Leisten von Hausgeburtshilfe bedarf einer ganz besonderen Praxis, die nicht einfach als angestellte Hebamme erworben werden kann. Aus diesem Grunde würde ich vorschlagen, dass Sie hier zwei Wörtchen einfügen. Dann würde der Satz lauten: Sie haben die Aufgabe, Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen Beistand zu leisten. - Dann weiß jeder, dass hieraus kein Kontrahierungszwang abgeleitet werden kann.

Ich möchte noch einen Satz sagen zu der Begründung auf Seite 10 der Landtagsdrucksache; da wird auf die Inhalte der Berufsordnung eingegangen. Es sieht so aus, als könnte der Verordnungsgeber seinen Entwurf einer Berufsordnung schon aus dieser Begründung ableiten. Dort heißt es: "Absatz 2 ermächtigt durch Rechtsverordnung (Berufsordnung), folgende Aufgaben näher zu bestimmen." "Unter anderem folgende Aufgaben" oder "insbesondere folgende Aufgaben" würde mir besser gefallen; denn abschließend kann das nicht gemeint sein.

Es gibt heutzutage keine Berufsordnung mehr, in der der Dammschnitt ohne die Damмнаht reguliert wird. Seit ungefähr 15 Jahren wird die Damмнаht auch unterrichtet. Das heißt, jede Schülerin kann beim Examen die Damмнаht. Es gibt keine Berufsordnung mehr, die nicht auch die Damмнаht als Aufgabe für die Hebamme enthält.

Mir gefällt auch nicht, dass es dort heißt: "Untersuchung, Überwachung und Pflege des Neugeborenen in den ersten 10 Tagen nach der Geburt ..." Warum soll man das auf die ersten 10 Tage beschränken? Die Hebamme macht Wochenbesuche weit über diesen kurzen Zeitraum hinaus. Es wäre vernünftig, wenn sie dabei jedes Mal auch einen Blick auf das Neugeborene werfen würde. Wir nehmen den Kinderärzten damit doch keine Arbeit weg.

Ich würde begrüßen, wenn statt "Betreuung der Wöchnerinnen" "Überwachung und Betreuung der Wöchnerinnen" verfügt würde.

Ich möchte auch noch auf die Frage der Arzneimittel eingehen, die hier schon zweimal angesprochen worden ist. Es ist nicht richtig, dass die Hebamme die Schwangere zum Arzt schicken muss, um Arzneimittel einzusetzen. In allen Berufsordnungen wird der EU-Vorschrift in der Form Genüge getan, dass die Hebamme notfallmäßig auch verschreibungspflichtige Arzneimittel einsetzen darf. Die Notfälle sind in den Berufsordnungen ganz eindeutig umschrieben.

Es heißt in allen Berufsordnungen: Die Hebamme hat diese Arzneimittel vorrätig zu halten. - Aber es steht in keiner Berufsordnung, wie sie an die Arzneimittel kommt. Einzig Rheinland-Pfalz hat daran gedacht und geschrieben: Notfalls stellt der Amtsarzt ein Rezept aus. - Das ist

für die Amtsärzte nicht leicht zu verdauen, aber es ist der einzige Weg, wie die Hebamme bei ansonsten nicht kooperationswilligen Ärzten zu den Notfallmedikamenten kommt, die sie vorzuhalten hat. Sie muss sie vorhalten, aber es ist nicht klar, wie sie sie sich besorgen kann. Der Verordnungsgeber in Nordrhein-Westfalen sollte später bitte daran denken, einen Weg aufzuzeigen, den die Hebammen da gehen können.

Ansonsten halte ich diesen Gesetzentwurf für gelungen. Man wird sehen, was der Verordnungsgeber daraus macht.

Angelika Josten (Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e. V.): Wir sind sehr froh, dass wir heute endlich ein so genanntes Vorschaltgesetz zum Erlass einer Berufsordnung in Nordrhein-Westfalen besprechen können. Wir hoffen sehr, dass es bald eine Berufsordnung geben wird und setzen auf den 1. Januar 2002. Das wäre unser Wunschtermin, nachdem wir über Jahre immer wieder gehofft und daran gearbeitet haben, dass ein Berufsgesetz möglich ist.

Mein erster Punkt ist die Qualitätssicherung. Seit 1997 ist die Qualitätssicherung für die bundesdeutschen Hebammen in einem eigenen Verein organisiert. Es wird eine ganz klare Dokumentation durchgeführt. Über die eigene Dokumentation der Hebamme hinaus tragen die Hebammen durch einen so genannten Perinatalbogen in den Kliniken dazu bei, dass die entsprechenden Zahlen erfasst werden. Sie sind auch bei den Ärztekammern bekannt. Die bekannteste Studie dazu ist durch die Landesärztekammer in Niedersachsen auf den Weg gebracht und durch die dort ansässigen Ärzte begleitet worden, hat auch entsprechende Würdigung erfahren.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass wir auf die Fortbildungsverpflichtung der Hebammen in Nordrhein-Westfalen viel Wert gelegt haben. Das ist bei uns sogar etwas schärfer formuliert als in den Berufsordnungen anderer Länder. Darauf sind wir stolz. Ich denke, dass das, wenn es auf den Weg gebracht werden kann, zum Nutzen der Hebammen in Nordrhein-Westfalen sein wird. Wir wollen eine Fortbildungsverpflichtung durch Lesen, auch durch eine Punkte-sammlung von Fortbildungen, die dokumentiert werden.

Wir finden es ausgesprochen wichtig, dass die Handhabung einer Berufsordnung für alle Hebammen in Nordrhein-Westfalen möglich ist. Wir vertreten in unserem Verband 2.800 Hebammen. Es gibt ca. 13.000 Hebammen in Deutschland; wir vertreten demnach ein Viertel. Das ist ein nicht zu gering zu erachtender Teil. Es gibt natürlich Hebammen, die nicht in unserem Berufsverband und damit nicht erfasst sind. Sie wissen, dass wir keine Kammer sind. Wir können Hebammen nicht zwingen, in den Berufsverband einzutreten. Aus diesem Grunde legen wir ganz besonderen Wert darauf, dass eine Berufsordnung alle Hebammen erfasst. Eine Berufsordnung würde bedeuten, dass alle Hebammen dokumentieren, dass alle Hebammen die Fortbildungsverpflichtung haben und dass sie auch durch die entsprechenden Amtsärzte zu einem Gespräch gebeten werden können, wenn es notwendig sein sollte.

Wir legen bei einer Berufsordnung aber auch ganz besonders darauf Wert, dass die Rechte der Hebammen gewahrt werden. Das durch das Bundesgesetz ganz klar festgelegte Recht ist, normale Schwangerschaft und Geburt begleiten, Schwangerenvorsorge im gesunden Bereich

durchführen zu dürfen und, Herr Dr. Potthoff, auch zu entscheiden, wann die Schwangerschaft gesund ist und wann sie nicht mehr gesund ist.

Ich verstehe jegliche berufspolitischen Gespräche innerhalb der eigenen Reihen, die bei uns natürlich laufen. Aber ich weiß und kann auch beweisen, dass es eine sehr gute Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen und Hebammen gibt, dass eine gemeinsame Praxisführung von Hebammen und Gynäkologen in Nordrhein-Westfalen immer stärker greift und dass Geburtshäuser von Gynäkologen in intensiver Weise begleitet werden. Das ist ein Weg, den wir weitergehen wollen und den wir weitergehen müssen.

Herr Dr. Feldhoff hat sich sogar dafür eingesetzt, diesen Weg festzuschreiben: dass es gemeinsame Qualitätssicherungszirkel geben kann und dass sich Ärzte und Hebammen vielleicht auch einmal über Hausgeburten unterhalten können. Wir haben noch einen weiten Weg vor uns; denn da hakt es an einigen Punkten sehr stark. Aber ich bin davon überzeugt, dass dieser Weg der nächsten zehn Jahre der richtige ist. Es wird einen Weg nur über eine wirklich gut formulierte Berufsordnung geben, die ganz klar regelt, wer wo wann Kompetenzen hat.

Claudia Kummert (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V.): Ich finde es gut, dass es jetzt endlich ein Landeshebbammengesetz geben wird. Das finde ich Klasse. Das fordern wir u. a. mit dem BDH schon lange. Diesbezüglich kann ich mich den Ausführungen von Prof. Horschitz und Frau Josten nur anschließen. Ebenso würde ich es Klasse finden, wenn recht zeitnah die Berufsordnung folgt.

Ich möchte gerne noch einige Sätze zu den Äußerungen von Dr. Potthoff verlieren. Es ist schade, dass er nur von schlechten Kooperationsformen zwischen Hebammen und Gynäkologen zu berichten wusste. Ich könnte aus dem anderen Blickwinkel auch einiges erzählen, ganz besonders bezogen z. B. Ödeme. Auch da hört man von Ihren Kollegen noch häufig Geschichten wie Brennesseltee, entwässernde Maßnahmen. Das ist seit Jahren nicht mehr Stand der Wissenschaft, aber egal.

Zu den Doppelstrukturen, von denen Sie gesagt haben, dass sie nicht nötig seien: Das sehen wir auch so. Wir sehen es aber, wie Sie sich vorstellen können, andersherum. Es gibt genügend Länder, die ganz hervorragende Beispiele dafür sind, z. B. die Niederlande oder Dänemark. Die haben hervorragende Zahlen. Die Schwangerenvorsorge - natürlich immer im gesunden Bereich - ist dort den Hebammen vorbehalten. Davon können wir nur träumen. Das hätten wir auch gerne. Vielleicht lässt es sich irgendwann erreichen. So viel zum Thema Doppelstrukturen: Wir finden auch nicht, dass sie in dieser Form sein müssen.

Das Gespenst der schlechteren Versorgung hören und sehen wir auch immer wieder. Ich verweise nur auf die Untersuchungsergebnisse aus anderen europäischen Ländern. Auch in Deutschland hat es das gegeben. In Hessen hat es das gegeben, damals von der AOK unterstützt. Die außerklinische Geburtshilfe ist nicht nur sicher - sie hat verdammt gute Zahlen, zum Teil bessere als die klinische.

Wir würden es begrüßen, wenn in § 1 Abs. 1 die stillenden Frauen hinzugefügt würden. Das ergibt sich eigentlich schon aus der Hebammengebührenordnung. Es gibt nämlich eine separate Position für die Stillberatung. Es wäre schön, wenn das auch in das Gesetz Eingang finden würde.

Wir sind dafür, in § 1 Abs. 2 aufzunehmen, dass die Berufsverbände mit angehört werden, wenn es darum geht, dass das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium durch Rechtsverordnung entsprechende Sachverhalte regelt.

In der Begründung gibt es eine Anmerkung zu § 1 Abs. 1. Da wäre uns wichtig, darauf hinzuweisen, dass nicht nur die Geburtshilfe, sondern auch die Wochenbettbetreuung eine Tätigkeit der Hebammen ist. Ob sie als vorbehaltene Tätigkeit in die Berufsordnung aufgenommen werden kann, ist die Frage.

Ich möchte den Hinweis von Prof. Horschitz zur Dammschnittversorgung, zur Dammmaht wiederholen. Es ist uns wichtig, darauf hinzuweisen, dass es Gott sei Dank nicht immer der Dammschnitt sein muss. Es gibt Dammrisse. Es wäre also schön, wenn es sich ganz allgemein um die Versorgung von geburtshilflichen Verletzungen drehen könnte.

Ich würde mich sehr freuen, wenn dieses Gesetz endlich verabschiedet würde, wenn wir eine Berufsordnung bekommen würden und wenn die außerklinische Geburtshilfe tatsächlich irgendwann einen anderen Stellenwert haben könnte.

Prof. Dr. Hans Georg Bender (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.): Ich möchte betonen, dass sich die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe um gute Kooperationen zwischen Frauenärztinnen und Frauenärzten und Hebammen auch unter innovativen Konstruktbedingungen engagiert. Die hier gemachten Äußerungen beziehen sich eher darauf, dass keine Verletzungen dieser guten Kooperation auftreten können. Damit ist maßgeblich die Bedeutung der Berufsordnung angesprochen, die nach unserer Vorstellung die im internationalen Vergleich exzellenten Zahlen der Geburtshilfe in Deutschland nicht gefährden darf. Das setzt einerseits voraus, dass eine Qualitätssicherungsmaßnahme durchgeführt wird, für die sowohl die Vollzähligkeit als auch die Vollständigkeit, wie die Fachleute das nennen, maßgebend ist. Das ist insofern von besonders großer Bedeutung, da wir über Schadenshäufigkeiten sprechen, die erfreulicherweise so gering sind, dass Einzelfälle schon zu erheblichen Verschiebungen führen. Deswegen haben wir die Bitte, dass bei der Ausfüllung der Berufsordnung auf diese Punkte besonders geachtet wird.

Ich denke, dass außerklinische Geburtshilfe nie ohne die Kooperation mit einer klinischen Geburtshilfe durchgeführt werden kann. Aus den bisher nicht vollständig durchgeführten Dokumentationen der außerklinischen Geburtshilfe in einigen Bundesländern hat sich ergeben, dass jede siebte Geburt unerwarteterweise in eine Klinik verlegt werden musste. Bei 20 % dieser Verlegungen war eine Strecke von über 7 km zurückzulegen. Damit ist die juristische Forderung, die bundesweit vertreten wird, dass zwischen der Entscheidung, eine Notsituation durch einen Kaiserschnitt zu beenden, und dem Eingriff im Sinne der Entwicklung dieses Kindes ein Zeitraum von höchstens 20 Minuten liegen sollte, aus logistischen Gründen nicht

einzuhalten. Es müsste zur Vermeidung von Komplikationen, die sich aus diesem Gesichtspunkt ergeben könnten, also dringend eine Vernetzungsstruktur vorgehalten werden.

Auf der anderen Seite sehen wir große Probleme, den Begriff der normalen Schwangerschaft zu definieren. Wir glauben, dass manche abnormen Befunde nur mit einem größeren technischen Aufwand zu bestätigen sind. Dazu gehört etwa der Nachweis einer Fehlbildung beim Kind, der besondere Vorhaltemaßnahmen zur Voraussetzung hat. Das heißt, um diesen Befund festzustellen, müsste die Fähigkeit zu einer qualifizierten, differenzierten Ultraschalluntersuchung vorhanden sein.

Heute wurde bei uns z. B. eine Zwillingsschwangere eingewiesen, bei der eine Kardiotokographie zur Bestätigung der Normalität durchgeführt wurde, aber nicht mit dem dafür notwendigen Zwillings-CTG-Gerät, weil dies bei der Hebamme nicht vorgehalten wurde, sondern mit einem einfachen Gerät, bei dem nicht differenziert werden kann, welcher Zwilling damit gerade überprüft wird. Ich denke, es ist in der Tat eine Doppelvorhaltung zu berücksichtigen. Auch die Diskussionen mit der GKV in Berlin haben dazu geführt, dass neue planerische Konzepte angedacht werden mussten, um diese Frage im Auge zu behalten.

Ich darf auch noch auf die Verwertung von Zahlen hinweisen: Wegen der schwierigen Interpretation von Perinatalerhebungsdaten muss man immer sagen, worüber man eine Analyse vornimmt. Ich kann der eben geäußerten Meinung, dass die Geburtshilfe in den Niederlanden unseren Zahlen überlegen sei, nicht folgen. Gerade die Niederländer haben deutlich schlechtere perinatale Daten als wir. Lassen Sie uns darüber im Einzelfall diskutieren. Ich denke, man sollte in diesen Fragen hier keine Verwirrung herbeiführen und zu falschen Schlüssen kommen.

Auf Seite 10 wird zu Abs. 2 die Durchführung von Beckenendlagegeburten im Notfall genannt. Ich würde das als eine generelle Notfallsituation ansehen, die nicht speziell erwähnt werden sollte, weil das suggerieren könnte, dass die Beckenendlagegeburt zunächst einmal in den Bereich des Normalen gehört. Ich würde es hier so subsumieren, dass das ein spezifischer Ausdruck einer Notfallsituation sein kann, bei dem, falls nicht geholfen wird, der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung erfüllt wird. Ich würde bitten, diesen Passus noch einmal zu überdenken. Das Gleiche gilt für die Differenzierung zwischen der normalen und der pathologischen Schwangerschaft bzw. Geburt. Darin ist ein erhebliches Konfliktpotenzial enthalten. Je besser dies vorher definiert wird, umso klarer und besser ist die Kooperation später.

Dr. Hans-Josef Weyergraf (Berufsverband der Frauenärzte e. V., Landesverband Nordrhein): Die nordrheinischen Frauenärzte erklären sich mit dem Entwurf des Landeshebbammengesetzes einverstanden, wenn es dadurch zu einer Verbesserung der Gesundheit von Mutter und Kind kommen kann.

Zunächst zu Frau Josten, die ich sehr schätze: Frau Josten, Sie sagen, Sie sind ein Berufsverband. Das bin ich auch. Sie sagen, Sie haben nicht die volle Mehrheit. Wenn Sie dieses Gesetz durchbekommen, dann müssen alle Hebammen eintreten. - Wenn Sie eine Berufs-

ordnung haben, haben Sie sicherlich auch 100 %. Wir haben nur 80 % im Berufsverband der Frauenärzte, sind aber sehr zufrieden.

Zu Herrn Prof. Horschitz: Sie haben die ganze Zeit von Berufsordnungen der Hebammen gesprochen. Seinerzeit war ich bei Frau Dr. Weihrauch im Ministerium. Da habe ich dieses Vorschaltgesetz gelesen. Daran hing ein Vortrag über die Berufsordnung der Hebammen. Heute stellen Sie mir das Landeshebammenengesetz im Entwurf vor. Die Berufsordnung habe ich nicht gesehen. Wir reden aber die ganze Zeit von der Berufsordnung der Hebammen. Wir sollten vielleicht feststellen, dass das Landeshebammenengesetz der Berufsordnung der Hebammen nachgeschaltet ist, und versuchen, zunächst die Berufsordnung der Hebammen in den Griff zu bekommen. Dann können wir Frauenärzte auch mitdiskutieren.

Aus meiner Sicht wird hier das Pferd von hinten aufgezäumt. Ich bewundere allerdings das Parlament, wenn es sagt: Wir versuchen, eine Richtlinie des Europäischen Rates umzusetzen. Wir brauchen Europa. Ich bin der Meinung: Da liegen wir auf dem richtigen Weg.

Für mich sind hier manche Regelkreise gestört. Ich lerne als Frauenarzt, mit dem SGB V umzugehen, und habe meine Richtlinien von der Ärztekammer und der KV. Ich stelle fest, dass das Gesetz, wie es hier im Entwurf vorliegt, mit dem SGB V gar nicht kompatibel ist. Ich sehe nicht die Abstimmungsfähigkeit mit den Mutterschaftsrichtlinien, mit denen wir und die Hebammen ständig zu tun haben. Ich sehe keine Abstimmungsfähigkeit mit den Kinderrichtlinien. Ich stelle auch fest, dass die Kinder- und Jugendärzte überhaupt nicht erwähnt werden.

Der Landesgesetzgeber kann meines Erachtens - darum mache ich Berufspolitik - gar nicht für die gesetzliche Krankenversicherung sprechen und deshalb im Landeshebammenengesetz auch keine Befugnisse für Hebammen festlegen. Ich bin kein Jurist, aber ich sage das einmal so, damit vielleicht deutlich wird, womit wir Frauenärzte zu kämpfen haben. Was sollte meiner Ansicht nach geregelt werden? Schaffen Sie eine Kompatibilität mit dem SGB V.

Erwähnt wurde die externe Qualitätssicherung. Ich mache seit 20 Jahren Perinatalstudien, habe Bombenergebnisse, und nun sollen diese ganzen Studien vergeblich gewesen sein? Ich muss mir hier sagen lassen, die Niederländer seien besser als wir. Da lache ich mich kaputt.

Die Dokumentation in der Geburtshilfe ist wahnsinnig wichtig. Ich kenne kaum einen Frauenarzt, der in 20-, 30-jähriger niedergelassener Tätigkeit nicht irgendeinen Prozess hatte, weil er in irgendeiner Form nicht richtig dokumentiert hat.

Dr. Potthoff sprach über den Umgang mit Arzneimitteln. Das ist ein Problem, das uns stündlich begegnet. Die Folsäure - Sie wissen: das ist die Vorstufe von Vitamin B₁₂, wird bis zur 14. Schwangerschaftswoche eingenommen - soll man nicht weiter geben. Eigentlich sollte sie vor der Schwangerschaft gegeben werden.

Es gibt ein Problem mit dem Eisen: Ich kann einer Schwangeren aus den Mittelmeerländern, die die Thalassämie mitbringt, doch kein Eisen geben. All das wird nicht beachtet. Die dicken Rezepte werden geschrieben. Das muss weg.

Dann gibt es die Kombination von Homöopathie und Allopathie. Aber D3 ist nicht gleich Ibuprofen. Davon muss ich die Finger lassen.

Nur weil in allen Zeitschriften steht, dass es vermehrten Schilddrüsenhormonmangel in der Schwangerschaft gibt, kann ich doch nicht sagen: Da nehmen wir mal die doppelte Menge. - Das geht nicht.

Auch Übergewicht und Diabetes sind wichtige Themen. In Mitteleuropa gibt es keinen Vitaminmangel. Das muss besprochen werden, bevor wir überhaupt ein Gesetz machen. Dass die untere Gesundheitsbehörde das mit den Rezepturen macht, habe ich jetzt gelernt. Da bin ich skeptisch.

Vor zwei Jahren habe ich mit Frau Josten in Bochum zusammengesessen und über Haftung gesprochen. Da habe ich erfahren: Eine Hebamme zahlt 750 DM Haftpflichtprämie. Wissen Sie, wie viel meine Kollegen bezahlen? Bis zu 34.000 DM. Das sind Sachen, die von außen in das Gesetz getragen werden. Solange wir das nicht geregelt haben, bin ich der Meinung: Machen wir eine Berufsordnung. Dann machen wir ein Gesetz.

Dr. Lothar Loch (Berufsverband der Frauenärzte e. V., Landesverband Westfalen-Lippe): Mein Kollege Weyergraf und ich vertreten in Nordrhein-Westfalen etwa 4.000 Frauenärzte, davon etwa 70 % Frauenärztinnen, die ein Alter von unter 40 Jahren haben. Insbesondere Letztere haben mir die Nachricht aufgetragen: Wenn das Gesetz ohne Ergänzung und ohne das Vorlegen einer Berufsordnung für Hebammen so von Ihnen verabschiedet würde, würden die Versorgungslandschaft und die Versorgungsqualität in diesem Lande eine ganz andere - ich möchte nicht sagen: bessere - werden.

Es müssen entscheidende Ergänzungen erfolgen, die insbesondere von Herrn Prof. Bender, von meinem Kollegen Potthoff und von Herrn Feldhoff angeführt worden sind. Ohne diese Ergänzungen kann dieses Gesetz nicht verabschiedet werden.

Lassen Sie mich auch etwas zur Kooperationswilligkeit der Hebammen sagen. Ich habe vor gut eineinhalb Jahren etwa 200 Hebammen ein Angebot zur gleichberechtigten intensiven Kooperation in Form eines Drei-Säulen-Modells unterbreitet. Dabei sollte der niedergelassene Arzt, der ja angeblich nicht kooperationswillig ist, mit den Hebammen zusammenarbeiten. Die zweite Säule sind die Hebammen als ein autonomer Kreis, und als dritte Säule gibt es für wichtige geburtshilfliche Komplikationen die Klinik als Fluchtstätte, ohne die es überhaupt nicht geht. Ich habe dieses Modell bekannt gemacht und dafür geworben. Schätzen Sie mal, wie viele Hebammen sich gemeldet haben. - Keine einzige. So viel zur Kooperationswilligkeit der Hebammen.

Sie sehen also, hier besteht dringend Regelungsbedarf. Wir Ärzte können ein Berufsrecht nicht ohne eine Berufsordnung machen. Ich bitte den Gesetzgeber, zunächst einmal eine Hebammenberufsordnung zu erlassen und erst dann ein Gesetz zu verabschieden.

Vorsitzender Bodo Champignon: Ich danke Ihnen. - Damit haben wir alle Experten gehört. Ich würde jetzt gerne den Kolleginnen und Kollegen Gelegenheit zur Nachfrage geben. Wird das Wort gewünscht? - Frau Dr. Pavlik.

Dr. Jana Pavlik (FDP): Ich habe vier Fragen, auf die ich in dem Gesetzentwurf keine Antwort finde, die hier aber alle angesprochen wurden, Fragen, die jetzt im Raum stehen bleiben. Eigentlich sind es Fragen an die Landesregierung. Ich stelle sie jetzt aber an Prof. Horschitz.

Warum enthält das Gesetz nicht die Grundzüge der Berufsordnung? Warum wurden das Gesetz und die Berufsordnung nicht gleichzeitig eingebracht?

Wie gelangen die Hebammen in den Besitz der Arzneimittel, die sie vergeben sollen? Das haben Sie schon angesprochen, aber beantwortet ist diese Frage nicht.

Da der Arzt von seinem Tätigkeitsbild im Rahmen der GKV nicht abweichen kann, stellt sich die Frage, ob doppelte Vergütungsstrukturen eingebaut werden sollen.

Laut § 1 Abs. 2 Ziffer 1 des Entwurfs soll die Rechtsverordnung u. a. das Verhalten in pathologischen Fällen bestimmen. Wie ist dies vor dem Hintergrund zu verstehen, dass die Hebamme zur Behandlung pathologischer Fälle explizit nicht berechtigt ist?

Prof. Dr. Harald Horschitz (Bund Deutscher Hebammen e. V.): Die Frage, weshalb der Gesetzgeber in Nordrhein-Westfalen zusammen mit dem Gesetz nicht den Entwurf einer Berufsordnung vorgelegt hat, dürfen Sie mir nun wirklich nicht stellen. Ich kann sie nicht beantworten.

Ich nehme Ihre Fragen aber dankbar auf, um zu meinen beiden letzten Vorrednern noch etwas zu sagen. Es wurde gesagt, man solle zunächst die Berufsordnung und erst dann das Gesetz machen. Eine solche Äußerung kann nur von einem Nichtjuristen kommen, der die Zusammenhänge nicht kennt. Es ist ganz ausgeschlossen, zunächst die Berufsordnung zu machen und erst dann das ermächtigende Gesetz dafür. Es ist zwingend notwendig, es andersherum zu machen.

Sie haben gefragt, warum die Berufsordnung nicht zusammen mit dem Gesetz vorgelegt worden ist. Es wäre wahrscheinlich eine Diskriminierung des Gesetzgebers gewesen, wenn man gesagt hätte: Euer Gesetz brauchen wir zwar, aber wir haben das Wichtige, nämlich die Berufsordnung, schon in der Tasche. - Es ist dem Stil nach richtig, dass man die Berufsordnung erst nach dem Gesetz vorlegt.

Wie gelangen Hebammen in den Besitz der Arzneimittel, die sie vorrätig zu halten und in Notfällen auch einzusetzen haben? Das ist zum Teil sehr abenteuerlich. Um in den Besitz der Arzneimittel zu kommen, gehen die Hebammen entweder zu ihrem Arzt und sagen, sie bräuchten sie für sich selbst - das ist zweifellos kein guter Weg -, oder sie beziehen sich auf ihre letzte Patientin, lassen sich dann durch einen kooperationswilligen Arzt das entsprechende Rezept ausstellen, um für den nächsten Fall die Medikamente vorrätig zu haben. Auch das ist kein guter Weg. Deshalb bat ich darum, dass in dem Entwurf der Berufsordnung aufgezeigt wird, wie sich die Hebamme die Medikamente, die sie vorrätig halten muss, besorgen darf. Es handelt sich schließlich um verschreibungspflichtige Medikamente, wobei in Verordnungen zum Arzneimittelgesetz aber ausdrücklich steht, dass die Hebamme diese Arzneimittel auch

ohne ärztliche Verordnung von der Apotheke beziehen darf. Der Weg ist rechtmäßig. Wie es in der Praxis gemacht wird, ist meines Erachtens nicht gut.

Zu den doppelten Versorgungsstrukturen: Mit diesem Begriff kann ich wenig anfangen. Man möge mir aufzeigen, wo solche doppelten Versorgungsstrukturen bestehen, und ich werde Ihnen dann in jedem Falle nachweisen, dass das, was die Hebamme macht, dem uralten, traditionellen Bild der Hebamme entspricht, dass die Hebammen diese Leistungen - die Vorsorge, die Geburtsvorbereitung usw. - schon seit eh und je erbringen und dass es meines Erachtens im Hinblick auf die korrekte Abrechnung der Leistungen der Hebammen keine Probleme geben kann. Wenn die Leistungen erbracht worden sind, hat die Hebamme auch einen Gebührenanspruch. Ich bin nicht die richtige Adresse, um etwas zu der Frage zu sagen, inwieweit ärztliche Leistungen und Gebühren tangiert sind.

Sie haben gefragt, wie diese Rechtsverordnung die Abgrenzung zwischen regelgerechten und pathologischen Fällen treffen will. Da ist jedes Gesetz bzw. jede Verordnung überfordert, die diese Frage positivrechtlich regeln will, die also aussagen, umschreiben will, wie diese Abgrenzung zu treffen ist. Die täglichen Fälle sind so vielfältig, dass sie sich einer Umschreibung, einer Definition entziehen. Ich glaube, man muss es dabei belassen, wie die anderen 15 Berufsordnungen auch verfahren, und einfach sagen: In regelwidrigen Fällen geht die Behandlungskompetenz auf den Arzt über, ohne das im Einzelnen besprechen zu wollen. - In dem Augenblick, in dem Sie einen Fall vergessen haben, haben Sie schon eine Unsicherheit, was jetzt gelten soll: Fällt das in die Kompetenz der Hebamme oder des Arztes? Man ist bisher, glaube ich, gut damit zurechtgekommen. Es gibt keine mir bekannten wesentlichen Fälle, in denen der Hebamme vorgeworfen wird, sie habe ihre Kompetenz überschritten. Es ist vielmehr so, dass die vorsichtige Hebamme lieber einmal zu viel an den Arzt verweist als einmal zu wenig.

Vorsitzender Bodo Champignon: Danke schön. - Gibt es weitere Nachfragen? - Das ist nicht der Fall.

Meine Damen und Herren, dann war Ihr Vortrag hier sehr überzeugend und auch für die Kolleginnen und Kollegen zufriedenstellend. Ich bedanke mich ganz herzlich, dass Sie sich für unsere Anhörung zur Verfügung gestellt und Ihre Statements schriftlich eingereicht haben. Ich wünsche Ihnen allen einen guten Heimweg.

gez. Bodo Champignon

Vorsitzender

be/20.11.2001/26.11.2001

260