

## Hat der Hebammenberuf noch eine Chance?

### 1. Gesetzliche Grundlagen

Im Dezember 1977 wurde die vorläufig letzte Fassung des „Entwurfs eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und den Beruf der Hebamme und des Entbindungshelfers“ vorgelegt<sup>1</sup>. Im § 7 wird den Hebammen (und Entbindungshelfern) im Gegensatz zu der vorhergehenden Fassung die Tätigkeit der Geburtshilfe vorbehalten, die außer ihnen nur noch Ärzte ausführen dürfen. Trotz dieses vorgesehenen Vorbehalts ist der Beruf der Hebammen vom Aussterben bedroht. Im folgenden sollen die Gründe dafür dargelegt und weiterhin aufgezeigt werden, warum entgegen dieser abzusehenden Entwicklung eine Erweiterung und Intensivierung der Tätigkeit von Hebammen und ihre zahlenmäßige Vermehrung notwendig erscheint.

Im Jahre 1938 wurde im Hebammengesetz, das u. a. auf dem Hintergrund nationalsozialistischer Mutterschaftsideologie entstand, zum ersten Male eine reichseinheitliche Regelung für die Berufsausbildung, für die Zulassung und Berufsausübung getroffen<sup>2</sup>. Zuvor hatten sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Ländern vollzogen. Die Gewerbeordnung von 1900<sup>3</sup> hatte einzig und allein bestimmt „Hebammen bedürfen eines Prüfungszeugnisses der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde“. So wurde z. B. in Preußen 1922 eine Niederlassungsgenehmigung eingeführt, die bereits 1926 wieder durch Urteil als unvereinbar mit der Gewerbeordnung aufgehoben wurde<sup>4</sup>. In Baden waren zum anderen z. B. im Jahre 1933 noch 300 Bader tätig, „die, wie früher üblich, sozusagen als ‚männliche Hebammen‘ Tätigkeiten der Geburtshilfe ausübten“<sup>5</sup>.

Das Gesetz von 1938, das heute noch im wesentlichen gültig ist, beinhaltet die Hinzuziehungspflicht von Hebammen zur Entbindung, d. h. die Hebamme verfügt bisher über ein eingeschränktes – da Ärzte auch zur Geburtshilfe berechtigt sind – Monopol bezüglich der Geburtshilfe. Weiterhin wird allen anderen Personen ausdrücklich untersagt, außer in Notfällen Geburtshilfe zu leisten. Ebenfalls vorgesehen ist im Gesetz von 1938, daß Hebammen „nach näherer Bestimmung der Durchführungsvorschriften in der Mütterberatung, in der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge oder in sonstiger sozialer Arbeit mitwirken“ (§ 19).

Im neuen Gesetzentwurf ist dagegen nur noch von Geburtshilfe die Rede. Ebenfalls entfällt die Hinzuziehungspflicht von Hebammen im neuen Gesetzentwurf. Darüber hinaus werden erst Durchführungsbestimmungen und die Praxis der Anwendung des Gesetzes zeigen, inwieweit Ärzte auch hier – wie z. B. in der Krankenpflege – ihnen vorbehaltene Tätigkeiten bei der Geburt im Krankenhaus etwa an Krankenpflegepersonal delegieren. Die im letzten Entwurf vorgesehenen Vorbehaltsaufgaben wurden erst auf vielfältigen Protest eingefügt, obwohl die Bundesregierung nach einer „kleinen Anfrage“ aus dem Bundestag davon ausging, „daß auch bei einem Verzicht auf vorbehaltene Tätigkeiten nicht weniger qualifiziertes Personal . . . eingesetzt werde“<sup>6</sup>. Dieser Optimismus trägt auf dem Hintergrund ökonomischer Notwendigkeiten und insbesondere

der Diskussion um die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen und der in jüngster Zeit aufkommenden Angst der ärztlichen Standesvertreter vor einer „Ärztenschwemme“ und darunter auch einer Gynäkologenschwemme. Hier muß eher davon ausgegangen werden, daß einige Ärztevertreter aus den genannten Gründen ein Interesse am Aussterben des Hebammenberufes haben. Denn neben den Heilpraktikern stellen die Hebammen noch den einzigen Beruf dar, der sich zumindest eine gewisse Teilautonomie gegenüber den ärztlichen Professionalisierungsbestrebungen bewahrt hat<sup>7</sup>. Diese Aussage steht auch nicht im Widerspruch dazu, daß es gerade einzelne Ärzte sind, die für den inhaltlich und personell erweiterten Einsatz von Hebammen plädieren, da sie sich davon – sicherlich berechtigt – einen vermindernden Einfluß auf die hohe Mütter- und Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland versprechen<sup>8</sup>.

## 2. Situation des Berufsstandes heute

Trotz der herausragenden gesetzlichen Grundlage für die Hebammen innerhalb der Gesundheitsfachberufe – es besteht, wie gesagt, für keinen vergleichbaren Gesundheitsfachberuf eine Art von Tätigkeitsmonopol – hat der Beruf stark abgenommen, ist überaltert, für freiberufliche Hebammen gibt es kaum noch eine Existenzgrundlage.

Nach der Volkszählung von 1970<sup>9</sup> gab es zu diesem Zeitpunkt nur noch 6642 Hebammen in der Bundesrepublik Deutschland (s. Tabelle), 1964 waren es noch ein Drittel mehr. Und um eine noch ältere, wenn auch nur beschränkt vergleichbare Zahl zu nennen, im Jahre 1876 standen im Königreich Preußen 16975 Hebammen 8445 Ärzten gegenüber<sup>10</sup>. Diese Abnahme steht im Gegensatz zur allgemeinen Ausweitung des Dienstleistungssektors in der Industriegesellschaft und darunter auch insbesondere allen anderen Gesundheitsfachberufen. So haben von 1964 bis 1973 die Hebammen in der Bundesrepublik Deutschland um 26% abgenommen, Krankenschwestern und Krankenpfleger nahmen im gleichen Zeitraum um 29% zu, Krankengymnasten sogar um 47%. Allerdings gingen die Geburten von 1964 bis 1973 sogar um 41% zurück. Rechnerisch kamen 1970 8,1 Hebammen auf 1000 Geburten. Im Rahmen der Volkszählung 1970 bezeichnete sich die Hälfte der Hebammen als selbständig arbeitend. In der Regel können diese Hebammen ihre Existenz nur sichern, wenn sie einen Werkvertrag mit einem Krankenhaus abschließen, was auch in der Mehrheit der Fälle zutrifft.

1969 fanden nur noch knapp 6,6% aller Geburten zu Hause statt, 1964 waren es noch knapp über 20%, 1952 noch 53%<sup>11</sup>. 1973 hatten die niedergelassenen Hebammen ein garantiertes Mindesteinkommen von DM 575,- monatlich. Eine weitere Betätigungsmöglichkeit der Hebammen, die Schwangerenvorsorge, die sowohl nach dem Gesetz von 1938 als auch nach den Mutterschaftsrichtlinien<sup>12</sup> möglich ist, wird nur sehr selten durch Hebammen ausgeführt. So gaben in einer eigenen Untersuchung<sup>13</sup> auf repräsentativer Grundlage in Rheinland-Pfalz im Frühjahr 1977 von 644 Müttern kurz nach der Entbindung nur 4% an, während der Schwangerschaft eine freiberufliche Hebamme in Anspruch genommen zu haben. Zwei der Befragten hatten zu Haus entbunden, jedoch konnten sich 35% aller Probandinnen sicher oder unter bestimmten Umständen vorstellen, zu Haus zu entbinden.

Tabelle 0: Berufstätige Hebammen, Hebammenschülerinnen und Geburten in der Bundesrepublik Deutschland von 1964 bis 1973<sup>1</sup>

	1964	1966	1970	VZ 10%	1973	Veränderung in % von 1974 – 1973
Hebammen	8.503	7.948	6.857	6.642	6.255	-26,4%
darunter Angestellte		3.690	2.808	3.293 <sup>5</sup>	3.203	-13,2% <sup>4</sup>
Selbständige		4.258	4.049	3.293 <sup>5</sup>	3.052	-28,3% <sup>4</sup>
Hebammenschül.	514	600	695	406 <sup>2</sup>	634	+23,3%
Geburten <sup>3</sup>	<sup>3</sup> 1.079.024	1.062.519	819.159		641.319	-40,6%

1) Die Daten stammen – mit Ausnahme der Spalte mit den Volkszählungsergebnissen von 1970 und den Geburten – von den Gesundheitsämtern und beziehen sich auf den 31. 12. des jeweiligen Jahres. Sie sind enthalten in: StaBuA (Hrsg.): Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesundheitswesen, 3. Krankenanstalten, Heil- und Heilhilfspersonal 1964 (erschieden 1966), S. 17; StaBuA (Hrsg.): Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesundheitswesen, 3. Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens 1970 (erschieden 1972) S. 30 und 31; StaBuA (Hrsg.): Wirtsch. u. Stat. H. 11 (1973) 666.

<sup>2</sup>) Alle Angaben mit einer Zahl unter 500 aus den Daten der 10%-Stichprobe sind wegen des möglicherweise zu großen Stichprobenfehlers nicht interpretierbar. Vgl. Statistisches Bundesamt: Reihe Bevölkerung und Kultur, Volkszählung vom 27. 5. 1970, Heft 14, S. 21 f.

<sup>3</sup>) Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1974, S. 53.

<sup>4</sup>) Veränderungen von 1966 bis 1973.

<sup>5</sup>) Die Summe der angestellten und selbständigen Hebammen läßt eine Differenz von 56 zur gesamten Anzahl offen. Sie setzt sich aus 25 als Lehrlinge fehlklassifizierten und 31 verbeamteten Hebammen zusammen.

Auch als Folge der Abnahme der Anzahl ist eine vergleichsweise Überalterung der Hebammen festzustellen. Nur 15% aller Hebammen waren 1970 unter 30 Jahre alt, bei den Krankenschwestern waren es z. B. 33%. Noch krasser stellt sich die Situation bei den selbständigen Hebammen dar. Sie sind selten jünger als 30 Jahre, nur 16% sind unter 40 Jahre alt, die meisten sind also 40 Jahre und älter.

### 3. Gründe für die Abnahme des Berufsstandes

Die Abnahme des Berufsstandes der Hebammen wird in der Regel – und auch sofort plausibel erscheinend – mit dem starken Geburtenrückgang und besonders auch mit dem fast völligen Verschwinden der Hausgeburten begründet. Daß dieser Erklärungsansatz nur bedingt Gültigkeit besitzen kann, zeigt z. B. die Tatsache, daß allein von 1965–1974 die Anzahl der Kinderärzte um etwa 30% stieg<sup>14</sup>. Auch die Einführung der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen durch die bereits genannten Mutterschaftsrichtlinien im Jahre 1966 hätten eine stärkere Tätigkeitsausweitung der Hebammen zugelassen. Dabei sind in den Mutterschaftsrichtlinien bisher keinerlei soziale und psychosomatische Probleme der Betreuung Schwangerer ent-

halten, obwohl die Mütter- und Säuglingssterblichkeit im wesentlichen soziale und weniger rein medizinisch-somatische Ursachen zu haben scheint<sup>15</sup>.

An heute bereits möglichen oder zukünftig sinnvollen Betätigungsgebieten für Hebammen fehlt es keinesfalls, die Ursachen für das drohende Aussterben des Berufsstandes sind also anderen Ortes zu suchen. Die Gründe können nur in der mangelnden Professionalisierungsmöglichkeit, d. h. der politischen Durchsetzungsfähigkeit der Berufsvertretung der Hebammen, wie des Bundes Deutscher Hebammen, auf der einen Seite und ärztlicher Standespolitik auf der anderen Seite gesucht werden. Letztere hat es bisher erfolgreich verstanden, in einer jahrzehntelangen – wenn auch nicht immer kontinuierlichen – Politik die Hebammen aus ihren Tätigkeitsfeldern zu drängen und sie in ein Abhängigkeitsverhältnis zu bringen. Der oben genannte Gesetzesentwurf ist ein Beispiel dafür; die Bestimmungen der Mutterschaftsrichtlinien, daß Hebammen nur auf ärztliche Anweisung in der Schwangerenversorgung tätig werden dürfen, sind ein anderes Beispiel.

Wie wenig Einfluß die Hebammen haben, zeigt auch beispielhaft die Art und Weise, wie das Mindesteinkommen und die Gebühren für Leistungen der Hebammen festgesetzt werden. Läßt man die starke Verhandlungsposition der niedergelassenen Ärzte außer Betracht, so haben Hebammen selbst im Vergleich mit anderen medizinischen Fachberufen eine schwache Verhandlungsposition. Angestellte aller anderen medizinischen Fachberufe haben wenigstens noch über einen gewerkschaftlichen Zusammenschluß die Möglichkeit, als Verhandlungsmacht aufzutreten. Für freiberufliche Hebammen verordnet der § 376a der Reichsversicherungsordnung (RVO): „Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung setzt unter Mitwirkung der Verbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen und der Hebammen die Gebühren . . . für beide Teile verbindlich fest“<sup>16</sup>. Der Berufsstand muß noch mehr als alle anderen medizinischen Fachberufe als machtloser Verhandlungspartner gegenüber Gesetzgeber, Ministerialbürokratie und Krankenkassen angesehen werden. Diese allgemeine Situation zeigt sich auch darin, daß in der neu geschaffenen „Konzertierten Aktion des Gesundheitswesens“ – neu in § 405a der RVO aufgenommen<sup>17</sup> – zwar laut Absatz 1 „die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten“ gemeinsam tätig werden sollen, aber dann im Absatz 2 bei den zu beteiligenden Berufen nur noch von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern die Rede ist.

So erstaunt auch nicht, daß der Bund Deutscher Hebammen seit langem mit einem Katalog sinnvoller Tätigkeiten aufwartet, die sogar zum Teil das Hebammengesetz von 1938 erst voll zur Geltung bringen würden. Negativ formuliert, stehen die meisten Forderungen im völligen Gegensatz zur gesetzlich vorgesehenen Reduzierung auf die Geburtshilfe. So wird die bisher gesetzlich vorgesehene und, wie bereits erwähnt, kaum durchgeführte Schwangerenberatung und Geburtsvorbereitung, darunter auch Säuglingspflegekurse usw., als notwendig angesehen. Ebenso wird eine Betreuung von Mutter und Kind während der gesamten Zeit des Wochenbettes, also bis zu 6 Wochen nach der Geburt, gefordert. Auch sollte das umfangreiche Gebiet der Familienplanung nach Ansicht des Bundes der Hebammen mit zum Aufgabenkatalog der Hebammen gehören<sup>18</sup>.

#### 4. Entwicklungsmöglichkeiten

Der weiteren Argumentation sollen drei Prämissen vorausgeschickt werden, die hier nicht erschöpfend belegt werden können, die jedoch für den Einsatz von Hebammen von entscheidender Bedeutung sind.

- a) Das Problem der hohen Mütter- und Säuglingssterblichkeit ist – noch immer – vorwiegend ein soziales Problem. Die höhere Mütter- und Säuglingssterblichkeit in den unteren sozialen Schichten<sup>19</sup> ist in den Lebensumständen und den damit verbundenen Verhaltensweisen wesentlich mitbegründet.
- b) Mit den Lebensumständen der unteren sozialen Schichten sind in vergleichsweise größerem Umfang Defizite und schädliche Verhaltensweisen verbunden.

So kommen z. B.

- unerwünschte Schwangerschaften,
- Alkoholkonsum und
- Rauchen verstärkt in den Unterschichten vor.
- Die Schwangerenvorsorge wird von Angehörigen der Unterschicht weniger in Anspruch genommen.

Für das häufigere Auftreten unerwünschter Schwangerschaften, stärkeres durchschnittliches Rauchen und geringere Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge liefert die bereits erwähnte Studie in Rheinland-Pfalz eindeutige und umfangreiche Belege.

Zwischen Alkoholkonsum und Rauchen einerseits und verringertem Geburtsgewicht andererseits und zwischen verringertem Geburtsgewicht und höherer Säuglingssterblichkeit bestehen durch die Literatur belegte Zusammenhänge<sup>20</sup>.

- c) Die soziale Distanz von Unterschichtsangehörigen zu Ärzten ist in der Regel größer als die zu Angehörigen medizinischer Fachberufe<sup>21</sup>.

Auf diesem Hintergrund ist auch ein vermehrter Einsatz von Hebammen zu prüfen und zu begründen. Weder das langfristig absehbare Aussterben des Berufsstandes der Hebammen noch das damit verbundene Obsiegen ärztlicher Professionalisierungspolitik alleine können nämlich eine ausreichende Grundlage für Rettungsbemühungen abgeben.

Stimmen unsere Prämissen, so bedürfen insbesondere die sozialen Unterschichten und andere identifizierbare Risikogruppen einer ständigen Betreuung. Diese Betreuung darf gerade nicht auf somatische Risiken – wie es durch die Mutterschaftsrichtlinien geschieht – beschränkt werden. Informationen z. B. über Geburtenregelung, gesundheitserzieherische Maßnahmen, die z. B. das Rauchen, den Alkoholkonsum und den Medikamentenverbrauch betreffen, das Erkunden und Namhaftmachen schädigender Lebens- und Arbeitsbedingungen, alle diese notwendigen Tätigkeiten sind von der Praxis eines niedergelassenen Arztes nicht oder nicht in ausreichendem Umfang zu leisten. Sie erfordern – gerade bei den Risikogruppen – Hausbesuche und ein ständiges aktives Zugehen auf die betroffenen Frauen. Ohne Zweifel können z. B. gesundheitserzieherische Tätigkeiten auch von anderen medizinischen Fachberufen oder bei entsprechender Vorbereitung auch von Sozialarbeitern wahrgenommen werden; der Hebamme kommt jedoch der Vorteil zu, daß sie vom Kern ihrer Ausbildung und

Tätigkeit her in der Lage ist, der Frau in den anstrengenden Phasen vor, während und nach der Geburt aktiv beizustehen.

Für eine erweiterte Tätigkeit der Hebamme im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt spricht auch das bereits angesprochene Problem der sozialen Distanz zwischen Schwangerer und Arzt. Allgemein kommunizieren Ärzte weniger mit Patienten der Unterschicht als mit Patienten der Mittel- und Oberschicht<sup>22</sup>. Dies ist auch insofern nicht verwunderlich, da Ärzte nicht nur selbst der Mittel- bzw. Oberschicht angehören, sondern meistens auch aus ihr stammen<sup>23</sup>. Außerdem treffen Patienten ohne objektivierbaren somatischen Befund beim Arzt häufig auf Unverständnis. Ärzte reagieren bei Bedürfnissen des Patienten, die sich nicht auf körperliche Symptome zurückführen lassen, oft mit Ablehnung und Unsicherheit<sup>24</sup>. Gerade aber bei den erwähnten „Risikogruppen“ ist die soziale Distanz zum Arzt am größten, bestehen gehäuft psychische und soziale Probleme, denen nicht mit somatisch orientierter Diagnose und Therapie beizukommen ist, schließlich haben Angehörige dieser „Risikogruppen“ die meisten Hemmungen und größere objektive Zugangsschwierigkeiten zur Teilnahme an Schwangerenvorsorgeuntersuchungen<sup>25</sup>.

Zumindest für die USA wird auch durch einen Modellversuch und eine Studie belegt, daß die Alternative einer kombinierten Betreuung durch Arzt und Krankenschwester (genauer „Public Health Nurse“) von den meisten Frauen bevorzugt wird<sup>26</sup>. Dabei steht hier die „Public Health Nurse“ ganz allgemein für jeden medizinischen Fachberuf.

Daß der Einsatz von Hebammen auch entscheidend zu einer niedrigen Mütter- und Säuglingssterblichkeit beiträgt, ist zu vermuten, auch wenn sich beim Vergleich verschiedener Länder zu viele andere Unterschiede im Gesundheitssystem finden, als daß von einem Beweis gesprochen werden könnte. Die umfangreiche Tätigkeit von Hebammen in den skandinavischen Ländern und den Niederlanden, das dazu im Vergleich fast völlige Fehlen in der Bundesrepublik Deutschland und den USA und die damit verbundenen guten bzw. schlechten Positionen in der internationalen Statistik der Mütter- und Säuglingssterblichkeit scheinen jedoch mehr als zufallsbedingt zu sein<sup>27</sup>.

Nicht zuletzt sollte langfristig – gesamtwirtschaftlich gesehen – der ökonomische Vorteil verstärkter ambulanter und präventiver Betreuung beachtet werden. Krankenhausaufenthalte der Schwangeren, von Mutter und Kind können bei früh erkannten und geminderten Risiken, vor allem auch den sozialen und psychosozialen, verkürzt oder vermieden werden. Eine Verminderung der Frühgeburten, vor allem auch als Folge des Rauchens und Alkoholkonsums, die heute als eindeutigste Größe die Überlebenschancen des Neugeborenen bestimmen, verkürzt vielfach die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus und den personellen und apparativen Aufwand. Entsprechendes gilt für eine Überwachung des Wochenbettes.

Um ein System krankenhausunabhängiger Hebammen funktionsfähig zu gestalten, wäre auch entsprechend einem Vorschlag des Bundes Deutscher Hebammen<sup>28</sup> zu prüfen, ob eine feste Anstellung von Hebammen Vorteile böte. Hier kämen die sich weiter verbreitenden Sozialstationen oder auch die Gesundheitsämter als Institutionen in Frage.

Für eine sinnvolle Planung wäre eine Untersuchung über die Arbeits- und Lebensbedingungen der noch vorhandenen Hebammen notwendig. Für die erwei-

terte Orientierung auf spezielle Risikogruppen und insbesondere auf die Probleme der unteren sozialen Schichten bedarf es einer Überarbeitung der Ausbildungs- und Fortbildungsinhalte.

### Anmerkungen

1 Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und den Beruf der Hebamme und des Entbindungshelfers (Krankenpflege- und Hebammengesetz – KrPflHebG –), Stand: Dezember 1977. Z. B. abgedruckt in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 2 (1978).

2 RGBl. I (1938), S. 1893 f.

3 RGBl. (1900), S. 871 f. Hier der § 30 Abs. 3.

4 *Zimdars*, Kurt und *Sauer*, Karl: Hebammengesetz v. 21. 12. 38 nebst Erläuterungen und einem Anhang, Berlin 1939, S. 10. Zum geschichtlichen Hintergrund auch: *Gubalke*, Wolfgang: Die Hebamme im Wandel der Zeiten, Hannover, 1964, S. 122 f., insbesondere S. 126. Nach geltendem Recht ist auch heute eine Niederlassungserlaubnis notwendig.

5 „materialien aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“, Nr. 9 (1971): Die Hebamme, hrsg. vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, Erlangen, S. 1.

6 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Reiners, Burger . . . und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 8/802 – Säuglings- und Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland, Deutscher Bundestag, 8. Wahlperiode, Drucksache 8/874 v. 2. 9. 1977, Sachgebiet 212, S. 3.

7 Bei allen Unterschieden stimmen die meisten Autoren in folgenden konstituierenden Merkmalen des Professionalisierungsprozesses überein: Der jeweilige Berufsstand erstrebt Autonomie über die Ausbildung, den Tätigkeitsbereich, die Ausweitung des Tätigkeitsbereiches und seine Monopolisierung. Die Professionalisierungsfrage gehört zu den meistbehandelten Themen in der Medizin-Soziologie. Für die ärztliche Professionalisierungspolitik sei hier daher nur auf *Freidson*, Eliot: Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge, New York 1970, verwiesen.

8 So z. B. *Maier*, Erne: „Ohne Erneuerung der Hausbesuche durch qualifizierte Hebammen oder Gesundheitspflegerinnen oder Fürsorgerinnen werden wir von den hohen Mütter- und Säuglingssterblichkeitsziffern nicht herunterkommen. Hier geht es nicht ohne den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Wer auf ihn verzichten will, zielt auf Systemveränderung des Gesundheitswesens hin.“ (!) In: Das Öffentliche Gesundheitswesen 39 (1977), S. 536, in der Arbeit: „Gegenwärtiger Stand der Mütter- und Säuglingssterblichkeit im nationalen und internationalen Vergleich. Folgerungen für den Aufgabekatalog des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.“ *Maier* ist Ministerialdirigent des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport von Rheinland-Pfalz.

Zu ähnlichen Schlüssen bezüglich des Einsatzes von Hebammen gelangen *Schmidt*, Eberhard, *Guthoff*, Werner und *Müntefering*: Säuglingssterblichkeit 1973, Prospektive Einzelfallanalyse in Düsseldorf, München–Berlin–Wien 1974, S. 184.

9 Die hier genannten Zahlen beruhen auf eigenen Berechnungen aus den Datensätzen der Volkszählung 1970 (10%-Stichprobe). Zu einer ausführlichen Darstellung der Entwicklung des Hebammenberufes und den Quellen für die anderen Zahlenangaben – soweit nicht ausdrücklich angegeben – vgl. *Bartholomeyczik*, Eike und Sabine: Die Entwicklung des Berufsstandes der Hebammen unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Volkszählung 1970 (10%-Stichprobe), in: Bundesgesundheitsblatt 21, Nr. 10 (1978), S. 145–150.

10 Vgl. dazu das bei *Gubalke* a. a. O. auf S. XXVI wiedergegebene Titelblatt der Nr. 1 der Berliner Hebammen-Zeitung vom 1. April 1876.

11 „materialien aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“: Die Hebamme, a. a. O.,

S. 3 und Schwarz, Karl: Die Säuglingssterblichkeit, Ergebnisse einer Sonderuntersuchung über die Säuglingssterblichkeit der 1960 geborenen Kinder, in: Wirtschaft und Statistik, Nr. 12 (1966), S. 744.

12 Hebammengesetz von 1938 a. a. O. und Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien), in der Fassung vom 16. 12. 1974, Beilage Nr. 12/75 zum Bundesanzeiger 1975 Nr. 59. Vgl. insbesondere A. 4. Ebenfalls kommt eine Tätigkeit der Hebammen nach den Kinder-Richtlinien unmittelbar nach der Geburt bei der ersten vorgesehenen Untersuchung in Frage: „Ist ein Arzt nicht anwesend, soll die Hebamme diese Untersuchung durchführen.“ Vgl. „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien)“, in der Fassung vom 26. 4. 1976, Beilage Nr. 28/76 zum Bundesanzeiger Nr. 214 = Bundesarbeitsblatt 1977, S. 34.

13 Es handelt sich um das Forschungsprojekt „Soziale Bedingungen der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen“, das vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes im Auftrage des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung durchgeführt wird. Veröffentlichungen in Vorbereitung.

14 Koller, S.: Zahl, Struktur und Nachwuchsbedarf der Ärzte, Ergebnisse der Volks- und Berufszählung 1961 ergänzt auf den Stand 1967, hrsg. vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn-Bad Godesberg 1970, S. 70 und Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 1977 – hrsg. vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn-Bad Godesberg 1977, S. 214.

15 Schmidt u. a., a. a. O., S. 49f. Vgl. auch die Ausführungen unter 4. und die dortigen Quellen.

16 Z. B. abgedruckt in der Loseblattsammlung von Aich-Berger, Friedrich: Sozialgesetzbuch, Reichsversicherungsordnung, Verlag C. H. Beck, München, Nr. 11, Reichsversicherungsordnung, S. 195.

17 Ebenda S. 204 af.

18 Vgl. Kölle, Ruth: Ausführungen zum 25jährigen Bestehen der Berufsorganisation der Hebammen in der BRD 1974, vervielfältigtes Manuskript, Weinsberg/Frankfurt a. M. 15./16. 2. 1974.

19 Schwarz, Karl a. a. O., S. 745f., Morris, J. N. und Heady, J. A.: Soziale und biologische Faktoren bei der Säuglingssterblichkeit, in: Abholz, Heinz Harald (Hrsg.): Krankheit und soziale Lage, Befunde der Sozialepidemiologie, Frankfurt/Main, New York, 1976, S. 57–73. Antonovsky, Aaron und Bernstein, Judith: Social Class and Infant Mortality, in: Social Science & Medicine, Vol. 11 (1977), S. 453–470.

20 Z. B. Little, Ruth E.: Moderate Alcohol Use During Pregnancy And Decreased Infant Birth Weight, in: American Journal of Public Health, 67, Nr. 12 (1977) S. 1154–1156. Butler, N. R.; Golgstein, H.; Ross, E. M.: Cigarette Smoking in Pregnancy: Its Influence on Birth Weight and Perinatal Mortality, in: British Medical Journal, Nr. 2 (1972), S. 127–130.

21 Vgl. Bartholomeyczik, Sabine und Eike: Der Patient in den Institutionen des Gesundheitswesens, in: Geissler, Brigitte, und Thoma, Peter (Hrsg.): Medizinsoziologie, Einführung in ihre Grundbegriffe und Probleme, Frankfurt/Main, New York, 1975, S. 254f.

22 Ebenda.

23 Nach einer repräsentativen Stichprobe stammten 24% der Kliniker und der niedergelassenen Ärzte aus einer Arztfamilie und 5–6% übten den Arztberuf bereits in der dritten Generation aus. Bei der letzten Angabe muß noch die starke Zunahme von Medizinern berücksichtigt werden. Vgl. dazu den Band 11 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit: Berufsabsichten und Motivation der deutschen Mediziner, Stuttgart a. a. O., S. 19f.

24 Bartholomeyczik, Sabine und Eike a. a. O., S. 255.

25 Erste Ergebnisse aus dem bereits genannten Projekt „Soziale Bedingungen der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen“.

26 Ford, Patricia Ann; Seacat, Milvoy N.; Silver, George A.: The Relative Roles of the Public Health Nurse and the Physician in Prenatal and Infant Supervision, in: American Journal of Public Health, Vol. 56 (1966), S. 1097–1103.

27 Maier, Erne a. a. O.

28 Vgl. Kölle, Ruth a. a. O.

Konrad W. Tietze

## Der Mutterpaß – eine Dokumentation mangelnder Schwangerenvorsorge?

Seit dem Jahre 1968 gibt es in der Bundesrepublik Deutschland und in Berlin (West) einen einheitlichen Mutterpaß, der die bei der Schwangeren erhobenen anamnestischen Daten und körperlichen Befunde aufnehmen soll. Dieses Dokument bleibt im Besitze der Schwangeren und wird vom Arzt parallel zu seinen eigenen Aufzeichnungen geführt. Der Paß machte in seiner bis dahin 10jährigen wechselvollen Geschichte Schlagzeilen in der Presse<sup>1</sup>. Seine Initiatoren mußten sich gegen die Einführung eines einheitlichen „Sprechstundenblattes“ durchsetzen<sup>2</sup> – ein Formular, das allein dem Arzt zugänglich gewesen wäre. 1968 stellt die Zeitschrift *Euromed* fest: „Zusammen mit den neugefaßten Richtlinien (von 1968) bereitet der Paß den stets problematisch gebliebenen Sprechstundenblättern endgültig den Garaus.“ Um die Bedeutung dieses Schrittes einschätzen zu können, sollten die zwei Argumente genannt werden, um die es den Befürwortern des Passes ging: Verfügbarkeit aller bis zum jeweiligen Zeitpunkt der Schwangerschaft gesammelten Daten und das Herausfinden besonders gefährdeter Schwangerschaften, sog. Risiko-Schwangerschaften.

### Die Risiko-Schwangerschaft

In der Mehrzahl der Fälle verläuft eine Schwangerschaft „normal“ – d. h. ohne irgendwelche Zeichen einer Gefährdung von Mutter und Kind – und wird durch eine komplikationslose Geburt abgeschlossen. Die Geburt des Kindes aus „Hinterhauptslage“ ist die Regel – der negative Schwangerschaftsausgang die Ausnahme. In der Schwangerenvorsorge ist der Arzt gehalten, diese Ausnahme zu prognostizieren, um ihr zuvorzukommen. Für die Prognose versucht er aus dem Erfahrenen Kriterien zu gewinnen, die mit dem Ereignis der Geburt und dem Befinden des Neugeborenen sowie dem Befinden der Mutter in irgendeinem Zusammenhang stehen könnten. Allgemein gesagt kann es sich dabei nur um Faktoren handeln, die vor der Empfängnis bestanden und über die Empfängnis hinaus in die Schwangerschaft hineinwirken (anamnestisch-biographische Fak-