

Stellungnahme

**der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V., des Deutschen
Hebammenverbands e. V. und des Hebammenwissenschaftlichen
Fachbereichstag e. V.**

**zum Entwurf eines delegierten Rechtsakts nebst Anhang zur Änderung der
Richtlinie 2005/36/EG in Bezug auf die Ausbildungsanforderungen für den
Beruf Hebamme**

Datum: 03.03.2026

1. Einleitung

Die DGHWi e. V., der DHV e. V. und der HWFT e. V. bedanken sich für die Möglichkeit, zum Entwurf der EU-Kommission Stellung zu nehmen. Die Überarbeitung der Richtlinie war überfällig. Seit der letzten wesentlichen Überarbeitung der zuvor genannten EU-Richtlinie 2005/36/EC und ihrer Änderung durch die Richtlinie 2013/55/EU (zusammen nachfolgend auch „EU-Dokumente“) haben sich Hebammenpraxis, internationale Standards sowie die Anforderungen an Gesundheitssysteme in Europa erheblich weiterentwickelt. Leider wurde die Chance einer umfassenden Überarbeitung verpasst¹.

Die derzeitige Fassung der EU-Richtlinie 2005/36/EC, auch mit den vorliegenden Änderungen, beschreibt das Studium, aber nicht die Profession Hebamme. Es wird kein kohärentes Verständnis der Hebammenprofession als eigenständige Gesundheitsprofession formuliert. Internationale Standards definieren Hebammen heute als autonome, evidenzbasierte und frauenzentrierte primäre Gesundheitsfachpersonen. In den EU-Dokumenten bleibt die Chance ungenutzt, diese Fortschritte, die auch im Rahmen der Akademisierung erreicht wurden, festzuschreiben, das volle Potential der Hebammen für die Gesundheitssysteme nutzbar zu machen und eine tatsächliche Grundlage für die berufliche Mobilität innerhalb der EU zu legen.

Im Rahmen dieser Stellungnahme werden wir auf Änderungen im Entwurf eingehen, die für Deutschland von Relevanz sind und im Nachfolgenden auf die Änderungen, die notwendig sind, um die Mindestanforderungen im Studium von Hebammen hinsichtlich des international anerkannten wissenschaftlichen, technologischen und professionellen Fortschritts anzupassen. Hierzu beziehen wir uns auf die ausgearbeiteten Vorlagen der internationalen Hebammenvertretung ICM (International Confederation of Midwives), welche eine detaillierte Grundlage zur Ergänzung und Änderung der EU Richtlinie geschaffen hat, die für die Hebammen europaweit Gültigkeit hat.

2. Implikationen für Deutschland

Zu begrüßen sind die Ergänzungen der Richtlinie 2005/36/EC um Aufgabenbereiche, die bereits im Alltag vieler Hebammen in Deutschland und anderen europäischen Ländern verankert sind und eine große Chance für die jeweiligen Gesundheitssysteme darstellen. Besonders zu betonen sind hier die Bereiche „Public Health“, „Sexuelle und Reproduktive Gesundheit“ (Sexual- and reproductive health) sowie „Versorgung in Notfallsituationen“ (Critical care and emergency situations). Präventive Arbeit ist in Deutschland essenzieller Bestandteil der Hebammenarbeit. Mit den verpflichtenden Inhalten zu Public Health wird dieser Ansatz verstärkt und die Rolle untermauert, die Hebammen in der Primärversorgung spielen können.

Auch die geforderten Lerninhalte „Critical care and emergency situations“ sind für den Bevölkerungsschutz in Deutschland relevant. Zudem wird Notfallhandeln in Anlage 1 der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) gefordert. Hebammen in Deutschland sind bereits jetzt befähigt, hier eine wichtige Rolle zu spielen. Allerdings wurden Hebammen in vergangenen Krisen (Corona, Hochwasser) nicht ausreichend mitgedacht. In der

¹ zu ausführlicheren Auseinandersetzung mit dem Beteiligungsprozess und dessen Inhalten siehe: https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2025/11/2025_11_14_Positionspapier_EU-Direktive_DHV_DGHWi_HWFT.pdf

aktuellen geo-politischen Lage ist es jedoch unabdingbar, angestellte und freiberufliche Hebammen in Notfallpläne zu integrieren und Hebammen in der Erstellung von Notfallplänen miteinzubeziehen. In beiden Fällen sollten in anstehenden Gesetzesprozesse in Deutschland Hebammen von Anfang an mitgedacht werden, um hier auch den Entwicklungen in der EU Rechnung zu tragen.

3. Notwendige Anpassungen für eine zeitgemäße Richtlinie

DGHWi, DHV und HWFT halten jedoch eine weitergehende, umfassende Überarbeitung der Richtlinie für notwendig, die sich an den globalen Standards orientiert, die Autonomie von Hebammen unterstützt und dadurch auch die Freizügigkeit innerhalb der EU/des EWR fördert.

Die nachstehenden Änderungsvorschläge basieren auf Grundlage des von ICM und EFNNMA (European Forum of National Nursing and Midwifery Associations) herausgegebenen Policy Papers "Modernising the EU Directive on Midwifery"² sowie auf dem zusammenfassenden Dokument "Suggested scientific and technological updates to the Directive on Professional Qualifications: Midwife", welche das Resultat einer umfassenden Abfrage aus den Hebammenverbänden in Europa darstellt.

Internationale Referenzrahmen, insbesondere der International Confederation of Midwives (ICM) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO), definieren das Berufsbild von Hebammen als autonome, evidenzbasiert und frauenzentriert arbeitende primäre Gesundheitsfachpersonen, die umfassende Leistungen im Bereich der sexuellen, reproduktiven, maternalen, neonatalen und adoleszenten Gesundheit über den gesamten reproduktiven Lebensverlauf erbringen. Diese Entwicklungen stehen im Einklang mit zentralen Zielen der Europäischen Union, darunter der Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung, die Stärkung von Frauenrechten, die Förderung informierter Entscheidungsfindung sowie die Stärkung der öffentlichen Gesundheit.

Die hier vorgeschlagenen Anpassungen stellen sicher, dass die EU-Mindestanforderungen zeitgemäß, zukunftsfähig und konsistent mit international anerkannten Kompetenzstandards sind. Ziel ist es, Hebammen angemessen auf eine autonome, verantwortungsvolle und evidenzbasierte Berufsausübung vorzubereiten und gleichzeitig den Rahmen der Mindestanforderungen für die automatische Anerkennung von Berufsqualifikationen weiterzuentwickeln.

3.1. Grundlogik

Insgesamt sollte es sich nicht um einen Inhalts-orientierten Ansatz mit dem Fokus auf „Was wurde unterrichtet?“, sondern vielmehr einen kompetenz-orientierten Ansatz handeln, der die Frage fokussiert „Was kann die Hebamme?“. Die derzeitige Fassung der EU-Richtlinie 2005/36/EC beschreibt das Studium, aber nicht die Profession. Es wird kein kohärentes Verständnis der Hebammenprofession als eigenständige Gesundheitsprofession formuliert. Die vorgenannte EU-Richtlinie definiert Inhalte, Fächer und Mindestanforderungen, bleibt aber auf der Ebene dessen, *was gelehrt und absolviert werden soll*, stehen und beschreibt nicht, *wie Hebammen professionell handeln, entscheiden und Verantwortung übernehmen*.

² https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/ICM_Doc_Policy-Position-Paper-.pdf

Damit fehlt ein professionsbezogener Kompetenzrahmen, der die Rolle der Hebamme im Gesundheitssystem klar positioniert. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die Fragmentierung und Uneinheitlichkeit fortbestehen, insofern die Richtlinie nicht entsprechend den wissenschaftlichen Erkenntnissen und den globalen Standards der ICM aktualisiert wird, was wiederum die Freizügigkeit und die berufliche Weiterentwicklung von Hebammen behindert. In vielen Ländern werden die globalen Standards der ICM bereits als Maßstab für Ausbildungs-/Studienprogramme herangezogen, so auch hier in Deutschland. Die DGHWi, der DHV und der HWFT schlagen daher folgende Änderungen vor:

Original text / approach (left)	Proposed amendment (right)
<i>The Directive defines minimum training requirements primarily through lists of subjects, theoretical instruction, clinical training components and minimum numbers of procedures to be completed.</i>	<i>The Directive shall define minimum education requirements using a competence-based approach, focusing on the knowledge, skills and professional behaviours required for midwifery practice.</i>
<i>Training requirements focus on what has been taught and completed during education.</i>	<i>Education requirements shall focus on what a midwife is competent to do upon completion of education, including clinical decision-making, professional responsibility and autonomous practice.</i>
<i>The Directive regulates education and training content, without explicitly defining the midwifery profession or its professional role in the health system.</i>	<i>The Directive shall explicitly recognise midwifery as an autonomous, regulated health profession with a clearly defined professional role within the health system.</i>
<i>Professional practice is described implicitly through tasks and activities, rather than through professional competencies.</i>	<i>Minimum requirements shall include a coherent professional competency framework that defines how midwives practise, make decisions and assume responsibility for care.</i>
Optional consolidated amendment (for insertion in Article 40 or recitals)	<i>Training as a midwife shall be based on a competence-based framework and shall ensure that graduates are able to practise as autonomous and accountable health professionals, applying knowledge, skills and professional behaviours to provide safe, evidence-based and woman-centred care within their scope of practice.</i>

3.2. Berufsautonomie

Zentral ist insbesondere das Fehlen von Autonomie und eigenständiger Entscheidungsbefugnis. Während internationale Standards Hebammen als selbstverantwortlich handelnde Fachpersonen verstehen, wird in den EU-Dokumenten Autonomie nicht explizit benannt oder als Kompetenz entwickelt. Die Hebamme erscheint dadurch strukturell eher als ausführende Kraft innerhalb vorgegebener Systeme, denn als eigenständig entscheidende Berufsangehörige mit eigener fachlicher Verantwortung. Eine solche Perspektive steht nicht im Einklang mit der bereits zuvor genannten internationalen Definition der Hebamme durch die ICM und die WHO.

In Deutschland wird die Autonomie des Hebammenberufes explizit im Hebammengesetz benannt. Für die berufliche Mobilität und Durchlässigkeit ist es unabdingbar hier einheitliche Europäische Standards zu schaffen, die es den Kolleginnen ermöglicht mit ihren in ihrem Heimatland erworbenen Kompetenzen umfassend in Europa eingesetzt zu werden. Die DGHWi der DHV und der HWFT spricht sich dafür aus, diese internationale Definition entsprechend in die EU-Richtlinie aufzunehmen. Die DGHWi, der DHV und der HWFT schlagen daher folgende Änderungen vor:

Original EU text (left)	Proposed amendment (right)
<i>Professional ethics and professional legislation</i>	<i>Adequate knowledge of the ethics of the profession and the legislation relevant for the practice of the profession, human rights principles, sexual and reproductive rights</i>
<i>(No explicit reference to autonomous decision-making)</i>	<i>Midwives shall be educated and qualified to practise autonomously, taking full professional responsibility for clinical decision-making within their defined scope of practice.</i>
<i>(Implicit responsibility through tasks and supervision)</i>	<i>Midwives shall be accountable for their professional judgments, actions and outcomes, and shall practise with professional autonomy, transparency and responsibility.</i>

3.3. Menschenrechtsbasierter Ansatz

Ebenso wenig ist in den EU-Dokumenten ein menschenrechtsbasierter Ansatz erkennbar. Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte werden zwar als Lehrinhalte erwähnt, jedoch nicht als normatives Fundament der Berufsausübung. Die Rolle der Hebamme als Garantin von Selbstbestimmung, informierter Entscheidung und Schutz vor Gewalt, Diskriminierung oder Zwang bleibt damit weitgehend unsichtbar. Die DGHWi, der HWFT und der DHV schlagen daher folgende Änderungen vor:

Original EU text (left)	Proposed amendment (right)
<i>Sexual and reproductive health education and family planning (including contraception and pre-conception care)</i>	<i>Sexual and reproductive health and rights (SRHR), including family planning, contraception and pre-conception care, grounded in a human rights-based approach.</i>
<i>(No reference to women's rights or self-determination)</i>	<i>Midwives shall be competent to uphold, protect and promote the sexual and reproductive rights of women and girls, including informed choice, bodily autonomy and non-discrimination.</i>
<i>(Rights not operationalised)</i>	<i>Education shall ensure that midwives are able to integrate human rights principles into all aspects of midwifery care and decision-making.</i>

3.4. Beziehungsarbeit und Kontinuität der Betreuung

Auch Beziehungsarbeit und Kontinuität der Betreuung, die international als zentrale Qualitätsmerkmale hebammengeleiteter Versorgung gelten, finden in den EU-Dokumenten keine Entsprechung. Kommunikation wird als zu vermittelnde Fähigkeit verstanden, nicht jedoch die kontinuierliche, partnerschaftliche Beziehung zwischen Hebamme und Frau als professionelle Kernkompetenz. Damit wird ein zentrales Element wirksamer, sicherer und

frauzentrierter Versorgung ausgeblendet. Die DGHWi, der DHV und der HWFT empfehlen daher folgende Anpassungen:

Original EU text (left)	Proposed amendment (right)
<i>Communication and inter-personal and professional collaboration</i>	<i>Relationship-based communication, partnership with women, and continuity of midwifery care.</i>
<i>(No reference to continuity of care)</i>	<i>Midwives shall be competent to provide continuity of care and to establish trusting, respectful and collaborative relationships with women and families.</i>
<i>(Communication framed as a technical skill)</i>	<i>Communication shall be understood as a core professional competence that supports shared decision-making and woman-centred care.</i>

3.5. Evidenzbasierte und reflektierte Praxis

Darüber hinaus fehlt ein klar ausgearbeiteter Anspruch an eine evidenzbasierte und reflektierte Praxis in den entsprechenden EU-Dokumenten. Zwar wird evidenzbasierte Hebammenarbeit als Inhalt des Studiums genannt, doch werden Hebammen nicht als aktiv forschende, forschungsnutzende und kritisch reflektierende Fachpersonen positioniert, die wissenschaftliche Erkenntnisse bewerten, anwenden und weiterentwickeln. Dem widersprechen DGHWi, DHV und HWFT und setzen sich dafür ein, dass die Profession als wissenschaftsbasierte Akteurin im Gesundheitssystem gestärkt wird, und die nachstehend aufgeführten Änderungen der EU-Richtlinie vorgenommen wird. Die DGHWi, der DHV und der HWFT schlagen daher folgende Änderungen vor:

Original EU text (left)	Proposed amendment (right)
<i>Evidence-based midwifery practice and research</i>	<i>Evidence-based midwifery practice, including the ability to critically appraise, apply and communicate research evidence in clinical practice.</i>
<i>(a) detailed knowledge of the science on which the activities of midwives are based, particularly midwifery, obstetrics and gynaecology;</i> <i>(Article 40(3) 3a)</i>	<i>(a) detailed knowledge of the science on which the activities of midwives are based, particularly midwifery, woman-centred care, informed choice, implementing evidence in practice, obstetrics and gynaecology;</i>
<i>(Research as theoretical subject)</i>	<i>Midwives shall be educated to integrate current scientific evidence, professional judgment and women's preferences into their practice.</i>
<i>(No mention of reflection or quality improvement)</i>	<i>Training shall include competencies in reflective practice, quality improvement and lifelong professional development.</i>

3.6. Öffentliche Gesundheit, soziale Gerechtigkeit und globale Herausforderungen

Auch die Dimensionen öffentliche Gesundheit, soziale Gerechtigkeit und globale Herausforderungen wie der Klimawandel bleiben in den EU-Dokumenten unterbelichtet.

Internationale Kompetenzrahmen verstehen Hebammen als zentrale Akteurinnen in Prävention, Gesundheitsförderung und im Umgang mit sozialen Determinanten von Gesundheit sowie in Krisen- und Katastrophensituationen. Diese gesellschaftliche Verantwortung wird in den EU-Dokumenten kaum abgebildet. Nach Auffassung der DGHWi, des DHV und des HWFT sollte dies wie folgt geändert werden:

Original EU text (left)	Proposed amendment (right)
<i>Public health (including hygiene, health promotion and education, preventive medicine)</i>	<i>Public health, hygiene, health education, preventive medicine, genetic medicine, screening and early diagnosis of diseases (Annex V 5.5.1 Part A)</i>
<i>(No reference to inequality or vulnerability)</i>	<i>Midwives shall be competent to address health inequalities and to provide respectful, inclusive care to women in vulnerable or marginalized situations.</i>
<i>(No reference to climate change or crises)</i>	<i>Education shall include competencies related to climate change, humanitarian crises, and emergency situations affecting maternal and newborn health.</i>

3.7. Gewalt gegen Frauen

Gewalt gegen Frauen stellt ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar und betrifft in besonderem Maße die sexuelle, reproduktive, maternale und psychische Gesundheit. Hebammen sind häufig die ersten oder einzigen Gesundheitsfachpersonen, die regelmäßig Kontakt zu betroffenen Frauen haben, insbesondere während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Die derzeitigen EU-Regelungen enthalten jedoch keine expliziten Anforderungen an Kompetenzen zur Erkennung, Prävention, Erstversorgung und Weitervermittlung bei geschlechtsspezifischer Gewalt, einschließlich häuslicher Gewalt (IPV), sexualisierter Gewalt, weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) oder Zwangsmaßnahmen. Damit fehlen zentrale Schutz- und Interventionskompetenzen, die international als wesentlicher Bestandteil professioneller Hebammenarbeit anerkannt sind. Die DGHWi, der DHV und der HWFT sprechen sich ausdrücklich für eine entsprechende Änderungen der EU-Regelungen aus und schlagen folgende Änderungen vor:

Original text (left)	Proposed amendment (right)
<i>(No explicit reference to violence against women, including GBV, IPV or FGM)</i>	<i>Competence to identify, respond to and support women and girls experiencing gender-based violence, including intimate partner violence, sexual violence and female genital mutilation, in accordance with human rights principles and national legislation.</i>
<i>(No reference to safeguarding or referral)</i>	<i>Training shall enable midwives to provide first-line support, ensure safeguarding, document appropriately and refer women to relevant health and social support services.</i>

3.8. Schwangerschaftsabbruch

Der Zugang zu sicherer, qualitativ hochwertiger Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen ist ein wesentlicher Bestandteil sexueller und reproduktiver Gesundheit. Internationale Leitlinien erkennen Hebammen als qualifizierte Fachpersonen für Beratung, Begleitung und – wo rechtlich zulässig – Durchführung und Nachsorge von Abortion Care an. Die EU-Dokumente

regeln diesen Bereich derzeit gar nicht, wodurch ein zentraler Teil reproduktiver Gesundheitsversorgung unberücksichtigt bleibt. Dies führt zu Ausbildungslücken und steht im Widerspruch zu evidenzbasierten und menschenrechtsorientierten Versorgungsmodellen. Aus diesen Gründen, sollte auch dieser Bereich wie folgt in die EU-Richtlinie aufgenommen werden:

Original text (left)	Proposed amendment (right)
<i>(Abortion care not addressed)</i>	<i>Competence to provide counselling, care and follow-up for women experiencing pregnancy loss or seeking abortion care, in accordance with national laws and regulations.</i>
<i>(No reference to reproductive choice)</i>	<i>Training shall include knowledge and skills related to informed decision-making, post-abortion care and management of complications, where legally permitted.</i>
<i>Basic sociology and sociomedical questions (Annex V 5.5.1 Part A)</i>	<i>Basic psychological, cultural, sexual, reproductive and sociological assessment (including respectful care for women with special needs)</i>
<i>Health and social legislation and health organisation</i>	<i>Health and social policy legislation and health system organisation</i>
<i>Sex education and family planning (Annex V 5.5.1 Part A)</i>	<i>Comprehensive sexual education and family planning</i>

3.9. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein zentraler Bestandteil moderner Gesundheitsversorgung. In den EU-Dokumenten wird diese zwar erwähnt, jedoch ohne klare Beschreibung der Rolle der Hebamme als gleichwertige Partnerin im Gesundheitssystem. Dadurch bleibt die Hebamme strukturell untergeordnet, obwohl internationale Standards eine gleichberechtigte, kompetenzbasierte Zusammenarbeit auf Augenhöhe vorsehen. Dies ist insbesondere relevant für Überleitung, Konsultation und gemeinsame Entscheidungsfindung. Die DGHWi, der DHV und der HWFT sprechen sich somit für folgende Anpassungen in diesem Bereich aus:

Original text (left)	Proposed amendment (right)
<i>Experience of working with other health personnel</i>	<i>Competence to engage in respectful, effective and equitable interprofessional collaboration, recognising midwives as autonomous professionals within multidisciplinary teams.</i>
<i>(e) adequate understanding of the training of health personnel and experience of working with such personnel. (Article 40(3) 3e)</i>	<i>(e) adequate understanding of the training of other health and social care professionals, and experience of working with such personnel, including respectful interprofessional collaboration and communication.</i>
<i>(Collaboration not further defined)</i>	<i>Education shall emphasize shared decision-making, clear role definitions and mutual professional respect in interprofessional practice.</i>

3.10. Digitalisierung und eHealth

Digitale Technologien und eHealth-Anwendungen gewinnen zunehmend an Bedeutung in der Gesundheitsversorgung, auch in der Hebammenarbeit. Die EU-Dokumente haben Digitalisierung als Studiumsinhalt neu aufgenommen, fokussieren jedoch vor allem auf technische Aspekte. Es fehlt eine systematische Auseinandersetzung mit ethischen Fragen, Datenschutz, Entscheidungsunterstützung, Risiken von Übertechnisierung sowie der verantwortungsvollen Nutzung digitaler Tools im Sinne frauenzentrierter Versorgung. Nachstehende aufgeführte Änderungen werden daher von der DGHWi, dem DHV und dem HWFT vorgeschlagen:

Original text (left)	Proposed amendment (right)
<i>Digital technology in midwifery</i>	<i>Competence in the critical, ethical and safe use of digital technologies and eHealth tools in midwifery practice.</i>
<i>(No reference to ethics or decision support)</i>	<i>Education shall address data protection, ethical considerations, clinical decision support, and the limitations and risks of digital technologies, ensuring that technology supports, rather than replaces, professional judgement.</i>

3.11. Tätigkeitsbereich (Scope of Practice) und berufliche Rolle

Schließlich fehlt in den EU-Dokumenten ein klar definierter, umfassender Scope of Practice, der die Hebammentätigkeit über den gesamten reproduktiven Lebensverlauf hinweg beschreibt. Die EU-Regelungen bleiben stark auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett fokussiert und verengen damit das international definierte Berufsbild. Insgesamt wird die Hebamme nicht als primäre Gesundheitsfachperson in der sexuellen, reproduktiven, maternalen und neonatalen Versorgung positioniert, sondern implizit weiterhin in einer unterstützenden oder assistierenden Rolle verortet. Damit bleiben die EU-Dokumente deutlich hinter internationalen professionsbezogenen Standards zurück. Die DGHWi, der DHV und der HWFT sprechen sich daher für die nachfolgenden Änderungen aus:

Original EU text (left)	Proposed amendment (right)
<i>(Scope defined through lists of activities and minimum numbers)</i>	<i>The scope of practice of midwives shall be clearly defined as a comprehensive, competence-based scope covering sexual, reproductive, maternal, newborn and postnatal care across the life course.</i>
<i>(Focus on pregnancy, birth and postnatal period)</i>	<i>Midwives shall be qualified to provide care across the reproductive life course, including pre-conception, pregnancy, birth, postnatal and broader reproductive health care.</i>
<i>(Implicit supportive role within health system)</i>	<i>Midwives shall be recognised and educated as primary health care professionals responsible for the provision of midwifery care, rather than as an assisting profession.</i>

Subjects specific to the activities of midwives

Original EU text (left)	Proposed amendment (right)
<i>Anatomy and physiology</i>	<i>Advanced anatomy and physiology as they relate to the female reproductive system and newborns</i>

<i>Pregnancy, childbirth and puerperium</i>	<i>Women's reproductive health, with emphasis on pre-conception, antenatal, intrapartum and postnatal health</i>
<i>Gynaecological and obstetrical pathology</i>	<i>Obstetric pathology and foundations of gynaecological pathology (to enable escalation and referral to other professionals)</i>
<i>Preparation for childbirth and parenthood, including psychological aspects</i>	<i>Preparation for childbirth, breastfeeding and parenthood, including social, cultural, psychological and perinatal mental health support aspects</i>
<i>Analgesia, anaesthesia and resuscitation</i>	<i>Analgesia (including non-pharmacological methods), anaesthesia and resuscitation</i>
<i>Physiology and pathology of the new-born infant</i>	<i>Physiology and pathology of the newborn</i>
<i>(new addition)</i>	<i>Providing midwifery services in humanitarian, emergency, and climate-affected settings</i>

Part B: Practical and Clinical Training

Original EU text (left)	Proposed amendment (right)
<i>(new addition)</i>	<i>Contraception counselling and provision for women, including prescribing, administering and/or applying contraceptive medications and devices contraceptive medications and devices (this can include simulation practice where proficiency is assessed)</i>
<i>(new addition)</i>	<i>Provision of care to women experiencing pregnancy loss (including the provision of comprehensive abortion care)</i>
<i>Advising of pregnant women, involving at least 100 pre-natal examinations.</i>	<i>Caring, advising and assessing pregnant women, involving at least 100 antenatal consultations across all settings (community, health facility, hospital). This should include at least 20 women with complex care needs or identified risk factors</i>
<i>Supervision and care of at least 40 pregnant women.</i>	<i>Supervision and care of at least 40 pregnant women, including where appropriate, at least 5 continuity of care experiences providing care during pregnancy, birth and postnatally</i>
<i>Conduct by the student of at least 40 deliveries; where this number cannot be reached owing to the lack of available women in labour, it may be reduced to a minimum of 30, provided that the student assists with 20 further deliveries.</i>	<i>Manage at least 40 vaginal births; where this number cannot be reached owing to the lack of available women in labour, it may be reduced to a minimum of 30, provided that the student assists with 20 further births. This should include at least 10 women with complex care needs or identified risk factors</i>
<i>Active participation with breech deliveries. Where this is not possible because of lack of breech deliveries,</i>	<i>Manage vaginal breech births under close supervision. Where this is not possible because of lack of vaginal breech births, this can include</i>

<i>practice may be in a simulated situation.</i>	<i>simulation practice sessions where proficiency is assessed</i>
<i>Initiation shall include theoretical instruction and clinical practice. The practice of suturing includes suturing of the wound following an episiotomy and a simple perineal laceration. This may be in a simulated situation if absolutely necessary.</i>	<i>Perineal care, including conducting episiotomy when indicated and suturing (perineal and genital tract assessment and repair; theoretical instruction and clinical practice). Suturing includes suturing of the wound following a spontaneous perineal laceration or episiotomy. Both can include simulation practice with appropriate equipment.</i>
<i>Supervision and care of 40 women at risk in pregnancy, or labour or post-natal period.</i>	<i>[Suggest removing, already included]</i>
<i>(new addition)</i>	<i>Provision of breastfeeding support to 40 women postnatally, including identifying and managing breastfeeding problems</i>
<i>Supervision and care (including examination) of at least 100 post-natal women and healthy new-born infants.</i>	<i>Caring, advising and assessing (including examination) of at least 100 healthy women postnatally, including pelvic floor assessment. This should include at least 20 women with complex care needs or identified risk factors.</i>
<i>(new addition, for clarification with B10)</i>	<i>Caring, advising, and assessing (including examination) of at least 100 healthy newborns</i>
<i>Observation and care of the new-born requiring special care, including those born pre-term, post-term, underweight or ill.</i>	<i>Assessment and care of newborns with complex health needs, including preterm, post-term, small-for-gestational-age, sick and/or otherwise high-risk newborns</i>
<i>Care of women with pathological conditions in the fields of gynaecology and obstetrics.</i>	<i>Care of 40 women with identified obstetric, medical, or social risk factors during pre-conception, pregnancy, labour, postnatally or as part of ongoing care. This can include caring for women undergoing IVF, vacuum or caesarean birth, or gynaecological procedures, including surgery.</i>
<i>Initiation into care in the field of medicine and surgery. Initiation shall include theoretical instruction and clinical practice.</i>	<i>[Suggest removing, already included]</i>
<i>Abortion care (not addressed)</i>	<i>Provision of care to women experiencing pregnancy loss, which may include comprehensive abortion care where legally permitted, with demonstrated competence in counselling, post-abortion care, and management of complications. Simulation-based training may supplement clinical experience where required.</i>

Literaturhinweise:

Bundesministerium für Gesundheit. Ergebnisbericht zum Review-Prozess der deutschen Strategie zur globalen Gesundheit „Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: globale Gesundheit gemeinsam gestalten“. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 7 Nov 2025. Available from:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Ergebnisbericht_Review-Prozess_Strategie_BuReg_final.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. Priorities of the new EU legislative period – Perspectives of the German Federal Ministry of Health. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; Jul 2024. Available from:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Europaeische_Gesundheitspolitik/240701__BMG_Prios_neue_EU_Legislatur.pdf

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, Hebammenwissenschaftlicher Fachbereichstag, Deutscher Hebammenverband. Positionspapier: Modernisierung der EU-Richtlinie für den Hebammenberuf. 31 Oct 2025. Available from: https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2025/11/2025_11_14_Positionspapier_EU-Direktive_DHV_DGHWI_HWFT.pdf

International Confederation of Midwives. ICM essential competencies for midwifery practice. The Hague: International Confederation of Midwives; 2024.

International Confederation of Midwives and European Forum of National Nursing and Midwifery Associations. Policy Paper: Modernising the EU Directive on Midwifery 2026: ICM_Doc_Policy Position Paper

Kooperationsverbund Gesundheitsziele.de. Gesundheitsziel: Rund um die Geburt. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017.

Ku Carbonell SE, Ogba P, Vanstone M, Gombay C, Darling EK. Midwives' adaptation of their practice, role, and scope to ensure access to sexual and reproductive services during humanitarian crises: A scoping review. *Midwifery*. 2024 Sep;136:104065. doi: 10.1016/j.midw.2024.104065. Epub 2024 Jun 20. PMID: 38963995.

Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, Jones LV, Shennan AH, Rayment-Jones H. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 4, Art. No.: CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>

World Health Organization. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025. Geneva: World Health Organization; 2021.

World Health Organization Regional Office for Europe. *Building better together: Roadmap to guide implementation of the global strategic directions for nursing and midwifery in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2021-4464-44227-62471>